UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

Programa de Doctorado en Derechos Humanos: Retos Éticos, Sociales y Políticos

VÍNCULOS QUE REPARAN: IMPACTO DEL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE EN LOS ESTILOS DE APEGO DE PERSONAS JÓVENES EN SITUACIÓN DE GRAVE EXCLUSIÓN SOCIAL EN EL SERVICIO DE DÍA BEINKE. UN ESTUDIO LONGITUDINAL.

MENDICOTE GOMEZ AINHOA - 45819794E

Firmado digitalmente por MENDICOTE GOMEZ AINHOA - 45819794E
Fecha: 2025.07.17 15:58:15 +02'00'

RODRIGUEZ BERRIO MARIA ARANTZAZU - 16038692X

Firmado digitalmente por RODRIGUEZ BERRIO MARIA ARANTZAZU - 16038692X
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, serialNumber=IDCES-16038692X, givenName=MARIA ARANTZAZU, sn=RODRIGUEZ BERRIO, cn=RODRIGUEZ BERRIO MARIA ARANTZAZU - 16038692X
Fecha: 2025.07.17 16:05:06 +02'00'

Tesis doctoral

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Doctoranda: Ainhoa Mendicote Gómez

Directora: Dra. Arantxa Rodríguez Berrio

Bilbao, julio de 2025

Cada intervención debe ser un acto de respeto a la complejidad de una vida

Salvador Minuchin

Agradecimientos

A mi directora, la doctora Arantxa Rodríguez Berrio, por haber estado presente en cada etapa clave de mi recorrido. Más allá de los roles académicos desempeñados, gracias por creer en mí, por confiar en esta intuición y por darme espacio para investigar desde donde yo sentía que las cosas importantes suceden, el vínculo. Esta tesis no habría sido posible sin ti, sin tu apuesta, sin tu mirada y sin tu generosidad. Gracias por tu paciencia, fortaleza, rigor y dedicación, pero sobre todo gracias por no soltar nunca la certeza de que esto era posible. Esta tesis también te pertenece.

Al doctor Juan Manuel González de Audicana de la Hera, por abrirme las puertas del mundo estadístico con una generosidad y claridad que nunca olvidaré. Gracias por tu disponibilidad incansable, por tu apoyo firme y por hacer posible que este trabajo tuviera la solidez que merecía. También, a la Universidad de Deusto, por apostar por docentes que no solo enseñan, acompañan con humanidad y compromiso.

Al doctor Ángel Estalayo Hernández y a Olga Rodríguez Ochoa, por ser una fuente constante de inspiración, admiración y respeto. Gracias por vuestra inquebrantable lealtad a la infancia, a la adolescencia y a la juventud. Sois mis referentes en lo profesional y en lo humano. Gracias por confiar en mí desde el principio, por hacerme sentir parte y por marcar el camino con ejemplo. Soy lo que soy en gran parte gracias a vosotros. Esta tesis también es vuestra.

Al Instituto de Reintegración Social de Euskadi y a la Estrategia Joven de la Diputación Foral de Bizkaia, gracias por creer en este trabajo y permitir que esta tesis creciera desde dentro.

A mi equipo de Beinke, porque esta tesis habla desde vosotros y vosotras. Porque cada palabra escrita aquí nace del trabajo cotidiano que compartimos, de nuestra manera de estar, de intervenir, de mirar, de sostener y de creer. Vosotros sois quienes hacéis posible que el VEV cobre vida más allá de la teoría. Cada logro, cada transformación, cada resultado que aparece en esta tesis, recoge también vuestra presencia, vuestra disponibilidad, vuestra implicación y vuestro compromiso. Gracias por ser el lugar donde todo esto sucede. Esta tesis no existiría sin vosotros, es en gran parte, también vuestra.

A mi familia Gómez, a mi familia Urrutxi y a mi familia Mendikote, por ser raíz y red desde la que se supera todo. En especial a mi madre, por tu amor incondicional, por tu capacidad para sostener incluso cuando no sabías cómo, y por estar siempre, con presencia y sin condiciones. A Mati, por tus siestas estratégicas junto al teclado y por recordarme la importancia de parar para acariciar la vida. Y a quienes ya no están, esta tesis también os pertenece.

A mis compañeros de vida Abi, Laura, Marta, Álvaro, Maitane, Luigi, Natalia y Leticia, mi base segura lograda. Gracias por estar siempre, por acompañarme en cada etapa, por sostenerme cuando tropezaba, y, sobre todo, por recordarme quien era en los momentos en los que más lo necesitaba. Gracias por entender mis silencios, respetar mis tiempos y celebrar conmigo cada pequeño logro. A quienes estáis cerca y a quienes estáis de otra manera, gracias por hacer que incluso los días más difíciles, la vida siguiera siendo habitable. Esta tesis también es vuestra, desde el primer momento y para siempre.

Y, por último, a los jóvenes que han pasado por el Servicio de Día Beinke. Gracias por abrirme la puerta a vuestras vidas, por vuestra valentía, por lo compartido, por lo callado, por lo expresado y por lo resistido. Esta tesis no tiene sentido sin vosotros. Gracias por ser, sin saberlo, mis más grandes maestros.

RESUMEN

Esta tesis doctoral investiga el impacto en el estilo de apego de una metodología especifica de intervención en un grupo de jóvenes que se encuentran en situación de exclusión social en el Servicio de Día Beinke de alta intensidad y baja exigencia de la Diputación Foral de Bizkaia. Esta metodología de intervención es el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV). El grupo de personas jóvenes, objeto de este tipo de intervención, enfrenta múltiples desafíos incluyendo problemas de violencia, consumo de sustancias, autolesiones, conductas suicidas y problemas de salud mental, y presentan un porcentaje significativamente elevado de estilos de apego no seguros, superior al observado en estudios sobre población juvenil normativa. La investigación, de carácter longitudinal, evaluó a los participantes al inicio del programa y al de seis meses de intervención.

Los resultados indican que la metodología consigue modificaciones en el estilo de apego y en el caso de los jóvenes que no cambian su estilo de apego, se constata una mejora en los componentes que configuran dichos estilos, promoviendo una tendencia al cambio. En todo caso también contribuye a la disminución de comportamientos de riesgo y a una mejora de la salud mental. Estos hallazgos sugieren que el VEV puede ser efectivo en la población juvenil en situación de exclusión social en contextos de intervención complejos, ofreciendo una vía prometedora para la prevención y tratamiento de problemas asociados, con las consiguientes implicaciones para la práctica profesional y futuras líneas de investigación en este ámbito.

Palabras clave: Estilos de Apego, Jóvenes en Exclusión Social, Intervención Psicosocioeducativa, Modelo de Vinculación Emocional Validante, Salud Mental Juvenil

ABSTRACT

This doctoral thesis investigates the impact on attachment style of a specific intervention methodology applied to a group of young people in situations of social exclusion at the Beinke Day Service, a high-intensity, low-threshold program run by the Provincial Council of Bizkaia.The intervention methodology in question is the Validating Emotional Bonding Model (VEV). The group of young people targeted by this intervention faces multiple challenges, including issues related to violence, substance use, self-harm, suicidal behaviors, and mental health problems, and they exhibit a significantly higher percentage of insecure attachment styles compared to those observed in studies of normative youth populations. This longitudinal study assessed participants at the beginning of the program and after six months of intervention.

The results indicate that the methodology achieves changes in attachment style, and in cases where young people do not change their attachment style, improvements are observed in the components that constitute these styles, promoting a tendency toward change. In any case, the intervention also contributes to a reduction in risk behaviors and an improvement in mental health. These findings suggest that the VEV may be effective for youth in situations of social exclusion in complex intervention contexts, offering a promising avenue for the prevention and treatment of associated problems, with important implications for professional practice and future lines of research in this field.

Keywords: Attachment Styles, Socially Excluded Youth, Psychosocial and educational intervention, Validating Emotional Bonding Model, Youth Mental Health

ÍNDICE

APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

-Justificación e importancia científica del objeto de estudio: los estilos de apego.....1
-Objeto de estudio y contexto de la investigación.....3
-Alcance de la investigación: objetivos, hipótesis y metodología.....4
-Estructura de la tesis.....6

PRIMERA PARTE. APROXIMACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: TEORÍA DEL APEGO.....11

1. Antecedentes de la teoría del apego.....12
    1.1. Situación Extraña.....14
    1.2. Base segura.....18
2. Factores determinantes para el establecimiento del estilo de apego.....20
    2.1. Modelos Operativos Internos (MOI).....25
    2.2. Estilos de apego.....30
        - Apego seguro.....36
        - Apego inseguro evitativo.....39
        - Apego Inseguro ansioso preocupado.....42
        - Apego inseguro desorganizado.....46
3. Conductas de apego.....51
    3.1. Conductas problemáticas relacionadas con los estilos de apego en la adolescencia.....54
    3.2. Relación entre el estilo de apego y problemáticas de salud mental.....57
    3.3. Relación entre el estilo de apego y problemáticas de regulación emocional.....64
    3.4. Estrategias de regulación emocional características de cada estilo de apego.....68
    3.5. Relación entre el estilo de apego y las conductas.....70
        - Relación entre el estilo de apego y las conductas autolíticas.....70
        - Relación entre el estilo de apego y el suicidio.....73
        - Relación entre el estilo de apego y la violencia.....74
        - Relación entre el estilo de apego y los consumos.....77
        - Relación entre el estilo de apego y la mentalización.....78

CAPÍTULO 2: ESTABILIDAD O DISCONTINUIDAD DE LOS ESTILOS DE APEGO.....80

1. Estabilidad de los patrones de apego.....80
2. Factores que influyen en la estabilidad de los patrones de apego.....84
    2.1. Factores exógenos: el ambiente.....84
    2.2. Factores endógenos.....87
        - Modelos internos de trabajo.....87
        - Representaciones autocumplidas.....90
3. Discontinuidad de los patrones de apego.....93
4. Factores que promueven la discontinuidad de los patrones de apego.....95
    4.1. Factores exógenos: el ambiente.....95

4.2. Factores endógenos....97
- Modelos operantes internos....97
- Representaciones mentales....99

5. Investigaciones en torno a la discontinuidad de los patrones de apego....100
6. El apego como proceso dinámico....103
6.1. La influencia de la terapia....103
6.2. Eventos vitales y significativos....105
7. Teorías que promueven el cambio de los patrones de apego....108
7.1. Teoría de la mentalización: técnica de intervención desde la mentalización....109
7.2. Teoría de los esquemas y estereotipos....113
8. Enfoques terapéuticos que promueven el cambio de los patrones de apego....116
8.1. Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR)....116
8.2. Terapia narrativa....119
8.3. Terapia centrada en las emociones (TFE)....121
8.4. Terapia breve centrada en el apego (BABI)....123
9. Elementos que promueven el cambio de los patrones de apego....125
9.1. La figura del profesional....126
9.2. La demanda: modelo transteórico del cambio....131
9.3. La sintonización....140
9.4. La alianza terapéutica....142

CAPÍTULO 3. EL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE (VEV)....145

1. Conceptualización del Modelo de Vinculación Emocional Validante....145
2. Contextos de intervención....148
- Contexto de justicia juvenil....148
- Contexto de protección....151
- Contexto de inclusión social....152
- Evolución del Modelo de Vinculación Emocional Validante a otros contextos de intervención....154

3. Fundamentos epistemológicos del Modelo de Vinculación Emocional Validante....156
- La evaluación....160
- El vínculo socioeducativo-terapéutico....161
- El abordaje de la violencia....163
- El criterio de no expulsividad....165

4. Objetivos del Modelo de Vinculación Emocional Validante....166
5. Metodología de intervención del modelo VEV....168
5.1. Primera etapa: inicio y establecimiento de la relación....169
- Primera desvinculación....170
- Encuadre....172
- Contención....174
- Validación....176

5.2. Segunda etapa: Vinculación Emocional Validante....178
- Confianza básica....178

5.3. Tercera etapa: Autonomía....180
- Responsabilización....180
- Amenaza a la identidad....181

- Desistencia....182

5.4. Cuarta etapa: Despedida y cierre....183

- Desvinculación....184
- Revinculación....185

6. La figura del profesional....185
7. Investigaciones sobre el Modelo de Vinculación Emocional Validante....188

CAPÍTULO 4. SERVICIO DE DÍA BEINKE: CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN 190

1. Servicio de día Beinke....190
2. Alta intensidad y baja exigencia....197
3. Modelo AMBIT....199

3.1. Rueda AMBIT....201

3.2. Herramientas AMBIT....202

- Cartas Adolescent Integrative Measure (AIM)....202
- El mapa de planificación activa....203
- Pensando Juntos....203
- Tabla de desintegración....204

SEGUNDA PARTE. APROXIMACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN....208

1. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis....208
2. Justificación metodológica 212
3. El proceso de investigación....218

3.1. Análisis cuantitativo: herramientas de medida....218

- Cuestionario Camir-R....219
- Cuestionario MACI....220
- Análisis de la demanda....221
- Evolución de la sintomatología....223

3.2. Análisis cualitativo: procedimiento metodológico....223

- Grupos triangulares....225
- Proceso metodológico....227

CAPÍTULO 6. RESULTADOS ANÁLISIS CUANTITATIVO....234

1. Características sociodemográficas de la población....236

1.1. Variables estructurales....236

1.2. Variables situacionales....240

2. Estilos de apego: evaluación y evolución. Cuestionario Camir-R....249

2.1. Evaluación inicial 250

2.2. Evaluación después de seis meses de intervención....252

2.3. Análisis psicométrico del Camir-R 259

- Análisis desagregado por dimensiones....259
- Fiabilidad del instrumento mediante Alfa de Cronbach....266
- Análisis factorial....269

3. Cambios psicológicos asociados al estilo de apego. Cuestionario MACI....274

3.1. Evolución por bloques temáticos.....274
- Prototipos de personalidad.....277
- Preocupaciones expresadas.....278
- Síndromes clínicos.....280

3.2. Impacto diferencial del VEV en variables psicológicas.....281
- Análisis por escalas.....281
- Comparación pretest-postest del MACI: t de student y tamaño del efecto.....284

4. Análisis de la demanda.....286
4.1. Demanda al inicio de la intervención.....286
4.2. Reformulación de la demanda a los seis meses.....289
4.3. Asociación entre demanda y estilo de apego.....292
4.4. Asociación entre demanda y los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente.....295
5. Evolución de la sintomatología aguda.....300
5.1. Presencia de sintomatología al inicio.....301
5.2. Remisión sintomatología a los seis meses.....303
5.3. Asociación entre remisión sintomática y estilo de apego.....304
- Conductas violentas.....305
- Consumo de sustancias.....306
- Autolesiones.....307
- Ideación o tentativa de suicidio.....309

CAPÍTULO 7. RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO.....311
1. Análisis del grupo triangular de las personas jóvenes.....315
1.1. Primer ámbito de análisis: El impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante.....315
- Primera categoría: desconfianza crónica e intervenciones anteriores inconclusas.....316
- Segunda categoría: la construcción progresiva de la confianza.....317
- Tercera categoría: la disponibilidad.....318

1.2. Segundo ámbito de análisis: el impacto en los estilos de apego.....320
- Primera categoría: de la desconfianza inicial a la confianza lograda.....321
- Segunda categoría: base segura lograda en el Servicio de Día Beinke.....321
- Tercera categoría: reconfiguración de la imagen de sí y de los otros 323

1.3. Tercer ámbito de análisis: el impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización 325
- Primera categoría: gestión de las emociones difíciles.....325
- Segunda categoría: poner palabras a mi estado emocional y al de otros.....326

1.4. Cuarto ámbito de análisis: el impacto en la sintomatología aguda.....327
- Primera categoría: aumento del control emocional en los momentos de crisis.....328
- Segunda categoría: reducción de conductas autolesivas.....329
- Tercera categoría: aislamiento o huida.....329

1.5. Análisis global del grupo triangular de las personas jóvenes 330
2. Análisis del grupo triangular de las personas profesionales.....331
2.1. Primer ámbito de análisis: el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante y del acompañamiento profesional.....332

- Primera categoría: disponibilidad emocional como base de la transformación del vínculo……332
- Segunda categoría: experiencia emocional correctora……335
- Tercera categoría: la persona joven se siente vista y reconocida……336

2.2. Segundo ámbito de análisis: transformaciones en el estilo de apego……338
- Primera categoría: reconstrucción de la confianza en el otro……338
- Segunda categoría: Beinke como base segura internalizada……341
- Tercera categoría: mayor impacto en estilos de apego evitativos……342

2.3. Tercer ámbito de análisis: el impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización……343
- Primera categoría: contención y validación como reguladores clave de la vinculación……344
- Segunda categoría: desarrollo progresivo de la capacidad de mentalizar……346

2.4. Cuarto ámbito de análisis: la remisión de la sintomatología aguda ……347
- Primera categoría: remisión de las conductas de riesgo……348
- Segunda categoría: acompañamiento individualizado y preventivo……349

2.5. Análisis global del grupo triangular de personas profesionales……351

3. Análisis comparativo de los grupos triangulares analizados……352
- Disponibilidad emocional como eje vertebrador compartido……352
- Confianza y vinculación como proceso progresivo pero central……355
- Contención y validación emocional como experiencia fundante……356
- Regulación emocional y capacidad de mentalización como elementos reveladores de cambio……358
- Mayor reconfiguración del apego evitativo……359
- El servicio de dia Beinke como base segura: representación internalizada……361
- Dificultad de la separación como tensión compartida……362

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO……364

1. Síntesis de los hallazgos más relevantes……367
2. Lectura crítica de los resultados en función de los objetivos de investigación planteados……370

2.1. Transformaciones en el estilo de apego: análisis con Camir-R……371
- Hallazgos cuantitativos: efectos de la intervención sobre el estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio……371
- Interpretación desde el enfoque cualitativo……374
- Conclusiones desde el marco teórico……375
- Límites y consideraciones metodológicas……375
- Aportaciones a la práctica profesional……376

2.2. Cambios en el funcionamiento interno: análisis con MACI……377
- Hallazgos cuantitativos: mejoras en los indicadores psicoafectivos de las personas jóvenes objeto de estudio……377
- Interpretación desde el enfoque cualitativo……378
- Análisis desde el marco teórico……379
- Límites y consideraciones metodológicas……380
- Aportaciones a la práctica profesional……380

2.3. Análisis de la transformación de la demanda……381
- Hallazgos cuantitativos: de la petición de ayuda asistencial a la demanda subjetivada……381
- Conclusiones desde el marco teórico……383
- Límites y consideraciones metodológicas……384
- Aportaciones a la práctica profesional……385

2.4. Reducción de la problemática conductual……385
- Hallazgos cuantitativos: remisión significativa de conductas disruptivas……386
- Interpretación desde el enfoque cualitativo……387
- Límites y consideraciones metodológicas……388
- Aportaciones a la práctica profesional……388

2.5. Análisis subjetivo del impacto de la intervención……389

2.6. Confirmación de la hipótesis general……391

3. Triangulación de los resultados: integración de enfoques……393
4. Limitaciones de la investigación……395
5. Aportaciones para la práctica profesional……396
   5.1. Recomendaciones para futuras intervenciones……397
   5.2. La importancia del estilo de apego y la dimensión de seguridad ……397
   5.3. Transferibilidad del modelo VEV a otros contextos……398
6. Propuestas para futuras investigaciones……399
7. Cierre final: sentido del recorrido, apertura al futuro……400

BIBLIOGRAFÍA……402

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las personas jóvenes atendidas en el Servicio de Día Beinke.....237

Tabla 2. Lugar de nacimiento..... 237

Tabla 3. Nivel de formación académica reglada finalizada al ingreso en el Servicio.....239

Tabla 4. Presencia de adversidades en la infancia.....241

Tabla 5. Diagnóstico de salud mental.....242

Tabla 6. Desarrollo de conductas problemáticas.....243

Tabla 7. Distribución porcentual según existencia de discapacidad, tipo y reconocimiento de la misma.....244

Tabla 8. Presencia de medidas de apoyo jurídicas para este grupo de personas jóvenes 245

Tabla 9. Sistema sociofamiliar implicado en el proceso de intervención.....246

Tabla 10. Presencia de red social.....247

Tabla 11. Intervención sociofamiliar realizada durante la estancia en el Servicio.....248

Tabla 12. Estilos de apego en primera pasacion a la población objeto de estudio con Camir-R 250

Tabla 13. Comparativa de estilos de apego de la primera a la segunda aplicación del cuestionario Carmir-R.....253

Tabla 14. Análisis estadístico de la evolución del apego tras seis meses de intervención.....257

Tabla 15. Dimensión 1. Seguridad: Disponibilidad y apoyo en las figuras de apego.....261

Tabla 16. Dimensión 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres.....262

Tabla 17. Distribución porcentual de la evolución del resto de las dimensiones del Camir-R.....263

Tabla 18. Alfa de Cronbach de las escalas que constituyen el Camir-R.....267

Tabla 19. Análisis factorial de la dimensión de seguridad.....270

Tabla 20. Análisis factorial de la dimensión de interferencia de los padres.....271

Tabla 21. Análisis factorial de la dimensión de autosuficiencia y rencor hacia los padres.....273

Tabla 22. Evolución de las escalas de cada bloque temático medidas con el MACI.....275

Tabla 23. Distribución de la evolución de las escalas de cada bloque temático medidas con el MACI con respecto a los distintos estilos de apego.....276

Tabla 24. Análisis de la mejora en las escalas del MACI en las que impacta el VEV.....282

Tabla25. Análisis estadístico complementario de las escalas del MACI de mayor mejoría.....285

Tabla 26. Distribución del tipo de demanda inicial.....287

Tabla 27. Distribución de la reformulación del tipo de demanda……289

Tabla 28. Análisis estadístico de la demanda inicial y de la demanda posterior……291

Tabla 29. Análisis estadístico de las demandas con respecto al estilo de apego……292

Tabla 30. Análisis de las demandas con respecto a la dimensión de seguridad……294

Tabla 31. Análisis de los estadios iniciales del cambio en la demanda inicial……296

Tabla 32. Análisis de los estadios iniciales del cambio en la reformulación de la demanda……298

Tabla 33. Análisis estadístico de las demandas con respecto a los estadios del cambio……299

Tabla 34. Distribución de frecuencias y porcentual de la presencia de sintomatología aguda……302

Tabla 35. Distribución de frecuencias y porcentual de la remisión de la sintomatología aguda……303

Tabla 36. Relación entre conductas violentas y estilos de apego al inicio y tras seis meses de intervención……305

Tabla 37. Relación entre consumo de sustancias y estilos de apego al inicio y tras seis meses de intervención……307

Tabla 38. Relación entre autolesiones y estilos de apego al inicio y tras seis meses de intervención……308

Tabla 39. Relación entre ideación o tentativa de suicidio y estilos de apego al inicio y tras seis meses de intervención……310

APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Justificación e importancia científica del objeto de estudio: los estilos de apego.

El objeto de estudio de esta tesis es analizar las posibles transformaciones en el estilo de apego de personas jóvenes, de entre 17 y 25 años, que se encuentran en situación o riesgo de exclusión social grave y que han sido atendidas en el Servicio de Día Beinke. Este recurso, de alta intensidad y baja exigencia, está gestionado por el Instituto de Reintegración Social de Euskadi y se enmarca en el Departamento de Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia dentro del Programa Estrategia Joven, empleándose a lo largo del proceso de intervención una metodología específica: el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV). La mayoría de estos jóvenes presentan un estilo de apego inseguro, y a través de la investigación se pretende observar cómo ha impactado el VEV en sus patrones de apego.

El estilo de apego constituye una dimensión nuclear en la configuración de la identidad y el funcionamiento relacional de la persona. Estos patrones internos de relación, desarrollados a partir de experiencias tempranas con las figuras cuidadoras, condicionan la manera de vincularse a lo largo de la vida y, una vez consolidados, tienden a la estabilidad salvo que intervengan experiencias relacionales transformadoras. Por tanto, estos patrones, una vez arraigados, tienden a mantenerse estables, especialmente en contextos donde no se dan experiencias relacionales que promueven su revisión o transformación.

Desde la formulación de la teoría del apego por John Bowlby (1969), la investigación científica ha explorado tanto la estabilidad como la modificabilidad de los estilos de apego, especialmente en contextos de intervención psicoterapéutica. La literatura científica actual sostiene que, si bien los estilos de apego presentan una marcada tendencia a la estabilidad, pueden ser modulados en determinadas condiciones, en particular cuando una relación significativa ofrece una experiencia emocional correctora.

En este marco, la presente tesis se articula en torno a una pregunta de investigación de especial relevancia: ¿es posible transformar un patrón de apego inseguro mediante una intervención psicosocioeducativa estructurada? Esta cuestión adquiere especial significado en personas jóvenes que han crecido en entornos altamente invalidantes, con historias de adversidad temprana, negligencia, violencia o abandono, y que han aprendido a vincularse de la única manera que han conocido, desde modelos relacionales inseguros, marcados por la desconfianza, la desregulación emocional y presentando una alta dificultad para establecer vínculos seguros y duraderos.

La presente investigación aborda este desafío a través del análisis del impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante en el estilo de apego de personas jóvenes en situación de alta vulnerabilidad y en contextos de intervención de alta complejidad. Este modelo, desarrollado por Ángel Estalayo, Olga Rodríguez, Raúl Gutiérrez y Juan Carlos Romero (2021), surge del empeño científico por concretar la intervención en Centros de Justicia Juvenil y en otros de acogimiento residencial específico para adolescentes y jóvenes con graves o muy graves problemas de conducta, partiendo de la premisa, basada en la práctica reflexiva, de que las necesidades de estas personas y los componentes que mantenían el problema conductual no habían sido adecuadamente atendidos.

Es un modelo de intervención que no solo tiene en cuenta a la persona atendida sino también, y en interacción, al profesional que le atiende, a la familia y a la organización que le acoge, y propone un proceso de reconfiguración del vínculo a través de fases que movilizan el cambio desde componentes personales no patológicos, relacionados con las huellas de las relaciones primigenias y factores endógenos compartidos. Este proceso de reconfiguración del vinculo se desarrolla en una serie de fases o momentos que se concretan en la propuesta del modelo, un itinerario de intervención que se despliega como un proceso.

El interés científico de esta tesis radica en aportar evidencia empírica sobre la capacidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante para incidir en una dimensión tan nuclear y resistente al cambio como es el estilo de apego, contribuyendo al debate teórico sobre la plasticidad de los

modelos operativos internos y ofrece orientaciones prácticas para el trabajo profesional en contextos de exclusión social severa.

Objeto de estudio y contexto de la investigación.

Tal y como ya se ha descrito en el apartado anterior, la presente tesis persigue constatar si una intervención psicosocioeducativa y terapéutica específica como es el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) es capaz de transformar el estilo de apego en un conjunto de personas que acuden a un centro específico y que responden a un perfil de alta complejidad y de extrema dificultad de intervención. Es decir, si una metodología de intervención adecuada puede generar cambios en el estilo de apego.

La población objeto de investigación, cuenta con edades comprendidas entre los 17 y los 25 años, y las personas jóvenes participantes presentan trayectorias de elevada complejidad, caracterizadas por una elevada presencia de adversidades en la infancia, conductas de riesgo como violencia, consumo de sustancias, autolesiones, ideación y tentativa suicida que concomitan con serias dificultades de salud mental y con un elevado riesgo psicopatológico. Asimismo, presentan una desconfianza generalizada hacia las primeras formas de recepción de ayuda, fracaso de intervenciones previas y a todo ello se le suma, una red familiar y social debilitada o ausente que refuerza el aislamiento y la falta de referentes significativos en muchos de los casos. Se añade también la ausencia de proyecto vital, escasa conciencia de problema y baja percepción de autoeficacia. Todo ello, pone de manifiesto trayectorias marcadas por el sufrimiento, la exclusión y la acumulación de factores de vulnerabilidad.

La investigación se desarrolló entre 2017 y 2025, emplea triangulación metodológica intra-método e inter-método para lograr una comprensión más global y profunda del impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante. En la vertiente cuantitativa, se aplicaron instrumentos estandarizados en dos momentos: al inicio de la intervención, durante el establecimiento de la relación vincular, y a los seis meses de la intervención. Estos instrumentos permitieron evaluar el estilo

de apego, así como otras variables psicosociales relevantes, como la personalidad, la demanda y la sintomatología aguda. En el ámbito cualitativo, se emplearon grupos triangulares tanto con jóvenes como con profesionales, con el propósito de explorar en profundidad las experiencias, percepciones y cambios observados a lo largo del proceso de intervención. Esta combinación de enfoques permitió contrastar y enriquecer los resultados, aportando una visión integral sobre la capacidad transformadora del modelo aplicado.

Alcance de la investigación: objetivos, hipótesis y metodología.

Las dos primeras preguntas de investigación que emergieron en la tesis fueron: ¿Si una persona ha nacido en el seno de una familia que no ha sabido o no ha podido cumplir con sus funciones parentales de una manera adecuada, se va a encontrar anclada a estas dificultades el resto de su vida? Y a continuación, si estas personas en su vida posterior encuentran redes socio personales o profesionales con las que relacionarse desde una manera más adaptativa ¿podrían lograr una modificación o un cambio significativo que mejore su situación?

Las siguientes preguntas de investigación surgirían más relacionadas con la experiencia profesional en la aplicación del VEV:

- ¿El Modelo de Vinculación Emocional Validante puede incidir en cambios en el estilo de apego de las personas jóvenes atendidas en situación de exclusión social grave?
- ¿Qué cambios en el estilo de apego se observan en las personas jóvenes atendidas después de implementar la metodología de intervención?
- ¿Qué componentes específicos del estilo de apego son más susceptibles a presentar modificaciones tras la implementación del modelo VEV?
- ¿Cómo se relaciona el cambio del estilo de apego con otros aspectos relativos al bienestar emocional y social de las personas jóvenes atendidas?
- ¿Qué impacto tiene el modelo de Vinculación Emocional Validante en las conductas problemáticas de las personas atendidas?

- ¿Qué impacto tiene la metodología de intervención en los comportamientos problemáticos de violencia, consumos, y conductas autolíticas o suicidas que presentan estos jóvenes?
- ¿Qué características de estos jóvenes predicen una mayor probabilidad de modificación en los estilos de apego tras la intervención con el modelo VEV?
- ¿El vínculo educativo-terapéutico puede facilitar el cambio hacia una segurización en el apego?
- ¿Qué relación existe entre los cambios del estilo de apego con respecto a cambios en otros aspectos psicológicos más endógenos?

A partir de estas preguntas de investigación se configura el objetivo general de la tesis, que no es otro que el de identificar la capacidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante para transformar los estilos de apego en jóvenes con perfiles de alta complejidad y extrema dificultad de intervención, atendidos en el Servicio de Día Beinke, quienes se encuentran en situaciones graves de exclusión social. El objetivo general se estructuró a su vez en una serie de objetivos específicos:

- OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Identificar las dimensiones del estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio que presentan mayor susceptibilidad de transformación tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Analizar los cambios en los indicadores de funcionamiento interno de las personas jóvenes objeto de estudio tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Analizar la evolución de la demanda formulada por las personas jóvenes objeto de estudio a lo largo del proceso de intervención, como expresión de cambio psíquico y relacional.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 4. Valorar el impacto que tiene el Modelo de Vinculación Emocional Validante en la reducción de la problemática conductual de las personas jóvenes objeto de estudio.

- OBJETIVO ESPECÍFICO 5. Analizar las vivencias subjetivas de las personas jóvenes objeto de estudio y de las y los profesionales de referencia del Servicio de Día Beinke donde han sido atendidas, respecto al impacto del modelo, a las transformaciones en el estilo de apego y a los cambios percibidos en la regulación emocional, la mentalización y la reducción de la sintomatología aguda durante la intervención.

Sobre esta base, se formula la hipótesis general de esta tesis según la cual una intervención piscosocioeducativa-terapéutica especifica como es el Modelo de Vinculación Emocional Validante tiene capacidad de cambiar, mejorar o modular el estilo de apego de jóvenes que responden a un perfil de alta complejidad y de extrema dificultad de intervención en graves situaciones de exclusión social.

Metodológicamente, la investigación se estructura como un análisis de caso longitudinal, con un diseño cuasi experimental pretest-postest sin grupo de control, utilizando triangulación metodológica intra e inter-método.

Estructura de la tesis

La presente tesis doctoral se organiza en cuatro grandes bloques: la aproximación al problema de investigación, la aproximación teórica, la aproximación empírica y el apartado de conclusiones, limitaciones y líneas de futuro.

a) Aproximación al Problema de Investigación.

Este apartado inicial introduce y contextualiza el objeto de estudio, fundamentando la relevancia científica y social de la investigación. Se expone la justificación del trabajo, la importancia del análisis de los estilos de apego en jóvenes en situación de alta vulnerabilidad y el impacto potencial de la intervención mediante el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV). Además, se detallan la finalidad y el contexto de la investigación, los objetivos generales y específicos, la hipótesis general y la metodología empleada. Finalmente, se presenta la estructura general de la tesis.

b) Primera parte: Aproximación Teórica.

Esta sección comprende los fundamentos conceptuales y el marco teórico sobre el que se asienta la investigación, distribuidos en cuatro capítulos:

Capítulo 1: Teoría del Apego. Se abordan los antecedentes históricos y científicos de la teoría del apego, los conceptos clave, los modelos operativos internos, la clasificación de los estilos de apego y su relación con la salud mental, la regulación emocional y las conductas problemáticas en la adolescencia y juventud. Se profundiza en las estrategias de regulación emocional características de cada estilo, así como en la relación entre el apego y fenómenos como el suicidio, la violencia, el consumo de sustancias y la mentalización.

Capítulo 2: Estabilidad o Discontinuidad de los Estilos de Apego. Este capítulo analiza la estabilidad de los patrones de apego a lo largo del ciclo vital y los factores exógenos y endógenos que influyen en su mantenimiento o cambio. Se exploran las teorías y evidencias sobre la modificabilidad de los estilos de apego, el papel de la intervención terapéutica, los eventos vitales significativos y los modelos que promueven el cambio, como la mentalización y las terapias basadas en el apego. Se examinan los elementos que favorecen la transformación del apego, como la figura del profesional, los cambios en la demanda de la persona atendida en el servicio, la sintonización y la alianza terapéutica.

Capítulo 3: El Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV). Se presenta la conceptualización, fundamentos epistemológicos y metodológicos del VEV, así como su evolución y aplicación en distintos contextos: justicia juvenil, protección e inclusión social. Se detallan las fases del proceso de intervención, los objetivos del modelo, el papel del vínculo psicosocioeducativo-terapéutico, la gestión de la violencia, el criterio de no expulsividad y la importancia de la figura profesional. Además, se revisan investigaciones previas sobre la eficacia del modelo.

Capítulo 4: Servicio de Día Beinke como contexto de investigación. Este capítulo describe el recurso donde se desarrolla la investigación, caracterizado por su alta intensidad y baja exigencia. Se explica el contexto organizativo y metodológico en el que se implementa el VEV.

c) Segunda parte: Aproximación Empírica.

Esta sección recoge el diseño metodológico, el desarrollo del trabajo de campo y el análisis de los resultados, distribuidos en tres capítulos:

Capítulo 5: Metodología de Investigación. Se detallan las preguntas de investigación, los objetivos e hipótesis, la justificación metodológica, el proceso de recogida y análisis de datos, y los instrumentos utilizados. Se describen las herramientas de medida cuantitativa (Cuestionario Camir-R, Cuestionario MACI, análisis de la demanda y de la sintomatología) y el procedimiento cualitativo (grupos triangulares con jóvenes y profesionales), así como la lógica de la triangulación metodológica.

Capítulo 6: Resultados del Análisis Cuantitativo. Se presentan las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, la evaluación y evolución de los estilos de apego, los cambios psicológicos asociados (personalidad, sintomatología), la evolución de la demanda y la remisión sintomática. Se incluyen análisis psicométricos, comparaciones pretest-postest y el impacto diferencial del VEV en variables psicológicas y conductuales, así como la asociación entre los cambios en el apego y otras variables relevantes.

Capítulo 7: Resultados del Análisis Cualitativo. Este capítulo analiza los discursos y experiencias recogidos en los grupos triangulares de jóvenes y profesionales. Se abordan los ámbitos de impacto del VEV (confianza, base segura, regulación emocional, mentalización, remisión sintomática), se identifican categorías emergentes y se realiza un análisis comparativo entre ambos grupos, destacando los procesos de cambio, los elementos facilitadores y las tensiones detectadas.

d) Conclusiones, Limitaciones y Líneas de Futuro.

El último bloque de la tesis integra y discute los hallazgos más relevantes, relacionándolos con los objetivos y la hipótesis general. Se realiza una lectura crítica de los resultados, se identifican las principales aportaciones teóricas y prácticas, y se señalan las limitaciones metodológicas del estudio. Además, se formulan recomendaciones para la práctica profesional y propuestas para futuras investigaciones. El apartado concluye con una reflexión final sobre el sentido y la proyección futura del trabajo realizado.

e) Bibliografía

La tesis finaliza con una exhaustiva bibliografía que recoge las fuentes científicas, teóricas y metodológicas consultadas y utilizadas a lo largo de la investigación.

PRIMERA PARTE: APROXIMACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1: Teoría del apego

El ser humano comienza a desarrollarse en la mayoría de los casos en el ámbito familiar y, por ello, las primeras relaciones se establecen en el mismo. Como afirma Fonagy (1999), las funciones que pretende o debe cumplir el sistema familiar, además de su función biológica y socializadora, incluyen la obligación de satisfacer las necesidades de protección, compañía y cuidado de sus miembros. De acuerdo con Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011), atendiendo a la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos.

En 1958, Winnicott afirma que un bebé en sí mismo no existe, sino que lo que esencialmente existe es el vínculo entre la madre y su bebé (Winnicott, 2018), y es en esta premisa en la que se basaron los estudios posteriores de Bowlby, apoyados por la psicóloga del desarrollo, Mary Ainsworth, en torno al desarrollo infantil en un contexto interpersonal e intersubjetivo.

La teoría del apego surge en el año 1969 de la mano de su precursor, John Bowlby. La teoría emerge después de varios documentos preliminares y a través de la publicación de tres volúmenes entre el año 1969 y 1982. Además, se impregna, por un lado, de los estudios de Sigmund Freud en torno al desarrollo infantil y a la relación en la diada madre-hijo. Por otro lado, de los estudios realizados por Konrad Lorenz, zoólogo austriaco considerado uno de los padres de la etología moderna.

La teoría del apego es una teoría sistémica que versa en torno a la organización, la función y el desarrollo de la conducta de protección de los seres humanos. La tesis central de esta teoría consiste en que los seres humanos están innatamente preparados para formar relaciones de apego con sus cuidadores principales y que tales relaciones funcionan para proteger a la persona apegada. De tal forma, como indica Crittenden (2002), las mismas existen de forma organizada desde el primer año de vida.

John Bowlby definió el apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado principal el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte o sabio” (Bowlby, 1988, p. 292). Es por esto por lo que el apego se manifiesta como un patrón de conducta a través del cual se forman y se mantienen los vínculos afectivos más significativos.

1. Antecedentes de la teoría del apego.

La teoría del apego emerge de un estudio que realizó Bowlby en 1944. Este estudio versaba en torno a los efectos que podía tener la separación materna prolongada y se dio a conocer como el estudio de los 44 ladrones juveniles. El objetivo consistió en poner a prueba la teoría de que la privación materna afectaba al desarrollo emocional y social de los infantes. El estudio estuvo compuesto por una muestra total de 88 personas; 44 de ellas eran personas que habían cometido un delito de robo y los 44 restantes presentaban problemas emocionales, pero no habían cometido ningún delito. Las conclusiones versaron en torno a que la separación materna prolongada era un factor destacado en la delincuencia juvenil (Bowlby, 1947).

Unos años más tarde, en 1946, René Spitz identificó un síndrome que tuvo una importante repercusión en el mundo de la pediatría y de la psicología, conocido como “el síndrome de hospitalismo”. Este síndrome hacía referencia a un estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instalaba progresivamente en los infantes durante los primeros dieciocho meses de vida y especialmente si eran abandonados o permanecían durante un lapso prolongado de tiempo en una institución hospitalaria (Spitz, 1946, p.113).

Ambos autores vivieron la Segunda Guerra Mundial y su posterior postguerra, y uno de los efectos más dramáticos de esta década fue el gran número de personas menores de edad que se encontraron en situación de orfandad. Esto provocó la necesidad de aumentar el número de instalaciones dedicadas a su cuidado donde sus necesidades básicas estaban cubiertas, pero no así sus

necesidades afectivas. En esta situación se evidenció además que, en algunos casos, podía derivar en problemas de salud mental (Spitz, 1946).

Por esta razón, en 1951, la Organización Mundial de la Salud solicitó la elaboración de un informe sobre cuidados maternos y salud mental. Este informe se le encomendó a John Bowlby y se convirtió en la base de la teoría del apego. Los resultados de este informe establecieron que los efectos inmediatos y a largo plazo que median la salud mental de una persona durante el primer periodo de su vida son el resultante de una experiencia de relación cálida, íntima y continua por parte de la figura cuidadora principal y a través de la cual ambos encuentran satisfacción y alegría (Bowlby, 1951). El autor, por tanto, planteó una teoría que iba más allá de la adelantada por Freud al afirmar que la creación de lazos afectivos no se limita a la satisfacción de necesidades de alimentación y cuidados, sino que destacó la importancia de la relación vincular (Bowlby, 1980).

Según esta teoría, el vínculo que se establece entre la figura cuidadora principal y el infante es producto de una serie de sistemas de conducta donde se pretende la proximidad a la figura cuidadora principal. Por tanto, como refiere Bowlby (1993), la persona menor de edad busca esta proximidad que contribuye a forjar el apego por medio de cinco pautas de conducta que son la succión, el aferramiento, el seguimiento, el llanto y las sonrisas.

En esta línea, Mary Ainsworth, colaboradora de John Bowlby e inspiradora de la teoría de la seguridad sobre el desarrollo de la personalidad, plantea que hay que partir del hecho de que en los primeros años de nuestra vida necesitamos desarrollar una dependencia segura con nuestros progenitores a modo de entrenamiento, antes de dar el paso a contextos y relaciones no familiares. Para ello es necesario desarrollar la confianza suficiente que favorezca la interiorización, de acuerdo con Lanza Castelli (2011), la seguridad de que las figuras de cuidado principales van a proteger y contener cuando sea necesario. En base a esto, surge el concepto de base segura desarrollado por Ainsworth en 1978. A esta idea, Bowlby (1993) había añadido la perspectiva de que, para lograr una formación adecuada del apego, es preciso contar con la presencia de diversos factores, como son el tiempo que la figura de cuidado principal comparte con la persona menor de edad, así como la calidad

de ese tiempo. Por su parte, Daniel Stern (1998) menciona la diferencia entre la interacción y la relación, ya que la figura de cuidado principal no conoce al bebé recién nacido que ha llevado durante meses en su cuerpo. De este modo, la persona recién nacida tampoco conoce a su figura de cuidado principal; por tanto, es necesario optar por un gran número de interacciones para desarrollar una relación que conlleve una vinculación y, por ende, una base segura.

Por lo tanto, la teoría del apego no es una propuesta general sobre los vínculos afectivos en sí mismos. Se trata de una explicación de cómo el ser humano va desplegando estrategias psicobiológicas, representacionales y relacionales para regular las experiencias estresantes de la vida. De acuerdo con Lecannelier (2018), debido a la naturaleza ultra social del ser humano, estas estrategias solo pueden ser desarrolladas en el marco del vínculo emocional con el cuidador.

Antes de continuar con la base segura, es interesante conocer el procedimiento de la situación extraña desarrollado por Mary Ainsworth en 1982, ya que se trata de un procedimiento por medio del cual se lograron observar los diferentes estilos de apego, observando la manera de relacionarse con respecto a la base segura establecida entre los infantes y sus figuras de cuidado principales.

1.1. Situación extraña.

Mary Ainsworth es otra de las principales pioneras del desarrollo de la teoría del apego. La autora realizó una de sus contribuciones por medio de un procedimiento de laboratorio al que se denominó “situación extraña” (Ainsworth, 1969). En este procedimiento se pudieron observar los diferentes estilos de apego que en la bibliografía se pueden encontrar también denominados modelos internos activos.

De acuerdo con Main et al. (1985), un modelo interno activo es el conjunto de reglas conscientes e inconscientes que organizan la información relevante del apego y que, de tal forma, permiten el acceso a dicha información. Estos modelos están configurados por esquemas que organizan la memoria desde una perspectiva que refleja los intentos que hace la persona menor de edad para lograr seguridad.

El trabajo de Ainsworth desde 1954 se basó en observar estos modelos internos activos. En este año llevó a cabo uno de los primeros estudios longitudinales en el área del desarrollo socioemocional. En este estudio seleccionó una muestra de 28 infantes y sus figuras de cuidado principales que en todos los supuestos fue la madre. En el procedimiento los observó sistemáticamente cada dos semanas en el domicilio familiar y durante un periodo de 9 meses. Las conclusiones de este estudio versaron en torno a tres grupos diferenciados de infantes y los categorizó en apego seguro, apego inseguro y no apego. Estas categorías, de acuerdo con Ainsworth (1969), se constituyeron como la primera aproximación a la clasificación de la conducta de apego.

En 1958 se publicaron dos documentos que pueden establecerse también como significativos para la teoría del apego. El primero de ellos, de John Bowlby, en torno a la naturaleza de la atadura del niño y su madre, en el que se introdujeron ya conceptos del apego (Bowlby, 1951). Y el segundo, el de Harry Harlow sobre los monos rhesus infantes que se mantenían aferrados más tiempo a peluches suaves que se asemejaban a sus figuras de cuidado principales, pero no proveían alimentos en lugar de aquellos que sí proporcionaban alimentos, pero eran menos agradables al tacto (Harlow & Harlow, 1978).

En 1954, Ainsworth realiza un estudio longitudinal en Uganda donde evalúa las diadas madre-bebé y cómo estas se ven influenciadas por las circunstancias sociales y económicas. Este estudio duró aproximadamente dos años y los resultados fueron publicados en 1967 (Ainsworth, 1969). Los resultados de esta investigación versaron en torno a la clasificación de los bebés en tres categorías: un apego seguro y dos estilos de apego inseguros. En 1962 se inició un segundo estudio longitudinal en Baltimore, compuesto por 26 menores de edad y sus 26 figuras de cuidado principales. En este caso, se desarrollaron observaciones sistemáticas en el domicilio familiar cada tres semanas durante el primer año de vida del bebé. Las conclusiones de este estudio hallaron diferencias significativas entre los niños de Baltimore y los niños de la investigación previa de Uganda (Ainsworth, 1969). De acuerdo con Carrillo (1999), las diferencias encontradas le llevaron a la autora a diseñar una

metodología de laboratorio que le permitiese observar el apego del infante de una manera más significativa y con ello encontrar una posible explicación a estas diferencias observadas.

En 1960, Ainsworth y su equipo desarrollaron la primera técnica para evaluar el estilo de apego, “la situación extraña”, que consiste en una prueba de laboratorio que inicialmente pretendía mostrar la universalidad del apego, pero que finalmente mostró diferencias individuales. El estudio estuvo compuesto por una muestra de 100 familias de Estados Unidos pertenecientes a la clase media que tenían bebés de entre 12 y 18 meses. La técnica consiste en situar al bebé en una escena desconocida para él. De ahí, su denominación de extraña. Por medio de esta situación desconocida se pretendía que el infante aumentase su necesidad de seguridad (Ainsworth, 1979) y, por ende, la de buscar la proximidad con su principal figura de apego.

En 1964, Schaeffer & Emerson realizaron en Escocia una serie de observaciones sobre 60 bebés y sus familias durante los dos primeros años de vida. Este estudio puso de manifiesto que el tipo de vínculo que las personas menores de edad establecían con sus figuras de cuidado principales dependía fundamentalmente de la sensibilidad y capacidad de respuesta de la persona adulta con respecto a las necesidades del niño (Schaeffer & Emerson, 1964).

En 1988, Van Ijzendoorn & Vliet-Visser llevaron a cabo un metaanálisis de estudios realizados en todo el mundo en los que se utilizó la técnica de la situación extraña. En total, su estudio estuvo compuesto por 32 estudios transculturales sobre la conducta de apego. Los resultados establecieron que la mayoría de los bebés de todas las culturas tenían un estilo de apego seguro en un 70% de los casos, aproximadamente. China y Gran Bretaña mostraron el porcentaje más bajo de apego seguro. Además, los países occidentales que tienen en gran valor la libertad y la independencia, como los Estados Unidos y los países europeos, tenían altos niveles de bebés inseguros y evitativos. Países del este con culturas colectivistas que valoran la familia cercana, las relaciones y la cooperación tuvieron niveles más altos de infantes con apego inseguro y resistente (Van Ijzendoorn & Van Vliet-Visser, 1988).

El procedimiento de la situación extraña consistió en una combinación entre la observación de la interacción en el domicilio familiar y la observación en el laboratorio en torno a las interacciones naturales en la diada madre-infante. Además, en la exploración, la separación y el reencuentro con su figura de cuidado principal, así como el estresor por la presencia de un desconocido en la sala (Ainsworth, 1979).

De acuerdo con Ainsworth (1979), la técnica se conforma en torno a ocho fases diferenciadas con una duración aproximada de 20 minutos:

Fase 1. En esta primera fase se encuentran en la sala la figura principal de cuidado, el bebé y el experimentador, y tiene una duración aproximada de 30 segundos.

Fase 2. En esta segunda fase, la figura de cuidado se mantiene presente en la sala a diferencia del experimentador, pero no participa en la conducta exploratoria del bebé a través de la cual observa la sala y los diferentes juguetes disponibles.

Fase 3. En la tercera fase, la persona extraña vuelve a acceder a la sala y se une a la figura del cuidado y al infante. Durante el primer minuto se mantiene en silencio y en el siguiente minuto, comienza a interactuar con la figura de cuidado. En el tercer minuto, el experimentador comienza a aproximarse al infante.

Fase 4. En este cuarto momento, la figura de cuidado sale de la sala, dejando en su interior al infante acompañado por el experimentador.

Fase 5. En la quinta fase, la madre retorna a la sala y el extraño sale. Se trata del primer episodio de reencuentro entre la figura de cuidado y el bebé. Cuando esta entra en la sala, saluda al bebé e intenta reconfortarlo con la intención de que retome la actividad exploratoria, el juego.

Fase 6. En la sexta fase, la figura de cuidado abandona la sala y, por ende, al bebé, constituyéndose como la segunda separación. El extraño tampoco se encuentra en la sala.

Fase 7. En este séptimo momento, entra en la sala el experimentador e intenta interactuar con el infante.

Fase 8. En la fase final del experimento, el extraño sale de la sala, pero entra de nuevo la figura de cuidado principal. En este segundo episodio de reencuentro, la figura de cuidado principal coge al bebé en brazos e intenta reasegurarlo.

Al mismo tiempo que Ainsworth implementaba la investigación de la situación extraña, en 1960, Bowlby desarrolló dos trabajos más de investigación en la década de los años 60, el primero, Ansiedad de separación y el segundo, Pena y duelo en la infancia y en la niñez temprana. Ambos trabajos se publicaron al mismo tiempo que la investigación de Ainsworth se estaba completando en torno a la observación sobre la naturaleza de los apegos en los niños de Uganda, manteniendo las teorías etológicas de Bowlby en mente (Ainsworth, 1979).

La situación extraña ha sido utilizada en estudios de apego con diversas poblaciones clínicas y no clínicas y las clasificaciones de apego derivadas de ella han probado tener un valor predictivo importante de las relaciones futuras del niño y de otras medidas de desarrollo social (Ainsworth et al., 1979; Sroufe & Fleeson, 1986; Van IJzendoorn & Kroonenberg, 1988; Main & Solomon, 1990; Crittenden, 1992; Hesse & Main, 2006). Esta clasificación de apego ha sido cuidadosamente examinada en un contexto transcultural y se han encontrado importantes diferencias y similitudes en diversas culturas, que pueden contribuir a una comprensión del apego como fenómeno universal. Partiendo de estas observaciones, pudieron establecerse, como refiere Ainsworth (1979), tres patrones diferenciados atendiendo al modo de respuesta de los diferentes infantes.

La teoría del apego evolucionó bastante entre 1958 y 1969; gran parte de esta evolución fue motivada y guiada por el énfasis de Mary Ainsworth en el concepto de base segura y sus observaciones sobre la búsqueda de proximidad y el comportamiento exploratorio en Uganda y en las 26 diadas madre-bebé.

1.2. Base segura.

El concepto de base segura es fundamental para la lógica y la coherencia de la teoría del apego, así como para su condición de construcción organizativa. Tanto para Bowlby (1988) como para

Ainsworth (1982), estar apegado es tener a alguien preferentemente como una forma de base segura desde la cual explorar y a la cual poder retornar en caso de precisarla.

De acuerdo con Marrone (2001), el sentimiento de seguridad que se da en la base segura es el que nos permite en nuestros primeros años de vida explorar el mundo, aprender y desarrollar un sentimiento básico de destreza y eficacia en las dificultades que podamos encontrar. Si una persona se siente segura de que sus figuras de apego son fiables y están disponibles de forma constante, se aumenta la probabilidad de que la persona se aventure al mundo, ya que puede adelantar que dichas figuras estarán disponibles cuando precise. Especialmente en los momentos de incertidumbre o estrés (Marrone, 2001). La base segura es una poderosa trama afectiva que facilita a las personas menores de edad la exploración del mundo en condiciones saludables.

Desde estas representaciones mentales es desde donde se influye en las expectativas que se van a dar con respecto a las futuras interacciones. Es decir, como apunta Maristany (2008), dichos patrones internalizados en forma de representaciones mentales funcionan como prototipos para las relaciones interpersonales, como una guía de cómo relacionarse y responder a otros significativos.

Otra de las principales aportaciones de Ainsworth (1979) a la teoría del apego también reside en el constructo de calidad del apego, muy relacionado con este concepto de base segura. Como apunta Crittenden (2002), la calidad del apego hace referencia a las expectativas únicas de las personas con respecto a la disponibilidad y capacidad de respuesta que van a tener las principales figuras de apego para atender a las necesidades de protección. Además, como refieren Waters & Cummings (2000), los sistemas de control de apego se construyen a través de la experiencia y se supone que juegan un papel fundamental en la organización del comportamiento y de las emociones a lo largo de la vida.

Del mismo modo, la aportación de Bowlby (1988) alude al concepto de respuesta sensible por parte de una figura de cuidado principal, también muy relacionado con el concepto de base segura. Este concepto se define como aquella conducta que la figura cuidadora principal realiza para responder a las demandas de la persona menor de edad y que incluye la capacidad de percibir las

señales ostensibles, interpretarlas y responder de una manera apropiada y rápida. Como refiere Bretherton (1985), una respuesta propicia va a lograr evocar sentimientos de integración del self, así como va a favorecer la introyección de las correspondientes representaciones de una valoración personal por parte del otro. A su vez, Pinedo y Santelices (2006) apuntan a que una respuesta adecuada se constituye como el mejor predictor de la seguridad del apego.

Por el contrario, una ausencia de respuesta sensible, como refieren Pinedo y Santelices (2006), estaría enmarcada en los supuestos en los que la figura del cuidado principal fracasa en el apoyo y en el logro de estados emocionales positivos o en la satisfacción de las necesidades de acogida o amparo, pudiendo estar o no acompañada de respuesta hostil y/o desagradable por parte de la figura de cuidado principal. Por su parte, Ainsworth (1979) añade que la actitud distante o la conducta de rechazo enmarcada en la ausencia de respuesta sensible también puede predecir un patrón de apego inseguro en la persona menor de edad. Marrone (2001) apunta a que existe una evidencia clara de que los niños y las niñas con un estilo de apego inseguro pueden tener figuras de cuidado inconstantes que también pueden tender a desalentar en la autonomía y en la independencia.

Como apuntan Fonagy & Target (2002), una respuesta sensible va a permitir un adecuado acceso al estado mental de la persona menor de edad. Del mismo modo, atribuirle un significado a ese estado mental y reflexionar, así como entender esos estados. Atribuirle sentido va a implicar la puesta en marcha de procesos afectivo-cognitivos que se van a basar en los propios modelos operantes internos de las figuras de cuidado principales. Todo ello va a favorecer la posterior regulación emocional de la persona.

2. Factores determinantes para el establecimiento del estilo de apego.

De acuerdo con Barudy (2005), son tres las premisas prioritarias para el establecimiento de un modelo interno de apego en la infancia. En primer lugar, el infante; en segundo lugar, el cuidador; y en último lugar, el ambiente.

Atendiendo al infante, el temperamento de éste se va a desarrollar en el vínculo afectivo que establezca con la principal figura de apego. Del mismo modo, su capacidad para calmarse e interactuar va a posibilitar que se establezca un determinado estilo o modelo interno de apego. En este sentido, Barudy (2005) plantea tres tipos posibles de temperamento que determinarán el grado de normalidad en el comportamiento de un bebé. En primer lugar, un temperamento agradable cuando la persona menor de edad presenta buen humor, se adapta con relativa facilidad a los cambios, se alimenta a horas precisas, de manera regular y cuando se encuentra inquieto, lo revela de una manera amena. El segundo tipo de temperamento es el reservado, y se observa cuando la persona menor de edad se muestra tímida, le cuesta adaptarse a los cambios e incluso puede mostrar rechazo a las personas. Se trata de niñas y niños precavidos, muy observadores y que se agitan con relativa facilidad. Por último, señala el temperamento difícil que consiste en una persona menor de edad que se muestra inquieta y se distrae con mucha facilidad. Estos menores suelen responder a los malestares con llanto intenso y requieren de atención constante por parte de sus cuidadores principales (Barudy, 2005).

Ante estos tipos de temperamento, la figura de cuidado principal puede adoptar o mostrar diferentes actitudes ante la persona menor de edad. Por un lado, se puede dar una respuesta desde el afecto o, por otro, desde el rechazo, y esto va a influir directamente en la formación del vínculo afectivo que la persona de menor edad desarrolle. Por ejemplo, una persona menor de edad que cuente con unas figuras principales de cuidado previsiblemente disponibles, cariñosas, tolerantes y empáticas, tendrá mayor probabilidad de desarrollar un modelo operativo interno de esa relación que pueda ser descrito como seguro. Por el contrario, si las figuras principales de cuidado carecen de estas condiciones, la persona menor de edad tendrá mayor probabilidad de desarrollar un modelo operativo interno inseguro. Sin embargo, como apunta Marrone (2001), un infante puede ser seguro con ambas figuras, pero también seguro con uno o inseguro con otro, o inseguro con ambos. También puede ocurrir que haya sido inseguro con ambas figuras, pero seguro con una figura secundaria de apego que era parte de su entorno social inmediato.

En la mayor parte de la literatura científica, la madre se constituye como la principal figura de apego. Sin embargo, como bien recogen los autores Howes (1999), Bretherton (1985), Bretherton & Munholland (1999) o Marrone (2001), el niño o la niña puede contar con una amplia red de personas desde la infancia con las que se relaciona con el mismo propósito, aumentando la necesidad de vínculo con ellas también en situaciones de peligro y buscando reducir el estrés. El propio Bowlby (2003) planteaba las relaciones de apego diferentes a las que se desarrollan con la madre, entre ellas, la del padre, la de los abuelos u otras figuras significativas. Por ello, de acuerdo con Sroufe (2000), cada relación de apego es cualitativamente distinta, ya que depende tanto de las características de la persona menor de edad como de las características de la figura de apego, así como de la relación subyacente. Marrone (2001) apunta a que si una persona menor de edad ha construido modelos operativos internos de la relación con una figura principal de cuidado en los que la confianza básica sea predominante, buscará activamente el contacto con esta durante los episodios de reencuentro y lo usará con eficacia como fuente de consuelo. De esta manera, Barudy (2005) alude a que la parentalidad se puede diferenciar en dos tipos:

- Por un lado, la parentalidad sana, competente y bien tratante que aporta al niño o a la niña los cuidados y la educación adecuados. Esta responde a sus necesidades variadas y evolutivas mediante una disponibilidad múltiple, estabilidad, accesibilidad, perspicacia, eficacia y coherencia.
- Y, por otro lado, la parentalidad disfuncional, incompetente y maltratante que normalmente está asociada a los malos tratos infantiles. Estos padres carecen de la capacidad para aportar los cuidados que necesitan, ser empáticos y satisfacer sus necesidades.

En esta misma línea, Baumriud (1971) apunta que, teniendo en cuenta las variables de control, afecto y comunicación, se pueden definir tres estilos educativos posibles en la parentalidad. Siendo estos los que a continuación se exponen.

- Estilo democrático: el control, el afecto y la comunicación son altos.

- Estilo autoritario: el control es alto, mientras que el afecto y la comunicación son bajos.
- Estilo permisivo: el control es bajo, pero la comunicación y el afecto son altos.

Por su parte, MacCoby & Martin (1983) reformularon las investigaciones realizadas por Baumrind (1971). En esta reformulación procedieron con la reinterpretación de las dimensiones básicas propuestas teniendo en cuenta dos aspectos. El primero, el control o la exigencia que las figuras de cuidado principales ejercen sobre las personas menores de edad en la consecución de metas y objetivos. El segundo, el grado de afecto o sensibilidad que las figuras de cuidado principales muestran ante las necesidades de la persona menor de edad, principalmente en el terreno emocional. De esta forma, con la combinación de estas dimensiones en sus diferentes grados, obtuvieron un cuarto estilo educativo, el negligente, donde tanto el control como el afecto y la comunicación son bajos.

Por lo tanto, como refieren Estalayo et al. (2009), los estilos educativos y de apego son dos aspectos directamente relacionados, observando una posible bidireccionalidad entre los estilos de apego de las personas y los estilos educativos de las figuras principales de cuidado.

En esta misma línea, Fonagy et al. (1995) señala que, a partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, las personas menores de edad pueden desarrollar expectativas en cuanto a la propia naturaleza de las interacciones. Así, las relaciones tempranas poseen una amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la función mentalizadora de los sujetos. Por su parte, Crittenden (1995, 1999) también hace mención de que estos modelos internos de apego pueden implicar cierta forma de procesar la información acerca de la conducta de las figuras de cuidado principal y de este modo, a mayor o menor tendencia a ciertos tipos de psicopatología.

Por último, también es importante que el ambiente en el que se desenvuelve la persona menor de edad sea armonioso, nutritivo y de buen trato para que el vínculo afectivo pueda llegar a establecerse. Como refiere de Prado (2014), pueden existir contextos negativos o de mal trato hacia

las personas menores de edad que pueden derivar en estilos de apego inseguros. Por ello, las adversidades en la infancia se constituyen como un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos, entre ellos de apego.

De acuerdo con Arruabarrena y De Paul (1999), estas experiencias traumáticas pueden ser el resultado, entre otras, de situaciones de maltrato físico, psíquico, negligencia, abuso sexual, abandono, incapacidad parental para el control de la conducta, trato inapropiado, mendicidad o explotación laboral. Crittenden (1992) también incluye que existe evidencia de que la separación o pérdida de una figura de apego está asociada a diversos trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión, los cuales, pueden ser modificados por medio de un tratamiento adecuado.

La exposición a situaciones traumáticas tales como la criminalidad, el acoso escolar, la violencia doméstica y social también produce trastornos que impactan en la totalidad del sujeto, su funcionamiento emocional, fisiológico, psicológico y conductual. De acuerdo con Lanza (2011), el trauma en las relaciones de apego produce miedo a la cercanía emocional y a la dependencia. El eje del trauma es la experiencia de soledad emocional y el temor en relación con dichas experiencias, ya que, si una experiencia atemorizante fuera seguida de otra de consuelo y apego contenedor, la confianza de aquel y su experiencia de seguridad podrían reestablecerse más fácilmente, a la vez que sería más factible dar sentido a la experiencia perturbadora. La presencia o ausencia de la experiencia de apego se revela entonces como sustancial.

Para Allen (2005), las consecuencias de los diversos traumas en el apego son de dos tipos: por un lado, encontramos aquellas que consisten en perturbaciones en los patrones de apego, los que conllevan alteraciones en una serie de variables como la conformación de los modelos internos de trabajo, las emociones que se vuelven predominantes, las perturbaciones en el sentimiento del self y los conflictos en las relaciones interpersonales. Por otro lado, como apunta Fonagy (2006), también pueden perturbar la calidad de la mentalización.

La experiencia indica, como refiere Marrone (2001), que los efectos psicológicos son más severos si el trauma es generado por el ser humano, perpetrado por una figura de apego, con crueldad,

repetido y en la infancia. Además, la intensidad de los efectos depende de la vulnerabilidad de la víctima; cuanto más vulnerable sea esta, mayor será el efecto del trauma.

Cuando las personas menores de edad presencian situaciones crónicas de violencia, suelen presentar trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso. Hay que tener en cuenta que, para quien está creciendo en un ambiente violento, la violencia no se cuestiona e incluso puede parecer el único modo de expresar los afectos (de Prado, 2014).

Sin embargo, en situaciones como las mencionadas, en medio de esas adversidades, pudo haber alguien que salvara a la persona del colapso total. Una tía, un vecino, una profesora, el entrenador del equipo pudieron ser las figuras que ofrecieran a la persona una base segura de apego; es lo que Marrone (2001) denomina la figura de apego sustituta, una fuente de seguridad en relaciones de apego secundarias.

Bowlby (1980) ya refería que algunos patrones de relación que establece la persona con sus figuras principales de apego pueden determinar algunos aspectos importantes de su organización psíquica en relación con otros vínculos de apego posteriores y apuntaba a esto como una disposición o tendencia, más que a una organización fija y definida. La organización psíquica se puede manifestar en las estrategias inconscientes que se eligen en la relación con otros, en los mecanismos de defensa que se utilizan para hacer frente a las ansiedades, el modo en que procesa las pérdidas o elabora los duelos y la organización cognitiva de tales experiencias, especialmente a través del lenguaje. Para Bowlby (1980), el periodo que abarca desde la infancia hasta la adolescencia cobra mucha importancia en la historia evolutiva de una persona, ya que, a medida que se crece, el impacto de otras personas en su vida es inevitable.

2.1. Modelos Operativos Internos (MOI).

El eje central de la teoría del apego se basa en el concepto de *Internal Working Models, a* través del cual Bowlby (2003) hacía referencia a las representaciones de las figuras de apego y a la relación del niño o niña con ellas. En su traducción al español han sido denominados *modelos*

representativos o *modelos operantes*. Desde el punto de vista psicoanalítico, la traducción más acertada sería modelos que trabajan, que empujan desde dentro, asemejándose al concepto de pulsión de Freud. Bleichmar (1997) habla de *modelos internos de trabajo,* y Bretherton & Mullholand (1999) los denominan *modelos operativos internos*.

Todos ellos responden, como apuntan Pinedo y Santelices (2006), a la idea de un esquema o mapa que se internaliza por el individuo y que representa una realidad personal. Esta realidad consiste en diferentes personas y objetos significativos para el ser humano. La denominación de modelo operante interno permite amparar de una manera más integral el mapa representacional cognitivo, afectivo y dinámico. Este mapa posibilita al individuo su ingreso en una realidad compartida, en la que cada miembro integrante cuenta con una mente individual que presenta necesidades distintas y particulares, planes y deseos que es necesario conocer o inferir para que puedan relacionarse entre sí. Los autores explican el concepto diseccionándolo de la siguiente manera:

- **Modelo**: Hace referencia a los mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un ser humano tiene de sí mismo, así como de sus figuras de apego y de su entorno. La función de estos modelos consiste en posibilitar el filtrado de la información acerca de sí mismo y del mundo que le rodea. En cada individuo, pueden coexistir diferentes modelos operantes internos de sí mismo y de los demás. Estos pueden mantenerse separados unos de otros o unirse por medio de procesos integradores (Marrone, 2001). El sentido de estos modelos operantes internos permite al individuo percibir acontecimientos, pronosticar el futuro y construir su plan de acción. También van a posibilitar saber quiénes son sus principales figuras de apego, dónde las pueden encontrar y qué pueden esperar en relación con su respuesta. Es decir, el nivel de disponibilidad al momento de ser precisadas estas figuras en momentos de miedo, estrés, desamparo u otras situaciones o estados negativos.
- **Operante**: Consiste en su construcción como un aspecto cambiante y dinámico en relación con la representación psíquica. Es decir, el modelo representado por cada ser humano no es estático ni imperturbable; puede variar en el tiempo. Asimismo, se refiere al aspecto de que

se acciona desde dentro del propio individuo y esto es lo que le lleva a relacionarse con su entorno en busca de la proximidad con sus figuras de apego. Esto indica que los modelos de cada individuo se pueden activar o desactivar dependiendo de la situación y de las propias necesidades del momento. Estos modelos, por medio de diferentes mecanismos cibernéticos u homeostáticos de retroalimentación, van a lograr operar y regularse. Asimismo, permiten al individuo mantener su relación con la figura de apego atendiendo a los límites de distancia o accesibilidad y postulando la existencia de su organización psicológica o modelo interno (Bowlby, 2003). En definitiva, los modelos operan para regular, interpretar y predecir la conducta, los pensamientos y los sentimientos, tanto del otro (figura de apego) como de sí mismo, y facilitar la creación y resolución de diferentes planes para la organización de la propia conducta (Fonagy et al., 1991; Fonagy, 1999; Fonagy & Target, 2001).

- **Interno**: Tiene que ver con la totalidad de las representaciones acerca del mundo y del individuo mismo; son construcciones derivadas de las diferentes experiencias vividas, siendo éstas lugares, ideas, pautas culturales y estructuras sociales, entre otras. Puede tratarse de ideas conscientes o inconscientes acerca de uno mismo como persona y del otro como figura significativa. Este concepto de construir un modelo interno de relación se llamaría internalización y se trata de un proceso activo que se da en el individuo, en su entorno y en las figuras significativas (Pinedo y Santelices, 2006).

Estos modelos establecen reglas para organizar la atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. Así, por ejemplo, la claridad y la coherencia con la que una persona narra la historia de sus relaciones de apego es un indicador del grado de desarrollo de su organización representacional (Fonagy, 1999).

En la infancia, la experiencia con una figura de cuidado principal solo puede conservarse en forma de representaciones sensoriomotoras y sensorioafectivas. Estos modos de representación simbolizan únicamente las posibilidades de comportamiento y las respuestas afectivas asociadas a la experiencia

con una persona concreta en un contexto afectivo y conductual determinado. No se puede acceder a ellas voluntariamente (Sroufe, 1996).

De acuerdo con Waters & Cummings (2000), el concepto de representación de la experiencia temprana desempeña un papel importante en la aplicación del concepto de base segura. Además, añaden las importantes implicaciones que tiene el desarrollo cognitivo con relación a la visión que tiene la persona como fuente de seguridad y, durante la adolescencia, la aparición de otras figuras o relaciones que pueden ser utilizadas como figuras de apego básicas en los diferentes contextos.

De acuerdo con Bretherton (1985), un individuo puede generar interpretaciones del presente y evaluar caminos alternativos de acción futura. Además, la palabra modelo implica la construcción y, por ende, en desarrollo. Por tanto, a lo largo del tiempo se pueden complejizar los modelos y reemplazar las versiones anteriores más simples, siendo interpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital y pudiendo derivar en la implementación de otros modelos posteriores. Un modelo operativo derivado de una situación que experimentó el individuo en el pasado puede encajar a la perfección con una situación actual. Pero, según refiere Marrone (2001), este modelo tendrá que ser modificado para añadir la nueva percepción.

Es común observar que, en personas con trastornos emocionales, el modelo interno que influye de manera más significativa en sus sentimientos y comportamientos es aquel que se formó durante los primeros años de vida. Este modelo, construido de manera rudimentaria y profundamente arraigado, puede operar de forma consciente, parcialmente consciente o completamente inconsciente. Al mismo tiempo, la persona puede desarrollar un segundo modelo interno, más sofisticado y elaborado, que a menudo resulta incompatible con el primero. Este segundo modelo, asociado al falso self, suele ser percibido erróneamente como dominante, aunque en realidad no refleja las dinámicas emocionales más profundas que guían su comportamiento (Bowlby, 1980).

La expresión *falso self* fue introducida por Winnicott (1965) para designar una distorsión de la personalidad que consiste en emprender desde la infancia una existencia ilusoria a fin de proteger, mediante una organización defensiva, un verdadero self.

Los modelos operativos internos están cargados de emoción, es decir, existe un componente emocional en el sistema cognitivo. Los modelos de uno mismo y de los otros se conforman en el curso de experiencias relevantes para el apego y, por consiguiente, contienen las emociones inherentes a esas experiencias. Estos acontecimientos siempre van a tener un componente emocional, por lo que su representación deberá estar obligatoriamente asociada a estas emociones. En el caso de las representaciones dolorosas, el ser humano puede excluirlas de la conciencia de manera defensiva. Como refiere Bretherton (1985), el hecho de excluir representaciones o modelos operativos de la conciencia obliga a la persona a trabajar en un nivel consciente con un modelo inadecuado de la realidad, lo cual la lleva a un comportamiento inapropiado e incluso patológico.

Como apuntan Marrone (2001) y Fonagy & Target (2001), la confianza que la persona menor de edad establece con el cuidador o cuidadora principal es la que le sirve de modelo en las relaciones futuras. Además, de acuerdo con Crittenden (2002), también existen múltiples modelos de representación interna unidos a diferentes relaciones y a los diferentes modelos de memoria.

Por tanto, el apego influye a lo largo de todo el ciclo vital a través de la progresiva internalización de la relación como objeto operante interno (Feeney et al., 1994). Siendo así, las diferentes experiencias en el vínculo primario se reflejarían en las expectativas sobre la disponibilidad de la persona cuidadora, el self y la mirada sobre las relaciones sociales y del mundo, constituyéndose estos estilos de apego construidos en la infancia como predictores de los procesos vinculares posteriores.

Para Stern (1998), el punto de mayor conexión en la teoría del apego es la elaboración de los modelos operativos internos, ya que son estructuras dinámicas que definen la experiencia subjetiva y se organizan como esquemas de un estar en el mundo con los otros. Lo que denominamos estilos de apego, por tanto, son en realidad rasgos de carácter y tendencias de conducta que reflejan una organización compleja y estable de estrategias de regulación emocional o afectiva (Marrone, 2001).

Pero, aunque estos modelos que representan las creencias y expectativas sobre uno mismo y los demás basadas en experiencias tempranas de apego son relativamente estables a lo largo del tiempo, un buen número de investigaciones han demostrado que no son inmutables (Pietrominaco &

Feldman, 2000; Davila & Sargent, 2003; Rozenel, 2006; Marrone, 2018; Fraley et al., 2021; Gillath et al., 2024). La estabilidad no significa inmutabilidad; los modelos operativos internos pueden cambiar bajo ciertas condiciones:

- **Nuevas experiencias relacionales:** Relaciones significativas con figuras de apego seguras (como parejas, terapeutas o mentores) pueden ofrecer experiencias correctivas que desafían los patrones iniciales y promueven cambios en las representaciones internas.
- **Intervenciones terapéuticas:** Enfoques como la terapia centrada en emociones, la terapia narrativa o la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) han mostrado capacidad para modificar los MOI al trabajar directamente con las emociones, creencias y patrones relacionales subyacentes.
- **Eventos vitales significativos:** Cambios importantes en la vida, como convertirse en padre/madre o superar traumas, pueden reorganizar los MOI al generar nuevas perspectivas sobre las relaciones y el apego.
- **Neuroplasticidad:** La capacidad del cerebro para adaptarse y reorganizarse a través de nuevas experiencias también respalda la posibilidad de modificar los MOI, especialmente con intervenciones consistentes y repetidas.

De esta forma, aunque los MOI son estructuras profundas que guían el comportamiento relacional, son dinámicos y pueden ser transformados mediante experiencias reparadoras o intervenciones específicas que promuevan una reconceptualización de las expectativas sobre uno mismo y los demás.

2.2. Estilos de apego.

Tras la aplicación del procedimiento de la situación extraña, Ainsworth (1982) estableció dos categorías principales en la diada relacional madre y bebé. Por un lado, el apego seguro y, por el otro, el apego inseguro o ansioso. Esta clasificación en adelante se constituyó como central en la teoría del apego. Además, la autora observó dos subgrupos dentro del conjunto de infantes inseguros o

ansiosos. Por un lado, el estilo de apego inseguro evitativo, en el cual la persona menor de edad no parece ansiosa cuando su figura de cuidado principal se aleja, pero la evita cuando regresa. Y, por otro lado, el estilo de apego inseguro resistente o ambivalente, en el cual la persona menor de edad reacciona con ansiedad a los episodios de separación, protesta, pero a la vuelta de la figura de apego, busca la reunión, pero presentando una reacción altamente ambivalente.

Por lo tanto, existen dos grandes bloques para clasificar los estilos de apego. El primero es el apego protector denominado como estilo de apego seguro y en el que todos los autores muestran acuerdo en su denominación. El segundo, los apegos no protectores que se enmarcan en apegos inseguros y que presentan diferentes denominaciones. Ainsworth (1980) se refiere a ellos como estilo de apego inseguro evitativo y estilo de apego inseguro resistente o ambivalente.

Para Waters & Cummings (2000), el estilo de apego seguro se concreta tanto en la utilización hábil de una base segura a lo largo del tiempo como en contextos naturales, como la confianza en la disponibilidad y la capacidad de respuesta del cuidador. Bowlby (2003) añade también el tiempo que pasa la figura de cuidado principal con la persona menor de edad y la calidad de este tiempo.

En los resultados de la situación extraña que llevó a cabo Ainsworth (1969) se observó como un grupo de menores de edad parecían estar más atentos a los objetos inanimados que a los sucesos interpersonales, interpretándose como mecanismos de defensa. Fonagy (1999) añadía que estos niños también parecían mostrarse menos ansiosos ante la separación. Del mismo modo, Marrone (2001) apuntaba que, si se dirigían a los objetos en lugar de a los seres humanos, era para ocultar su disgusto y evitar la proximidad con el propósito de tener bajo control los sentimientos de necesidad que preveían que no iban a ser adecuadamente satisfechos. Incluso añadía que no buscaban la proximidad con su madre después de la separación y puede que incluso no prefiriesen a su madre más que al extraño. Estas personas menores de edad son categorizadas en el estilo de apego inseguro ansioso. Por otro lado, Fonagy (2001) observó a un grupo de personas menores de edad que mostraban una limitada exploración y juego; tendían a perturbarse altamente por la separación. Fonagy (1999) añadía que cuando la madre regresaba, buscaban activamente el reencuentro y el

consuelo, pero también podían mostrar rabia o pasividad. Asimismo, podían presentar dificultades para reponerse, mostraban agitación o tensión y continuaban llorando o molestaban de una manera más pasiva. Por su parte, Marrone (2001) señala que estos niños no se calmaban con facilidad, tendían a llorar de una manera desconsolada y no retomaban la actividad de exploración a la vuelta de su figura de apego. Según refiere Fonagy (1999) los intentos de calmar de la figura de apego fracasaban y no se lograba reasegurarles. Además, la ansiedad o la rabia parecían impedir la obtención de alivio con la proximidad. A este grupo se le categorizó como un estilo de apego inseguro ansioso.

Ainsworth (1982) encontró similitudes en el comportamiento de las personas menores de edad con respecto al tipo de exploración que mostraban. En el caso de las personas que presentaban un estilo de apego seguro, desplegaban una exploración activa, a diferencia de los niños ansiosos que mostraban una exploración pasiva. Las personas menores de edad necesitan desarrollar un vínculo seguro, una base segura con sus figuras de cuidado principales para poder desarrollar conductas exploratorias óptimas y enfrentarse así con eficacia a las situaciones desconocidas (Bowlby, 1988).

Después de que Ainsworth (1982) describiera los tres patrones de conducta de apego (seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente), un equipo de investigadoras formado por Mary Main y Judith Solomon (1990) identificaron un cuarto patrón de conducta al que llamaron estilo de apego inseguro desorganizado-desorientado. Las niñas y niños que se encuentran en esta categoría reaccionan en la situación extraña al reencuentro con su figura de apego de una manera confusa y desorganizada. Las autoras definieron el apego desorganizado como una categoría que describe comportamientos contradictorios o incoherentes en los niños y las niñas al interactuar con sus cuidadores. Estos comportamientos incluyen:

- Movimientos interrumpidos o incompletos.
- Congelamiento o inmovilidad acompañados de expresiones faciales desorientadas.
- Aproximaciones hacia la figura cuidadora seguidas de evitación repentina.
- Comportamientos que reflejan miedo hacia la figura cuidadora.

El concepto central detrás del apego desorganizado es que las niñas y niños experimentan un conflicto interno entre el impulso biológico de buscar proximidad con su persona cuidadora como fuente de seguridad y el miedo hacia ese mismo cuidador, quien puede ser una fuente de amenaza o maltrato, ya que esas figuras son percibidas como alarmantes o impredecibles debido a comportamientos abusivos, negligentes o inconsistentes. Este conflicto genera una falta de estrategias organizadas para lidiar con el estrés o la ansiedad en situaciones de separación o reunión con la figura cuidadora.

Unos años más tarde, de Prado (2014) estudió la existencia de dos grupos diferenciados en el estilo de apego inseguro desorganizado-desorientado. Por un lado, el grupo controlador y, por otro, el grupo desapegado. Además, dentro de ambos grupos a su vez, encontró diferentes subgrupos atendiendo a las características de éstos:

- **El grupo controlador agresivo o punitivo**: Estos infantes muestran una estrategia organizada conductualmente, pero mal adaptada en lo relativo al control del otro. Se trata de niños y niñas que pretenden lograr el control en una situación de estrés por medio de la agresión, el abuso o la cólera. En cuanto a las defensas que pueden presentar, mantienen relaciones superficiales, cortas y conflictivas o duraderas pero destructivas. Estas conductas pueden ser antisociales, agresivas y violentas.
- **El grupo controlador cuidador compulsivo**: Este grupo busca continuamente la satisfacción de sus progenitores. En la bibliografía se puede encontrar como niños parentalizados o conyugalizados (Murray & Cooper, 1997; Cohen, 2004; González, 2010). En este caso pretenden mantener el control buscando sentirse competentes. Esto les ayuda a rebajar el posible riesgo de abandono y los sentimientos de indefensión o vulnerabilidad. Estos infantes pueden provenir de hogares en los que se ha dado violencia de género. Ellos, en lugar de solicitar la satisfacción de sus necesidades, las pretenden satisfacer en sus figuras de apego. Lo que Barudy y Dantagnan (2010) denominaron alineación sacrificial. La conducta que pueden protagonizar es hipervigilante y lo que

pretende es evitar el abuso y el descontrol. Además, su percepción es selectiva, minimiza los efectos negativos e incrementa los positivos.

- **El grupo controlador complaciente compulsivo**: Estos infantes presentan una necesidad desmedida de complacer a la figura de apego y altos niveles de ansiedad y miedo. Barudy y Dantagnan (2010) señalaron que en el pasado estos niños podrían haber sido víctimas de abuso sexual crónico, a lo que se refirió como el proceso de vampirización. Esta categoría puede estar relacionada con el trastorno límite de la personalidad, psicopatía, depresión o delincuencia.
- **El grupo desapegado inhibido**: Son aquellas niñas o niños que se encuentran hipervigilantes e inmersos en sí mismos. Además, muestran estereotipias o balanceos. Puede estar relacionado con el trastorno del espectro autista.
- **El grupo desapegado desinhibido**: Este grupo presenta un daño severo en sus relaciones interpersonales, dificultades serias para el control de impulsos y en la regulación de la agresión. El afecto que expresan y muestran es confuso, carecen de criterio y, frente a los cambios, no presentan ningún tipo de ansiedad o angustia en apariencia. En las relaciones interpersonales cercanas, controlan, exigen y atemorizan.

Desde las investigaciones de Ainsworth con la situación extraña (Ainsworth, 1982), la evaluación del estilo de apego ha continuado en desarrollo. Se han diseñado entrevistas para estudiar el estado mental o sistema representacional de las figuras parentales con respecto al apego (Main et al., 1985). Se han elaborado herramientas de medida del apego adulto basadas en el modelo representacional, como la Adult Attachment Interview (AAI) (Main, 1999). A partir de los distintos resultados de las diferentes investigaciones realizadas con este instrumento (Main et al., 1985; Main & Goldwyn, 1995; Fonagy & Target, 1997; Hesse, 2008; Steele & Steele, 2008), se consideró un nuevo estilo de apego que no se correspondía con ninguna de las cuatro categorías principales señaladas en párrafos anteriores. A este estilo de apego se le denominó el “tipo inclasificable”. Una de cuyas características es la mezcla de elementos ambivalentes y evitativos.

Una posible explicación podría ser que estas personas tuvieran un patrón evitativo con un progenitor y un patrón ambivalente con el otro, o que las características de la relación con un progenitor en particular cambiaron a lo largo de los años de crecimiento (Marrone, 2001). Crittenden (1999) cuestiona esta categoría alegando que estas investigaciones realizadas con población de riesgo muestran que una proporción alta de personas caen en esta categoría porque no se detecta psicopatología. Otra posible explicación podría ser que las personas con un estilo de apego no resuelto, desorganizado, se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente (Balluerka et al., 2011).

En todo caso y como apunta Marrone (2001), estas investigaciones tienen una importancia sustancial, ya que constituyeron uno de los primeros métodos empíricos que pusieron en evidencia que las conductas de apego se organizan en base a contextos estables o inestables, seguros o amenazantes. También lograron la primera taxonomía de las diferencias entre cada uno de los diferentes estilos de apego, evidenciando la correlación entre el tipo de interacción en el hogar durante los primeros años de vida y la posterior función relacional. Estas investigaciones también explicitaron las diferencias individuales que organizan los patrones, además de que el apego inseguro se puede estructurar como estrategia defensiva o autoprotectora para tratar de gestionar las emociones y las situaciones adversas en contextos amenazantes o inseguros.

Bartholomew (1990) elaboró una clasificación dimensional y prototípica del apego a partir de la percepción que una persona tiene de sí misma (self) y de la percepción que tiene de los demás. Para el autor, la combinación de una visión positiva o negativa de uno mismo y de los otros dará como resultado un apego seguro o uno de los tres estilos de apego inseguro: apego inseguro preocupado, apego inseguro evitativo y apego inseguro temeroso.

- Apego seguro: Las personas se sienten cómodas con la intimidad y la autonomía, presentan una buena imagen tanto de sí mismos como de los demás. Por tanto, presentan una buena autoestima y se disponen como capaces de establecer relaciones saludables.

- Apego inseguro ansioso-preocupado: Las personas suelen presentar altos niveles de preocupación por la relación y se pueden mostrar demasiado dependientes. Además, presentan una buena imagen de los demás y una peor imagen de sí mismas. A menudo temen el rechazo y buscan la constante aprobación de los demás.
- Apego inseguro evitativo: Estas personas pueden evitar la intimidad y, en ocasiones, mostrarse distantes o desconectadas emocionalmente. Proceden con una negación del apego, se muestran contradependientes y presentan una mala imagen de los demás y buena de sí mismas.
- Apego inseguro desorganizado: Las personas pueden mostrar elementos de ansiedad y evitación mostrando comportamientos contradictorios en las relaciones. Asimismo, presentar una mala imagen, tanto de los demás como de sí mismos.

A continuación, se procede con un análisis detallado de cada uno de los estilos de apego, siguiendo la nomenclatura establecida por Bartholomew en 1990 y, que favorecerá la comprensión de las características y dinámicas asociadas a cada estilo de apego.

• Apego seguro.

Haciendo referencia a las características de la crianza, el estilo de apego seguro es aquel en el que la persona confía en sus figuras de apego porque estas han sido y son accesibles, sensibles y colaboradoras si se encuentra en una situación adversa o atemorizante que le genera estrés (Florsheim et al., 1996), responden a sus conductas reflejas, afectivas y condicionadas y son capaces de confrontar cuando es necesario (Crittenden, 1995). Los sujetos de este grupo suelen representar a sus figuras de apego como amables y disponibles en momentos de estrés (Ainsworth, 1982; Cantón y Cortés, 2000; Mikulincer et al., 2003; Estalayo et al., 2009; de Prado, 2014). Asimismo, tienen un buen recuerdo de sus experiencias de apego (Kobak & Sceery, 1988; Balluerka et al., 2011) y describen las relaciones actuales con su familia como relaciones de confianza y apoyo (Balluerka et al., 2011). Las experiencias de interacción se establecen coordinadas, sensibles y en las cuales, las figuras cuidadoras no son sobreestimulantes y se muestran capaces de reestabilizar las respuestas desorganizadas.

Las principales características de las figuras cuidadoras que favorecen el estilo de apego seguro son la capacidad de animar e interactuar, mostrar sensibilidad a las señales emocionales y contar con habilidades para apaciguar y modificar las conductas (Perris, 2000). Las interacciones son tranquilas, íntimas e indicativas de que mantienen una relación significativa (Cantón y Cortés, 2000).

Además, la persona con un estilo de apego seguro explora competentemente el ambiente cuando la necesidad de seguridad se encuentra satisfecha y establece comunicación sincera y compartida de los sentimientos y deseos con las figuras de apego cuando es necesario (Balluerka et al., 2011). Las negociaciones son abiertas, directas y normalmente las resuelven con facilidad (Cantón y Cortés, 2000).

Desde un punto de vista emocional, el estilo de apego seguro se relaciona con una regulación emocional más efectiva (Marrone, 2001). Este estilo conlleva sentimientos de seguridad, estabilidad, autoestima, empatía, ternura, consuelo y comunicación emocional (López, 2006). Además, muestra expresiones faciales de alegría y un sesgo favorecedor de vergüenza (Magai et al., 2000). En la rabia en particular, Mikulincer (1998) señala que cuando las personas seguras están enojadas, tienden a aceptar su ira, expresar su enojo controladamente y buscar soluciones a la situación.

En lo referente a las características de las personas que cuentan con un estilo de apego seguro, vemos que se encuentran cómodas en la intimidad, en la cercanía, en la interdependencia y en la autonomía, presentan buena imagen de sí mismas y buena imagen de los demás (Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer et al., 2003; Martínez Ibañez, 2016). También se puede observar un continuo en cuanto a la búsqueda de contacto o interacción (Cantón y Cortés, 2000). En el dominio intrapersonal, tienden a ser personas más positivas, integradas y con una perspectiva coherente de sí mismas (de Prado, 2014); se observan niveles bajos de ansiedad en las relaciones interpersonales y altos en confianza y cercanía (Bartholomew, 1990). Además, se caracterizan por un afecto positivo (Cantón y Cortés, 2000) y por ser personas interactivas, hábiles en las relaciones con los iguales, independientes y cariñosas (Baumriud, 1971).

Con respecto a la evitación, las personas con apego seguro mantienen menos distancia interpersonal, buscan más la proximidad (Marrone, 2001; Pons et al., 2014). El estilo de apego seguro permite percibir a los otros como personas en las que poder confiar, que serán accesibles y sensibles a las necesidades (Bartholomew, 1990). De tal forma que una persona con un estilo de apego seguro tiene mayor capacidad de usar la ayuda de sus figuras de apego sin hacerse excesivamente dependiente de ellas (Marrone, 2001).

Atendiendo a los rasgos de personalidad y en comparación con los estilos de apego inseguros, las personas con estilo de apego seguro presentan menores índices de ansiedad, hostilidad, depresión y estrés (Kobak & Sceery, 1988; Muris et al., 2000; Mikulincer et al., 2003; Balabanian et al., 2014). También tienen más desarrollada su empatía, modulación de sus impulsos, sentimiento de pertenencia y cuentan con capacidades para dar y recibir (Barudy, 2005), así como también cuentan con otros medios constructivos de afrontamiento al estrés (Mikulincer et al., 2003).

El estilo de apego seguro también permite la formación de una conciencia ética y el desarrollo de recursos para manejar las situaciones emocionalmente difíciles, como las separaciones que acarrean pérdidas y rupturas (Barudy, 2005). Tienen más recursos para mostrar sufrimiento sin venirse abajo, ser más flexibles y presentan mayor tolerancia a la frustración (Marrone, 2001).

Una persona con estilo de apego seguro puede recordar las experiencias de su pasado con relativa facilidad, así como explorarlas por medio de un diálogo cooperativo y reflexivo. Asimismo, se muestra cómoda describiendo episodios específicos y cuenta con la capacidad de integrar los recuerdos autobiográficos con una perspectiva autónoma, que contiene aspectos objetivos. Los recuerdos en general son positivos. En los supuestos en los que hayan experimentado situaciones adversas en su infancia, la narrativa es desde la reflexión y se observa la ausencia de mecanismos de defensa, como la devaluación, idealización, escisión, etc. El polo emocional y cognitivo son congruentes (Marrone, 2001).

- Apego inseguro evitativo.

Haciendo referencia a las características de la crianza, las personas con un estilo de apego evitativo tienden a infravalorar las relaciones de apego. Refieren contar con escasos recuerdos del pasado y estos recuerdos incluyen la idealización, el rechazo o la indiferencia hacia sus figuras de apego (Balluerka et al., 2011; de Prado, 2014; Loizaga, 2016). Para ellos, la existencia parte de un otro no estable, no cuidador y que ha carecido de la capacidad de "reverie" (de Prado, 2014). El concepto de reverie se refiere a un estado en el que una persona se sumerge en pensamientos o representaciones mentales, a menudo de manera involuntaria. Se trata de un momento en el que la mente posibilita que aparezcan ideas, recuerdos o deseos sin un enfoque consciente. Se trata de un estado que se asocia con la reflexión personal y la exploración de las emociones, procesar experiencias o incluso encontrar soluciones a problemas.

Las personas con un estilo de apego inseguro evitativo no sienten confianza en que sus figuras de apego lo cuidarán y serán protectores frente al estrés o las situaciones adversas que se den. De hecho, esperan ser ignorados (Florsheim et al., 1996). Hay dos tipos de experiencias infantiles que parecen ser prevalentes en estos casos; una se relaciona con la pérdida del padre o de la madre en la infancia y la otra es la existencia de un progenitor que mantuvo una actitud crítica y carente de empatía con respecto al deseo natural del infante de obtener amor, apoyo y atención (Marrone, 2001).

En este estilo de apego, lo habitual es que la persona cuidadora reaccione de manera angustiosa ante el infante, mostrando rechazo, hostilidad o violencia, tomando distancia tanto física como psicológica a través de actitudes controladoras, intrusivas o sobreestimulantes (Barudy, 2005). Esta distancia psicológica, por medio de la cual se rechazan las señales afectivas, acaba convirtiéndose en su principal herramienta conductual, derivando en la mayor parte de los casos en castigo. Este castigo puede ser físico o emocional, como la retirada de amor, siendo siempre en todo caso desproporcional (Kobak & Sceery, 1988; Byng-Hall, 1995; Perris, 2000; Magai et al., 2000). Normalmente, las figuras de cuidado valoran la obediencia como una virtud. En base a esto,

mantienen a sus hijas e hijos en un papel subordinado, restringiendo su autonomía, sus estímulos y los refuerzos positivos. Además, se esfuerzan en controlar, evaluar e influir en el comportamiento desde unos patrones rígidos, siendo las manifestaciones de afecto escasas o nulas, al igual que la comunicación, que solo se utiliza para transmitir miedos y temores en forma de amenazas o manipulación afectiva (Barudy, 2005).

Todas estas conductas y actitudes por parte de sus figuras de apego derivan en un mecanismo de autoprotección en el que la persona inhibe la expresión de sus afectos, ya que se valora como contraproducente (Crittenden, 1995; Barudy, 2005). Asimismo, consigue la proximidad, evita el abandono y se protege del rechazo, pero desconectándose de sus propias emociones y necesidades. En definitiva, obvia, niega, disfraza o falsifica sus propias emociones, así que aprende a responder como si la presencia de personas significativas le importase poco (de Prado, 2014).

Las personas con un estilo de apego inseguro evitativo se muestran como autosuficientes e independientes (Balluerka et al., 2011; Garcia, 2014; Loizaga, 2016), evitan la intimidad (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer et al., 2003) desde una visión positiva de sí mismos y negativa de los demás. Esto conlleva menores niveles de ansiedad en las relaciones interpersonales (Pons et al., 2014). Las personas con este estilo de apego confían en que lo pueden controlar todo (de Prado, 2014), pero en realidad presentan falta de autonomía personal, de creatividad, de competencia social, de autoestima y normalmente son personas descontentas, reservadas, poco tenaces, poco comunicativas y afectuosas (Baumriud, 1971). Además, presentan una pobre interiorización de valores (Baumriud, 1971). Estas personas tienden a mostrarse lo más independientes posible, no demandan mucho de las relaciones y tampoco invierten tiempo en definirlas y cuestionarlas; las relaciones tienen un fin o una funcionalidad (Barudy, 2005).

Todo esto se acentúa en la adolescencia, ya que no expresan apenas emociones con sus iguales. Para ellos esto es un mecanismo de defensa para evitar la angustia que les producen los lazos afectivos, ya que los lazos afectivos que han conocido durante su infancia les han producido esa emoción. La inseguridad o vulnerabilidad que la relación les provoca si se vinculan emocionalmente,

es decir, si sienten y expresan sus afectos, les sitúa en una situación en la que creen que acabarán siendo rechazados o abandonados por el otro (Marrone, 2001; Barudy, 2005). Las personas con estilo de apego inseguro evitativo no buscan y no esperan apoyo, empatía e intimidad en sus relaciones personales (Marrone, 2001). Del mismo modo, presentan bajos niveles de confianza, bajos deseos de cercanía y proximidad, así como patrones de comunicación inadecuados y dificultades emocionales (Balabanian et al., 2014). Todo lo que no implique mundo emocional a ellos les encaja, por lo que aprovechan su desarrollo evolutivo para centrarse en logros y tareas (Barudy, 2005). Su lenguaje corporal es distante. Se muestran fríos y lejanos. Además, presentan dificultades para mantener contacto físico y ellos no lo ven como necesario ni problemático (Loizaga, 2016).

Aludiendo al estado emocional, controlan sus emociones (Balluerka et al., 2011; Loizaga, 2016), en un intento de volverse emocionalmente autosuficientes como resultado del constante rechazo vivido en la infancia cuando se acercaban en busca de consuelo y protección (Ainsworth, 1982). Su manejo de la rabia y de la frustración es inadecuado (de Prado, 2014). La inhibición de todo lo relacionado con su mundo emocional les proporciona una vivencia de pseudoseguridad (Fonagy, 1999; Marrone, 2001; Mikulincer et al., 2003; Barudy, 2005; Loizaga, 2016). Las personas con este estilo de apego huyen de la expresión de tristeza, se mueven más cómodos en la alegría y no parece afectarles el miedo (Loizaga, 2016). Con respecto a la rabia, se inclinan hacia la ira, pero, aunque presenten intensos episodios de enojo con alta hostilidad, tienden a ocultar su ira negando la emoción o mostrándose positivos (Mikulincer, 1998).

En lo que respecta a los rasgos de su personalidad, parten de altos niveles de sufrimiento, de desconexión y de falta de empatía. Además, presentan grandes dificultades para desarrollar relaciones de confianza y pueden desarrollar distorsiones cognitivas que deriven en trastornos asociados a la identidad y autoestima (de Prado, 2014). Detrás de esa apariencia de fortaleza y equilibrio se esconde una persona con baja autoestima (Barudy, 2005), con una representación de los otros como no disponibles, no confiables, tendiendo a una hostilidad pasiva (Kobak & Sceery, 1988; de Prado, 2014). La represión emocional puede derivar en problemas psicosomáticos y, en situaciones de conflicto, es

más probable que adopten la posición de agresor que de víctima (Marrone, 2001), pudiendo llegar a ser socialmente astutos respecto al comportamiento de los demás (Crittenden, 1992). No reflejan afecto negativo ni síntomas de estrés o ansiedad; sin embargo, los pares los consideran ansiosos (Kobak & Sceery, 1988). A pesar de parecer despreocupados ante las separaciones, muestran signos que denotan ansiedad (Byng-Hall, 1995). También muestran una mayor vinculación con la sintomatología externalizante (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 2009).

En relación con su narrativa en la entrevista de apego adulto, las personas con estilo de apego inseguro evitativo ofrecen poca información acerca de su historia personal. Pueden ofrecer detalles sobre situaciones complicadas sin entrar en contacto con las emociones subyacentes y el discurso puede estar teñido de trivialidades y banalidades. Parecen minimizar el significado de las relaciones íntimas en su pensamiento, en su mundo emocional y en su vida cotidiana. También pueden presentar falta de correspondencia entre memoria semántica y memoria episódica, exponen pocos detalles y presentan dificultad para exponer ejemplos claros relacionados con sus explicaciones. Les molestan las preguntas personales (Marrone, 2001).

- ## Apego inseguro ansioso preocupado.

Las personas que presentan un estilo de apego ansioso preocupado valoran sus relaciones de apego, pero tienden a sentirse excesivamente preocupadas por los miembros de su familia. Expresan temor a ser abandonados y tienen escasa autonomía. En sus recuerdos del pasado se incluye algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres y suelen reflejar resentimiento respecto a las experiencias pasadas de apego (Balluerka et al., 2011).

La persona con este estilo de apego presenta cierta incertidumbre acerca de la responsabilidad de la figura de apego (Florsheim et al., 1996), ya que se encuentra inseguro en torno a si estará accesible o sensible y si logrará responder en las situaciones adversas o de estrés (Ainsworth, 1982; de Prado, 2014). En este estilo se dan niveles altos de ansiedad ante la exploración del mundo y puede presentar una tendencia al aferramiento relacional (Ainsworth, 1982). Estas

personas van a presentar sentimientos de ambivalencia debido a la insatisfacción de sus necesidades por parte de sus figuras de apego en la infancia (Barudy, 2005).

Las personas con un estilo de apego ansioso preocupado subregulan su afecto, incrementando su expresión de malestar en un intento de recibir la respuesta esperada por parte de su figura de apego, presentan un umbral bajo para las condiciones amenazantes y se convierten en alguien preocupado por tener contacto con la figura de apego; sin embargo, paradójicamente, se sienten frustrados incluso cuando este contacto se halla disponible (Sroufe, 1996).

En lo referente a las características de las personas cuidadoras, suelen tener una conducta errática, cambiante o inconsistente, ya que la mayoría de las veces no responden de manera adecuada o en el momento adecuado a las necesidades del infante, pudiendo producirse sobre o subresponsividad (Bowlby, 1993; Crittenden, 1995). En estas circunstancias, el infante no logra predecir cómo responderán a sus necesidades y esto le genera rabia y ansiedad (Bowlby, 1993; Crittenden, 1995).

Las personas cuidadoras de niñas o niños con estilo de apego ansioso preocupado se caracterizan por la intermitencia en su capacidad de responder con sensibilidad, se muestran inaccesibles en lo emocional y presentan imprevisibilidad de respuestas que derivan en la no satisfacción de las necesidades de apego (Crittenden, 1992; Bowlby, 1993; Perris, 2000). Normalmente, estas personas cuidadoras se comportan de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y acciones del niño o la niña (Baumriud, 1971); suelen ser cuidadores afectuosos, pero en estos sistemas familiares no hay control y se evita utilizar la autoridad, las restricciones o el castigo (Barudy, 2005).

Tampoco son exigentes en cuanto a la madurez y responsabilidad en las tareas. Estas figuras de apego no son capaces de marcar límites, pudiendo generar efectos socializadores negativos en cuanto a las conductas agresivas y logros de independencia (Baumriud, 1971).

La comunicación está presente, pero no se estructura jerárquicamente, ya que se ofrece un marco de comunicación ilusoriamente igualitario en el cual el infante cree que lo que dice, quiere y hace tiene el mismo valor que en el adulto (Barudy, 2005).

En lo referente a las características de las personas con estilo de apego ansioso preocupado, presentan una ansiedad elevada por ser amados y ser lo suficientemente valiosos para sus figuras de apego (Barudy, 2005; Pons et al., 2014); tienen una alta preocupación por el interés o desinterés y por la disponibilidad emocional que muestran los otros (Barudy, 2005). Su visión del self es negativa, pero tienen una visión muy positiva de los otros, buscando su aprobación, valoración y mostrando confianza ciega en los demás (Bartholomew & Horowitz, 1991). De ahí que las personas con estilo de apego ansioso preocupado tiendan a devaluarse a sí mismas y a ensalzar a los demás, confiando ciegamente en los otros sin percibir defectos, limitaciones o riesgos y sean más vulnerables a la soledad (Castillo & Medina, 2007).

Presentan miedo al rechazo (Mikulincer et al., 2002; Mikulincer et al., 2003; Pons et al., 2014), y pueden tener muchos problemas para las interacciones sociales, ya que no cumplen con las normas estándar de comportamiento, son poco persistentes y muy descontrolados, tienen muchas dificultades para el autocontrol y para asumir responsabilidades, ya que poseen un pobre sistema moral o normativo (Barudy, 2005). Son muy incoherentes con las interpretaciones de su propia realidad (Loizaga, 2016).

Las personas con estilo de apego inseguro ansioso preocupado pueden ser consideradas como alegres y vitales, pero tienden a ser dependientes y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Baumriud, 1971; Barudy, 2005). La falta de control genera baja autoestima, ya que se enfrentan a tareas que sobrepasan sus capacidades (Barudy, 2005).

Para Loizaga (2016), cuando llegan a la adolescencia, es común que transgredan las normas sociales en busca de límites externos, ya que su comunicación es directa, rápida, con excesivos detalles y su lenguaje corporal no responde con espontaneidad al acercamiento. Las tareas y el rendimiento están muy afectados por el estado de ánimo y los estados de salud, y tienden a generar conflictos en

las relaciones interpersonales. Según Barudy (2005), en la adolescencia, las conductas coercitivas con sus iguales les hacen desarrollar conductas agresivas y de frustración que pueden llegar a ser altamente disruptivas, con mucha impulsividad y dificultad para controlarse.

Muestran bajos niveles de confianza en la consolidación de las relaciones afectivas, desean mantener proximidad, pero a la vez presentan temor e inseguridad para dar inicio y mantener las mismas (Balabanian et al., 2014). Estas personas hacen demandas constantes de atención y demuestran mucha indefensión y dificultad para trabajar independientemente.

Pueden presentar problemas conductuales, ya que su energía está centrada en el mundo afectivo y en sus relaciones con iguales; sin embargo, paradójicamente, presentan dificultades para ser aceptados, porque al mismo tiempo que buscan continuamente la aceptación, son personas celosas que desean la exclusividad en las relaciones, así que utilizan conductas coercitivas que hacen de las relaciones afectivas algo difícil de manejar (Barudy, 2005).

En lo referente al mundo emocional, el estado emocional predominante es la preocupación y el miedo a la separación (Lecannelier, 2002b). Las personas reaccionan con una angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia (de Prado, 2014). La subjetividad marca las emociones de alegría y tristeza (Loizaga, 2016). El rencor y la ira mantienen alta la activación emocional (Marrone, 2001; Loizaga, 2016).

Las emociones de rabia están asociadas con un conflicto interno, de tal forma que tienden hacia la ira, caracterizándose por presentar enojos con alta hostilidad (Crittenden, 1995; Mikulincer, 1998; Magai et al., 2000).

Respecto a la evitación, presentan menos distancia interpersonal que otros estilos de apego ya que, como decíamos anteriormente, buscan la proximidad (Pons et al., 2014), pero cuando establecen relaciones interpersonales, una vez en ellas, se muestran ambivalentes y adhesivos, a veces con explosiones de rabia (Marrone, 2001).

En lo referente a los rasgos de su personalidad, presentan mayores síntomas de ansiedad (Kobak & Sceery, 1988; Bartholomew & Horowitz, 1991; Crittenden, 1995; Mikulincer et al., 2003), son más vulnerables a posibles trastornos depresivos (Castillo y Medina, 2007) y presentan altos niveles de conducta antisocial (Baumriud, 1971). Las personas con este estilo de apego tienen una tendencia impulsiva y en la expresión de la emoción, suelen confundir la sinceridad con compartir todo lo que piensan (Loizaga, 2016). Su estado mental se asocia con enojo, estrés y afecto negativo (Magai et al., 2000), y con bajos niveles de calma y serenidad (Kerr et al., 2003). Algunas de estas personas con estilo de apego ansioso preocupado, a diferencia de las personas con estilo de apego inseguro evitativo, en vez de esconder y proyectar su vulnerabilidad, la manifiestan y la amplían (Marrone, 2001).

Haciendo mención al estilo de respuestas en la narrativa que ofrecen en la entrevista de apego adulto, parecen confusos, incoherentes e incapaces de aplicar objetividad a la comprensión de las relaciones interpersonales y sus influencias. Las respuestas son tangenciales e irrelevantes; la persona tiende a omitir información esencial para entender un concepto y al mismo tiempo agregar información sobre cuestiones secundarias e innecesarias. Los recuerdos suelen aparecer de manera confusa o fragmentada. En algunos casos, parecen estar aún involucradas en tramas conflictivas de su familia de origen, todavía tratando de satisfacer las expectativas y deseos de los padres, o inmersos en el conflicto entre la rebelión y la independencia (Marrone, 2001).

- ## Apego inseguro desorganizado.

A pesar de que en esta tesis no se ha abordado el estilo de apego inseguro desorganizado, es un estilo de apego que merece atención, ya que puede interrelacionarse con las estrategias primarias y/o secundarias de los otros dos estilos de apego inseguros. En el ámbito de las herramientas de evaluación del apego, se dispone de menos instrumentos para medir el estilo de apego inseguro desorganizado en comparación con otros estilos de apego (Bárez et al., 2024). Una de las razones de esta escasez puede ser que el apego desorganizado se caracteriza por lapsos en la monitorización del

razonamiento o el discurso (Solomon & George, 1999), lo que dificulta su evaluación mediante informes.

Al seleccionar las herramientas para evaluar el apego, es fundamental considerar diversas variables, como la edad u otras. En el caso de la población adolescente o joven, las pruebas psicométricas validadas incluyen el Cuestionario para Evaluar el Apego en su versión reducida al español (Camir-R) (Balluerka et al. 2011) y el Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) (Lacasa et al., 2015).

El estilo de apego desorganizado se distingue por la falta de una estrategia coherente, manifestándose a través de comportamientos contradictorios. Por esta razón, la evaluación del apego a menudo requiere métodos observacionales o entrevistas en profundidad que pueden captar la incoherencia y desorientación en las respuestas de la persona. Un ejemplo es la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (George et al., 1985), que se considera un referente en la evaluación del apego en adultos. Sin embargo, su aplicación es compleja y requiere un entrenamiento especializado para los profesionales que la administran (Bárez et al., 2024).

Por otro lado, la Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas (EPERIC por sus siglas en inglés), el Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Evaluación del Apego en su versión reducida en español (Camir-R por sus siglas en español) se fundamentan en el modelo original de tres categorías, lo que permite clasificar a las personas evaluadas según prototipos de apego seguro, evitativo o ansioso. Estas pruebas de autoinforme proporcionan información dimensional, ofreciendo puntuaciones en las dimensiones relacionadas con el apego (Bárez et al., 2024).

Las personas con un estilo de apego desorganizado se caracterizan por ser incapaces de mantener una estrategia de apego coherente (Balluerka et al., 2011). En este estilo de apego, las figuras principales de cuidado no han respondido o han respondido tarde a las demandas del infante y esto enmarcado en una escasa disponibilidad emocional y una implicación inconsciente, incoherente e impredecible. Ante estas respuestas, el infante responde con un nivel altísimo de ansiedad, lo que

le lleva a aumentar la intensidad de su conducta de proximidad, estrategia que le permite mantener a la figura de apego cercana hasta recibir una respuesta, evitando el abandono, lo que le genera un gran alivio. Sin embargo, esa respuesta es la mayor parte de las veces insuficiente (de Prado, 2014), debido a que las figuras de apego son altamente incompetentes como consecuencia de haber sufrido durante sus respectivas infancias traumas que no recibieron la protección y ayuda necesaria (Barudy, 2005; de Prado, 2014).

Para estas figuras de apego, cuando el infante demanda una necesidad o busca la proximidad, aumentan sus niveles de ansiedad, pero si, por el contrario, se aleja, la figura de apego se sentirá provocada y canalizará esa ansiedad a través de comportamientos hostiles y de rechazo. Por lo tanto, el resultado será una vivencia repetida de angustia, miedo y desesperanza (Barudy, 2005), de naturaleza bidireccional (Solomon & George, 1999; de Prado, 2014).

En este estilo de apego es donde se detecta con más frecuencia maltrato y negligencia (de Prado, 2014), y es un patrón de conducta también más relacionado con la severa desatención o el abuso sexual o físico por parte de las figuras de apego, ya que estas figuras son fuente tanto de temor como de reaseguramiento, consecuencia de lo cual la activación del sistema conductual de apego produce intensas motivaciones conflictivas (Cicchetti & Beeghly, 1987). Han tenido unas experiencias afectivas tan caóticas y horribles que son incapaces de establecer un orden.

Según distintas investigaciones (Egeland y Soufre, 1981; Crittenden, 1985; Carlson et al., 1989; Lyons-Ruth et al., 1999), los niños y las niñas con este tipo de apego son los más desestructurados; son niños y niñas que desde edades muy tempranas han presenciado o sufrido algún tipo de maltrato, violencia o amenazas por parte de sus cuidadores principales. Han vivido en hogares desestructurados y disfuncionales en los que no han encontrado ningún tipo de orden adecuado en forma de respuestas ni a las conductas ni a las emociones. De acuerdo con Barudy (2005), estas personas menores de edad no pueden tener una visión ajustada y realista de su entorno. Tampoco pueden prever el peligro de la misma forma que lo perciben los niños y las niñas que se han desarrollado en un ambiente bientratante.

La representación sobre sí mismo de estos infantes es que son indignos, malos o no queribles y la representación que tienen de los otros es que son inaccesibles, peligrosos, abusadores e impredecibles (van der Kolk et al., 2001). Las experiencias de sus relaciones tempranas son caóticas y dolorosas. Sucede que sus estrategias defensivas se colapsan para hacer frente al caos y su vivencia más característica es la de un miedo crónico intenso (de Prado, 2014).

Las personas con estilo de apego desorganizado parten del desarrollo de una memoria traumática que almacena acontecimientos en la memoria implícita y no en la narrativa, es decir, sensaciones y afectos intensos y fragmentados con escaso contenido verbal (van der Kolk et al., 2001).

Las personas con estilo de apego desorganizado no desarrollan perspectiva de espacio temporal, de modo que lo que haya en su memoria se hará presente. Es como si todo estuviera ocurriendo en ese momento. Esto tiene que ver con las secuelas de estrés postraumático sufrido. La memoria traumática se estanca en el presente, inundando las relaciones positivas y afectando a su percepción, su sensación, su conducta y sus emociones (de Prado, 2014). La persona se comporta erráticamente, enviando mensajes contradictorios al mismo tiempo que el mismo se encuentra confundido (Florsheim et al., 1996); son incapaces de mantener una estrategia de apego coherente (Loizaga, 2016). Presentan una mala imagen de sí mismos y de los demás, miedo al rechazo y al contacto interpersonal, así como una desconfianza temerosa. Estos jóvenes se autodevalúan y tienden a permanecer en un estado de hipervigilancia defensiva (Bartholomew, 1990). Las conductas que exhiben parecen no estar dirigidas hacia un fin, dando la impresión de desorganización o desorientación (Main & Solomon, 1990).

Su autoestima es baja, carecen de confianza en sí mismos y tienen miedo al fracaso, presentando una comunicación pobre con altos niveles de represión y pasividad ante el interés que otros puedan mostrar por conocer su mundo y sus intereses (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Loizaga, 2016).

Su lenguaje corporal es frío y mantienen un fuerte rechazo al contacto físico, y es posible que, si lo mantienen, este sea inadecuado o invasivo. En relación con las tareas, es inestable, muy afectado

por los estados de ánimo y las relaciones familiares e interpersonales. Vive la soledad con facilidad, pero los externos le ven con tensión, sufrimiento y dificultades para la relación. Presentan culpabilidad y falta de aceptación ante las peculiaridades personales. Además, pueden mostrar un comportamiento superficial con desconocidos, con fuerte propensión a actuar con grandiosidad y a hacer reclamaciones extravagantes. Presentan dificultades para explorar y experimentar situaciones nuevas (Main & Solomon, 1990; de Prado, 2014; Loizaga, 2016).

En lo referente a su mundo emocional, parecen no mostrar emociones hasta que se complican fuertemente las relaciones interpersonales. En estos casos puede manifestar ira, agresividad o fuerte tristeza (Loizaga, 2016; Beeney et al., 2017).

Según Main y Solomon (1990), las niñas y niños con un estilo de apego inseguro desorganizado experimentan lo que ellos llaman miedo sin solución, ya que su figura de apego es simultáneamente una fuente de consuelo y terror. Este dilema genera comportamientos contradictorios como buscar cercanía y, al mismo tiempo, evitarla. Estas respuestas son intentos de manejar la confusión y el miedo derivados del trauma.

Respecto a la evitación, habría más distancia interpersonal en las relaciones y estas se constituirán en menos íntimas (Pons et al., 2014). Establecen relaciones en las que se muestran reservados y suspicaces, buscan proximidad, pero con desconfianza y miedo a ser rechazados (Castillo y Medina, 2007).

En lo referente a la personalidad, estas personas pueden desarrollar trastornos disociativos, de memoria y atención (van der Kolk et al., 2001). Asimismo, presentan altos niveles de ansiedad (Castillo y Medina, 2007). Se caracterizan también por presentar síntomas internalizantes (Ronnlund & Karlsson, 2006). En cuanto a los diferentes trastornos vinculados con este estilo de apego, uno de los más comunes es el trastorno por déficit de atención o hiperactividad (TDAH), subyaciendo a un estado de marcada hipervigilancia. Dada la cronicidad de las situaciones traumáticas en las que han vivido, el cerebro adelanta que los próximos eventos también serán traumáticos, lo que los lleva a estar en constante situación de alerta (van der Kolk et al., 2001). Socialmente son niños que presentan

importantes trastornos de comportamiento y acaban siendo estigmatizados como problemáticos. Sus relaciones frente a la autoridad terminan por ser insoportables (Barudy, 2005). Pueden mostrar gran nivel de agitación que es posible que derive en estallidos de cólera, rabia y violencia (de Prado, 2014).

Haciendo referencia a la narrativa que se ha observado en la entrevista de apego adulto, las personas con estilo de apego inseguro desorganizado presentan importantes contradicciones y rupturas en la manera de razonar. Se deduce que tal narrativa manifiesta la existencia de representaciones y estados mentales fragmentados o escindidos. A veces, pierden durante la conversación el curso del pensamiento hasta el punto de no poder recordar lo que estaban diciendo, o hasta perder de vista la perspectiva que estaban utilizando hasta ese momento, tal como si sufriesen episodios de alteración de la conciencia. Al hablar de episodios traumáticos, pueden incluir cambios dramáticos en la emocionalidad y en el significado del discurso (Marrone, 2001).

3. Conductas de apego.

Para Bowlby (1973), la conducta de apego consiste en cualquier comportamiento o conjunto de comportamientos que generan que un individuo tenga o mantenga la proximidad con otro al que considera especial. También adelanta que la conducta de apego es adaptativa y es la que le posibilita al infante la supervivencia. El modelo que plantea está basado en la presencia de cuatro sistemas de conducta que están relacionados y se ajustan entre sí. Estos sistemas son el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema de afiliación.

Oliva (2004) refuerza la idea de que el sistema de conductas de apego pretende mantener la proximidad y el contacto con las figuras de apego, añadiendo que estas conductas se activan cuando aumenta la distancia con la figura de apego o cuando se perciben señales de amenaza. En relación con los sistemas de apego, refiere que cuando se activa el sistema de conductas de apego, se desactiva o disminuye el sistema de exploración. Del mismo modo que cuando se activa el sistema de miedo a los extraños, se desactiva el de exploración. Esta interrelación existente entre los sistemas puede indicar que no estamos ante una simple conducta instintiva que emerge ante un estímulo, sino más bien ante

una serie de conductas que pueden activarse o desactivarse según su morfología e intensidad. Todo ello va a depender de los diferentes factores contextuales e individuales de cada ser humano.

Crittenden (1992) también refiere como conductas de apego esa pretensión para buscar o mantener la proximidad con las figuras de apego, hace mención a que la proximidad se puede llevar a cabo por medio de diferentes conductas que pretenden buscar esa proximidad. Asimismo, recoge la posible interrelación entre los diferentes sistemas.

Para Gago (2014), a la tendencia estable de buscar la proximidad subyacen conductas que no se manifiestan de una forma mecánica, sino en relación con otros sistemas de conducta y circunstancias ambientales. Además, añade que estas conductas de apego son el resultado de las comunicaciones de demanda de cuidados. Para él, estos sistemas conductuales y motivacionales están programados genéticamente y son modelados por el ambiente. Algunos sistemas pueden activarse al mismo tiempo y de manera sinérgica, por ejemplo, apego y sexualidad, mientras que otros son excluyentes entre sí.

Estas conductas de apego no se limitan únicamente a la infancia temprana; durante la adolescencia, juventud, adultez y vejez también aparecen, aunque con menor intensidad. En todo caso, las diferentes conductas de apego llevadas a cabo por los seres humanos ante situaciones que pueden generar estrés, ansiedad o angustia se pueden activar durante todos los ciclos vitales (Ainsworth, 1982; Bowlby, 1988; Feeney et al., 1994; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Mikulincer & Shaver, 2016). Para Pinedo y Santelices (2006), esto último es lo que concede a las conductas el estatus de supervivencia y autoconservación en cada individuo.

La conducta de apego se activa especialmente por el dolor, la fatiga o cualquier causa atemorizante, pero también por el hecho de que la madre sea o parezca inaccesible (Bowlby, 1988). Para Marrone (2001), cuando las conductas de apego se activan, la respuesta inmediata del infante va a ser buscar la protección y la contención emocional por parte de la principal figura de apego accesible.

Fonagy (1999) establece que la activación de esas conductas de apego va a depender de la evaluación que hace el infante de las señales del entorno y que darán como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. Esta experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego como regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996). Pinedo y Santelices (2006) establecen que todas las conductas del sistema de apego se van a organizar alrededor de las representaciones mentales de la relación o modelos operantes internos. Para Bowlby (1969), un sistema de control de apego y su conexión con los modelos operantes internos del propio individuo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la primera infancia son características centrales del posterior funcionamiento de la personalidad.

Marrone (2001) diferencia entre el sistema de apego que puede activarse en una relación a largo plazo o ante la satisfacción inmediata. Además, apunta que cuando la relación con una figura de apego perdura en el tiempo, recibe el nombre de vínculo de apego. A diferencia de cuando se trata de activaciones inmediatas que se denominarían conductas de apego.

Shaver & Mikulincer (2002a) proponen un modelo integrativo de la activación, sobreactivación y desactivación del sistema de apego. De esta forma se ha planteado que las personas con un estilo de apego seguro activan la estrategia primaria, caracterizada por buscar la proximidad de la figura de apego, como forma de recibir confort y protección. Por el contrario, las personas que poseen estilos de apego inseguros activan la estrategia secundaria por medio de la hiperactivación o desactivación de las necesidades de apego, como una forma de resguardar el self del potencial abandono en el primer supuesto (hiperactivación) y del rechazo en el segundo (desactivación).

De acuerdo con Mikulincer et al. (2003), las estrategias de hiperactivación son prototípicas de las personas que puntúan alto en la dimensión de ansiedad, caracterizándose por la tendencia a exagerar signos de amenaza y reaccionar ante situaciones estresantes con intenso malestar o rumiación continua. Esta hiperactivación de buscar la proximidad se fundamenta en que la distancia es experimentada como peligrosa o indicadora de un potencial o posible abandono.

Por otro lado, las estrategias de desactivación son propias de las personas que puntúan alto en la dimensión de evitación, caracterizándose por la supresión y regresión de pensamientos y emociones negativas. Es decir, tienden a desactivar las conductas de apego, dado el temor a los resultados aversivos que la proximidad de la figura podría generar. Por tanto, buscan minimizar el contacto con esa persona, tanto en lo real como en lo imaginario. Si bien las dos tendencias (hiperactivación y desactivación) implican manejos emocionales opuestos, intensificación y supresión, respectivamente, ambas conducen a una desregulación emocional.

Explicado de otro modo, para Mikulincer et al. (2003), una persona con un estilo de apego seguro ante una situación de estrés o signos de amenaza, activa el sistema de apego. Esta activación supone la búsqueda de proximidad con respecto a la figura de apego. En el supuesto de que esta, esté disponible, se da un sentido de base segura y pueden activarse estrategias del sistema de exploración, afiliación, toma de riesgos, actividades prosociales o de cuidado para con otros. Si, por el contrario, la figura de apego no está o no se muestra disponible, la búsqueda de proximidad es inviable, por lo que pueden desactivarse las estrategias. Esta desactivación puede suponer la supresión de emociones negativas o cognitivas, así como un distanciamiento de la amenaza y, por ende, de los sistemas de apego. Este modo es característico del estilo de apego inseguro evitativo, ya que la distancia incluye inatención activa a los eventos que generan estrés o amenaza, inhibición cognitiva de pensamientos y recuerdos evocadores de estrés o vulnerabilidad.

En los supuestos en los que la búsqueda de proximidad sea viable y se produzca una sobreactivación de las estrategias que suponen un aumento del estrés, de la hipervigilancia y de la rumiación, se podría estar frente a un estilo de apego inseguro ansioso preocupado. Esto puede conllevar el mantenimiento de un sentido de malestar y dolor.

3.1. Conductas problemáticas relacionadas con los estilos de apego en la adolescencia.

La adolescencia transcurre a lo largo de un momento evolutivo de importantes transformaciones cognitivas, emocionales y sociales. Para Allen (2008), estas transformaciones van a

tener repercusión directa en el estilo de apego y, por ende, en su expresión. Pasada la primera infancia, el mundo relacional de los seres humanos aumenta y con ello se opta por figuras de apego alternativas, iniciando comparaciones con otras figuras. En palabras de Bowlby (1969), los lazos establecidos con las figuras de apego durante la primera infancia se mantendrán durante la adolescencia, pero serán complementados por nuevos vínculos con otras personas.

En lo referente al sistema de apego durante la adolescencia, Oliva (2011) refiere que en este momento evolutivo se podrá considerar al sistema de apego como una organización global, única e integrada que va a emerger desde la reflexión de las experiencias relacionales previas. A su vez, mostrará estabilidad y se añadirá la posibilidad de predecir el comportamiento que va a desarrollar el adolescente dentro y fuera del sistema familiar. A diferencia del modo en que se accede a las representaciones mentales en la infancia, durante la adolescencia, los métodos utilizados tratan de capturar los modelos cognitivos de las relaciones y el apego es considerado como un constructo intrapsíquico característico de cada persona.

En la adolescencia, los estilos de apego adquieren un protagonismo especial, ya que es un periodo evolutivo en el que se pueden establecer vínculos intensos de amistad o incluso de pareja. Además, se incrementa la capacidad reflexiva de los seres humanos, sobre sí mismos y sobre los otros. Esto posibilita la revisión de los vínculos de apego establecidos con las figuras principales de la infancia (Allen et al., 1998; Sánchez-Queija & Oliva, 2003; Allen et al., 2004).

Este proceso es posible gracias a la nueva adquisición de capacidades de pensamiento operativo, de sostener y reflexionar en torno a las representaciones abstractas y generalizadas de la primera infancia (Allen & Miga, 2010). Esto permite una nueva conceptualización del apego y abre otras vías para evaluar el sistema de apego más allá de la infancia (Main et al., 1985).

Para facilitar la comprensión de esta asociación, se observa el cambio que se produce durante la adolescencia en torno al funcionamiento social y emocional (Allen, 2008). Durante la adolescencia se hace un esfuerzo, consciente o inconsciente, para no depender de las figuras principales de apego en momentos de estrés por medio de la regulación autónoma de las emociones. Si bien es cierto que

se continúa dependiendo de las principales figuras de apego para regular la emoción, el momento evolutivo invita al desarrollo de métodos alternativos, como puede ser el desarrollo de la confianza con iguales o incluso el manejo de herramientas cognitivas internas. Para Hill & Holmbeck (1986), este esfuerzo por la autosuficiencia emocional y la autonomía se constituye como un signo de identidad de la adolescencia.

Allen & Manning (2007) establecen que la activación del sistema de apego durante la adolescencia responde a parámetros de menor intensidad en comparación con la alta intensidad que se da durante la infancia.

Sroufe (2000) refiere que la clasificación de los estilos de apego durante la adolescencia se basa en la expresión y la regulación emocional; concretamente la calidad de los apegos se va a establecer dependiendo de lo bien que se encuentre la regulación emocional diádica al servicio de la exploración y el dominio.

El apego seguro va a posibilitar al adolescente conseguir con mayor facilidad, proximidad, confianza y reciprocidad en las relaciones íntimas. A su vez, relaciones más abiertas, productivas y flexibles. Todo ello va a posibilitar un funcionamiento psicosocial saludable (Allen et al., 1998; McLewin & Muller, 2006).

Para Allen et al. (1998), Allen & Muning (2007) y para Brown & Wright (2003), los jóvenes y adolescentes con un estilo de apego seguro serán más abiertos, más autónomos y socialmente aceptados. Además, presentarán menos sintomatología depresiva, menos conductas disruptivas y menores niveles de psicopatología.

Según Oliva (2011), las personas jóvenes con apego seguro van a resolver mejor la tarea de conseguir autonomía emocional de sus padres y van a desarrollar un mejor desempeño en las relaciones amistosas y románticas.

Por el contrario, un estilo de apego inseguro durante la adolescencia está asociado a mayor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, así como dificultades relacionales y de adaptación.

También pueden suponer mayor riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos (Fonagy et al., 1996; Brown & Wright, 2003; McLewin & Muller, 2006; Allen & Manning, 2007). Para Oliva (2011), también pueden mostrar mayor desajuste emocional y comportamental.

Bajo un prisma específico, Rosenstein & Horowitz (1996) y Allen & Manning (2007) refieren que el apego inseguro evitativo puede correlacionar con trastornos de conducta, abuso de sustancias, conductas delictivas y rasgos esquizoides. De Prado (2014) añade que pueden desarrollar en la interacción conductas que produzcan rechazo como un mecanismo de protección ante los riesgos relacionales, como pueden ser las obsesiones compulsivas, descuido personal, obesidad, apariencia llamativa o mostrar rasgos de personalidad antisocial.

Por último, Bartholomew & Horowitz (1992), cuatro años después, Rosenstein & Horowitz (1996) y Sherry et al. (2007) once años después, mantienen que el estilo de apego inseguro ansioso preocupado puede asociarse con trastornos afectivos, dificultades en las relaciones interpersonales y patrones dependientes de la personalidad.

Para Gratz et al. (2006) y McNally et al. (2003), muchas conductas problemáticas durante la adolescencia, como el consumo de alcohol u otras sustancias, así como las conductas autolesivas se constituyen como estrategias disfuncionales de regulación emocional. En los adolescentes con un estilo de apego inseguro se ha encontrado prevalencia de una mayor vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología en forma de problemas de conducta, depresión e ira. Asimismo, de relaciones interpersonales problemáticas (Muller et al., 2001; McLewin & Muller, 2006; Muller, 2009; López-Soler et al., 2012).

3.2. Relación entre el estilo de apego y problemáticas de salud mental.

Uno de los primeros estudios empíricos que trató de relacionar el apego con problemas de salud mental fue el realizado por John Bowlby (1947), que investigó la relación entre la privación materna temprana y la delincuencia juvenil; fue el estudio conocido como "los 44 ladrones juveniles". Bowlby analizó a 88 sujetos atendidos en la London Child Guidance Clinic entre 1936 y 1939,

dividiéndolos en dos grupos: 44 eran jóvenes delincuentes con historial de robo (31 hombres y 13 mujeres) y los otros 44 eran un grupo de control con problemas emocionales (34 hombres y 10 mujeres), pero sin antecedentes delictivos. Cada joven fue evaluado mediante pruebas de inteligencia y entrevistas psicológicas, mientras que una trabajadora social recopilaba información sobre su historia familiar. Bowlby también entrevistó a las madres para obtener más detalles sobre sus experiencias tempranas. De los 44 jóvenes delincuentes, 14 fueron clasificados como "psicópatas sin afecto", caracterizados por falta de empatía e incapacidad para formar relaciones significativas. Ningún sujeto del grupo de control mostró este rasgo. De estos 14 jóvenes, 12 habían experimentado separaciones prolongadas de sus madres, más de seis meses, antes de los cinco años. En contraste, solo dos jóvenes del grupo de control habían pasado por separaciones similares, y ninguno desarrolló psicopatía.

Más tarde, el estudio sería cuestionado (Spitz, 1945; Rutter, 1981; Lewis, 1998) por no considerar otros factores como el maltrato infantil, el entorno socioeconómico o la influencia paterna. Investigaciones posteriores (Rutter, 1981) señalaron que algunos jóvenes podrían haber sufrido privación (falta total de vínculo) en lugar de deprivación (ruptura de un vínculo existente), lo cual podría explicar mejor los resultados. A pesar de este cuestionamiento, el estudio de Bowlby fue un estudio pionero y muy influyente, que abrió la puerta a la investigación y el interés científico por encontrar una correlación entre el estilo de apego y determinadas psicopatologías.

Años más tarde, el mismo Bowlby (1951) señaló de manera más específica que las diferentes formas de alteraciones psiquiátricas podían vincularse con el estilo de apego inseguro. Spitz (1965) mencionó las diferentes tipologías de maltrato o negligencia que, llevadas a cabo por la persona cuidadora, eran predictores de posibles trastornos y sufrimiento en los menores. Crittenden (1995) también apuntó que los modelos internos implicaban cierta forma de procesar la información relativa a la relación establecida con las figuras de apego, así como una mayor o menor tendencia a ciertos tipos de psicopatología.

En todo caso, hay que señalar con claridad que la inseguridad del apego no necesariamente causa patología, pero sí que la inseguridad del apego crea la vulnerabilidad que puede posibilitar esto (Sroufe et al., 1999).

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM–5, American Psychiatric Association, 2013), se describe el trastorno reactivo de apego (TRA) como un patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por dos de las siguientes características:

- El niño que raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
- El niño que raramente o pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), el TRA se enmarca entre los trastornos del vínculo, relacionados con traumas y factores de estrés, junto con el trastorno de relación social desinhibida, con el que comparte la experiencia de un patrón extremo de cuidado insuficiente en la primera infancia. Puede ser consecuencia de negligencia, carencia social, experiencias de abuso y conductas disruptivas de los cuidadores primarios.

Este trastorno supone una alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas que a continuación se exponen: reacción social y emocional mínima a los demás, afecto positivo limitado y episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos. El TRA se especifica como grave cuando la persona tiene todos los síntomas del trastorno y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Para Lecannelier (2018), se trata de una clasificación forzada para designar aquellos estilos de apego de alto riesgo que van más allá de la inseguridad y la desorganización. Añade que esta clasificación solo ha conllevado una sobre implicación y generalización, hasta llegar a etiquetar una amplia gama de dificultades en el sistema de apego bajo esta nomenclatura. Además, diferencia el trastorno de tipo inhibido, donde el infante muestra una pasividad e incapacidad para apegarse a un

adulto, y el trastorno de tipo desinhibido, que se caracteriza por un acercamiento indiscriminado a cualquier adulto bajo una actitud de falso afecto positivo, falta de límites sociales y una conducta complaciente.

Por su parte, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª edición (CIE-11) de la OMS, aprobada en enero de 2022 por los estados miembros, el Trastorno Reactivo de Apego se describe como un trastorno caracterizado por comportamiento inhibido o emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que incluye: el niño rara vez busca consuelo cuando está angustiado y/o rara vez se deja consolar cuando está angustiado. Alteraciones sociales y emocionales persistentes, manifestadas por: una respuesta social y emocional mínima hacia los demás, afecto positivo limitado, episodios frecuentes de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicados, incluso en interacciones no amenazantes con cuidadores adultos. E historia de cuidado insuficiente, evidenciada por: negligencia o falta persistente de respuesta a las necesidades emocionales básicas de la niña o niño, cambios repetidos en los cuidadores principales que impiden la formación de vínculos estables, crianza en entornos inusualmente restrictivos que limitan las oportunidades para establecer relaciones selectivas.

De esta forma, las clasificaciones diagnósticas actuales, DMS-5 y CIE-11, distinguen dos tipos de trastornos de apego:

- Tipo Inhibido-aislado, en el que el niño o niña, muy raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar. Los comportamientos típicamente asociados incluyen el aislamiento, evitación de gestos de consuelo, tendencia a la autorregulación comportamental, hipervigilancia, agresividad y conductas extrañas en situaciones sociales.
- Tipo desinhibido-indiscriminado, en el que el niño o niña se muestra hipersociable, buscando consuelo y afecto de manera no selectiva, incluyendo a adultos extraños y no llega a demostrar la esperable reticencia hacia personas adultas desconocidas.

Allen (2001) ha examinado en detalle cómo el trauma en las relaciones de apego puede hacer a un ser humano altamente vulnerable a desarrollar una variedad de síndromes psiquiátricos, como trastorno de estrés postraumático, dolor somático crónico, trastornos alimentarios, depresión, adicción y trastornos disociativos. Marrone (2001) añadiría a estos las parafilias, ciertas disfunciones sexuales y psicosis.

Para Tapia y González (2002), la gran mayoría de infantes que manifiestan conductas agresivas son diagnosticados de algún trastorno de hiperactividad con déficit de atención o comportamiento perturbador. Marrone (2001) comparte que, en la historia de los individuos con serios problemas psicológicos, generalmente aparecían perturbaciones o trastornos del vínculo de apego en relación con las figuras significativas durante la primera infancia.

Crittenden (1992) refirió que la separación o la pérdida de alguna de las figuras de apego también puede estar asociada con diversos trastornos psicológicos, como ansiedad o depresión, los cuales, podrían ser modificados por medio del tratamiento adecuado.

En los supuestos en los que la persona ha sido víctima de adversidades en la infancia como el maltrato u otros abusos, se corre el riesgo de una disfunción en los mecanismos comportamentales para tolerar la frustración y la pérdida de confianza. Moneta (2014) refiere que es habitual que estos infantes presenten comportamientos controladores, punitivos y agresivos e incluso reversión de roles.

Para Maristany (2008), las experiencias adversas en la infancia pueden tener dos tipos de efectos en los seres humanos.

- Aumentan la vulnerabilidad de las personas frente a posteriores experiencias adversas.
- Existe mayor probabilidad de que la persona se exponga a situaciones semejantes.

Además, para Marrone (2001), según qué procesos traumáticos y en qué momento del desarrollo sucedan, favorecerán la emergencia de lo que se puede denominar trastornos generalizados de la personalidad, incluyendo los estados disociativos y personalidades borderline o trastorno límite de la personalidad.

Para Allen (2005), las consecuencias de diferentes traumas en el apego pueden ser de dos tipos:

- Por un lado, las que consisten en perturbaciones en los patrones de apego y que dan lugar a los estilos de apego inseguros. Estos conllevan alteraciones en una serie de variables como la conformación de los modelos internos de trabajo, las emociones que se vuelven predominantes, las perturbaciones en el sentimiento del self y los conflictos en las relaciones interpersonales.
- Por otro lado, aquellas consistentes en perturbaciones en la calidad de la mentalización.

Pichón-Rivière (1985) establece que la patología del vínculo va a tener mucha relación con los trastornos que se puedan presentar en el vínculo a nivel de la comunicación y del aprendizaje, y Leal (2011) refiere que un infante que tiene dañada su capacidad de vinculación también tendrá dañada su capacidad de exploración, lo que limita sus posibilidades de desarrollo motor, cognitivo o social.

En una investigacion realizada por Fonagy et al. (1996) en torno a los diferentes patrones de apego y la clasificación psiquiátrica en una muestra de 82 pacientes no psicóticos y 85 casos de control, por medio de la entrevista de apego adulto (AAI) y el sistema de clasificacion de Main y Goldwyn (1995) se observó como los pacientes psiquiátricos eran más propensos a clasificar dentro de la categoría de apego inseguro ansioso.

Por su parte, el trastorno de la personalidad límite ha sido asociado a la representación de apego inseguro ansioso preocupado y apego inseguro desorganizado (Stalker & Davies, 1995; Fonagy et al., 1996; Barone, 2003). El trastorno de la personalidad antisocial se encuentra vinculado al estilo de apego inseguro evitativo y al estilo de apego inseguro desorganizado, y la esquizofrenia, al apego inseguro desorganizado (Fonagy et al., 1996).

Rosenstein & Horowitz (1996) concluyeron que los adolescentes con un estilo de apego inseguro desorganizado eran más propensos a presentar trastorno disocial, abuso de sustancias, personalidad narcisista o antisocial y a presentar auto reportes de rasgos narcisistas y paranoides de

la personalidad. A su vez, los adolescentes con un tipo de apego inseguro ansioso eran más propensos a presentar un trastorno afectivo, obsesivo, compulsivo, histriónico, bordeline o esquizotípico y distímico.

Para Bateman & Fonagy (2004) es habitual que las personas con trastorno antisocial de la personalidad nunca hayan tenido la oportunidad de aprender los estados mentales del otro en el contexto de unas relaciones de apego adecuadas. Para estos autores, una figura de apego ha podido destruir la capacidad de mentalización del niño o la niña, y crear la suficiente ansiedad acerca de sus pensamientos y sentimientos hacia dicha figura como para que desee evitar pensar en la experiencia subjetiva de los demás.

Shi et al. (2012) en su análisis longitudinal con una muestra de alto riesgo compuesta por 120 adultos jóvenes de bajos ingresos (entre 13 y 23 años) concluyeron que el abandono materno durante la infancia predijo veinte años después la magnitud de las características del trastorno antisocial de la personalidad. Además, entre los resultados hayarón que el comportamiento de apego desorganizado y el comportamiento inadaptado en la escuela se sumaban a la predicción de rasgos antisociales posteriores.

Por otro lado, los individuos con trastorno antisocial de la personalidad, especialmente aquellos que presentan una historia de violencia, tienen representaciones de patrones de apego inseguro evitativo, es decir, se apartan de las relaciones de apego o niegan su importancia (van IJzendoorn et al., 1997; Frodi et al., 2001; Levinson & Fonagy, 2004).

Según Bateman & Fonagy (2004), las personas con trastorno antisocial de la personalidad mantienen desactivado el sistema de apego mediante un proceso de denigración que los lleva a ver al otro como menos humano y que con frecuencia no es mentalizado ni tratado como una persona, más bien como un objeto.

Para Taylor et al. (1997), casi todos los trastornos de personalidad implican una desorganización de la regulación de los estímulos afectivos creados por situaciones traumáticas de la infancia. Todos los trastornos psiquiátricos tienden a incluir problemas de regulación afectiva.

De esta manera, las experiencias de apego tempranas determinan el grado de regulación interna de las emociones o afectos de los seres humanos (Marrone, 2001). Si la interacción es empática entre la figura de apego y el infante, esta servirá de regulador de los estados emocionales del infante, quien interiorizará esa función reguladora y la hará suya. La regulación afectiva, por su parte, ha de actuar como regulador interno de los procesos cognitivos y conductuales.

Y volviendo a Bowlby, éste apunta que la teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear lazos afectivos fuertes con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad que se producen como consecuencia de la separación indeseada y la pérdida afectiva (Bowlby, 1977).

3.3. Relación entre el estilo de apego y problemáticas de regulación emocional.

En la literatura científica, hay un amplio abanico de definiciones para describir lo que son las emociones, nadie nace con la capacidad de regular sus propias emociones (Marrone, 2001), por lo que para Bowlby (1993) la teoría del apego se configura como uno de los marcos conceptuales más importantes para entender la regulación emocional.

Las emociones han sido definidas como estados evaluativos, sean positivos o negativos, relativamente breves, que tienen elementos fisiológicos, neurológicos y cognitivos (Lawler & Thye, 1999), es decir, que se entienden como sistemas motivacionales con componentes fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen una valencia positiva o negativa, que varían en intensidad y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que merezcan nuestra atención porque afectan a nuestro bienestar (Brody, 1999).

Para Marra (2005), hay emociones primarias y secundarias. Las emociones primarias son las reacciones iniciales a lo que ocurre y las emociones secundarias son reacciones emocionales a las emociones primarias.

Las emociones primarias se consideran respuestas universales, principalmente fisiológicas, evolutivamente relevantes, biológica y neurológicamente innatas. Por el contrario, las emociones secundarias que pueden resultar de la combinación de las primarias están muy condicionadas social y culturalmente (Bericat, 2012). De esta forma, el desarrollo socioemocional y mental de los seres humanos, como seres sociales que somos, encuentra sus raíces en la infancia temprana, surgiendo de las relaciones reales y no solo fantaseadas y que, dependiendo de la calidad de estas relaciones, así será también la calidad que tendrán en la vida adulta (Pinedo y Santelices, 2006). De ahí que, para Lanza (2011), que el sistema de apego sea el primer regulador de la experiencia emocional.

Las características de la personalidad son el resultado de un proceso continuo, durante el cual el ser humano desarrolla capacidades como la regulación de las emociones, la tolerancia a la proximidad social y la habilidad de comprender aspectos psicológicos de relacionarse con otros (Marrone, 2001). La regulación emocional surge, por tanto, en el marco de la psicología evolutiva con especial atención sobre lo que ocurre en la primera infancia, particularmente en los procesos de regulación extrínseca, es decir, aquellos desarrollados y construidos en el vínculo con otros (co-regulación), por ser más evidentes en esta etapa (Gross & Thompson, 2007).

Thompson (1994) define la regulación emocional como el "proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta" (p.27), y considera que la regulación emocional consiste en "aquellos procesos externos e internos responsables de monitorear, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas" (p.28).

Las emociones se constituyen así en procesos multicompuestos que se despliegan en el tiempo, involucrando cambios en la dinámica de las emociones, latencia, momento de aparición, magnitud, duración y ramificación de respuestas en los dominios conductual, experiencial y

psicológico, y serían tanto de origen voluntario como inconsciente y en constante retroalimentación (Thompson, 2006).

Para Sroufe (2000), el apego es concebido como la regulación diádica de la emoción; en el polo opuesto, Hervás & Vázquez (2006) definen la desregulación emocional como la presencia de un déficit en la activación o efectividad de las estrategias de regulación empleadas por una persona ante sus estados afectivos negativos.

Desde esa perspectiva, Oliva (2011) afirma que muchos de los problemas que presentan los seres humanos con sus estilos de apego están relacionados con sus limitaciones en la capacidad de regulación emocional que se ve influida por la seguridad en el vínculo de apego establecido en la infancia. Según cada estilo de apego, se manejan y regulan las emociones de una determinada manera (Garrido, 2006).

Con el objetivo de explorar la relación existente entre el estilo de apego en adultos y la expresividad emocional, Kerr, Melley, Travea y Pole, llevaron a cabo una investigación con el propósito principal de examinar cómo los estilos de apego afectaban la identificación de estímulos emocionales. Los participantes respondieron rápidamente a pares de imágenes/palabras emocionales (positivas o negativas) para evaluar su capacidad de identificar emociones congruentes, por ejemplo, imagen positiva/palabra positiva e incongruentes, por ejemplo, imagen positiva/palabra negativa. Para clasificar los estilos de apego se utilizaron los cuestionarios del Adult Attachment Questionnaire (AAQ) y el Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) (Ker et al., 2003).

La hipótesis de la que partían era que las personas con apego seguro identificarían más rápidamente los estímulos emocionales, especialmente los positivos, debido a su tendencia a experimentar emociones positivas, pero que, sin embargo, las personas con apego inseguro evitativo presentarían tiempos más lentos para estímulos incongruentes debido a su menor reacción emocional y las personas con apego inseguro ansioso responderían más rápido a estímulos negativos debido a su sensibilidad hacia emociones negativas.

Aunque sus hallazgos no confirmaron plenamente las hipótesis iniciales, el trabajo ofreció varias contribuciones significativas respecto a la exploración del vínculo entre apego y procesamiento emocional, una de ellas que las experiencias tempranas desempeñan un papel crucial en la formación del estilo de apego, que a su vez influye en la capacidad de las personas para identificar y regular emociones en la adultez. El estudio destacó cómo las experiencias tempranas moldean la capacidad de identificar emociones. Las personas con apego seguro tienden a identificar emociones positivas más fácilmente, mientras que aquellas con apego evitativo o ansioso preocupado pueden mostrar dificultades con estímulos emocionales negativos o incongruentes. El estudio también señaló que los estilos de apego afectan a la capacidad de regular emociones. Por ejemplo, el apego seguro se asocia con una mayor regulación emocional, mientras que el apego ansioso preocupado puede estar relacionado con una mayor sensibilidad a emociones negativas e impulsividad.

En resumen, este estudio subraya que las experiencias tempranas con figuras de apego son fundamentales para el desarrollo de patrones emocionales y sociales que persisten en la adultez, influyendo significativamente en cómo las personas experimentan y expresan sus emociones.

Para Zimmermann et al. (2001), las dificultades que muestran los sujetos inseguros en sus relaciones interpersonales pueden deberse a su incomodidad a la hora de manejar sus relaciones emocionales en situaciones difíciles. Y Oliva (2011) señala que la evidencia disponible en torno a la asociación entre apego, regulación emocional y afrontamiento indica que lo que diferencia a personas con estilo de apego seguro de las personas con estilos de apego inseguros, es su capacidad para percibir, etiquetar, expresar y regular sus propias emociones.

Los adolescentes con estilo de apego seguro suelen mostrar mejores recursos, competencias y contextos familiares para lidiar con las tareas evolutivas propias de la edad y son considerados por sus iguales o por observadores externos como menos ansiosos, menos hostiles y con mayor autoestima, mostrando también mejores estrategias de afrontamiento de problemas y mejor predisposición para el aprendizaje, incluyendo también una gestión más adecuada de las situaciones

de estrés que son frecuentes durante la adolescencia (Allen et al., 2002; Scharf et al., 2004; Larose et al., 2005; Seiffge-Krenke et al., 2005).

Por otra parte, los adolescentes que presentan estilos de apego inseguros se caracterizan por la ambivalencia o preocupación, suelen mostrar elevados niveles de afectividad negativa y una escasa capacidad para la regulación emocional, por lo que suelen verse desbordados con frecuencia por sus propias emociones. Además, presentan una alta prevalencia de ansiedad, depresión y estrés durante los momentos de transición evolutiva, lo que se traduce en muchas dificultades para la resolución de las tareas propias de la adolescencia (Larose et al., 2005).

Los adolescentes con estilo de apego inseguro suelen presentar más problemas de conducta, ya que tienen más problemas con la percepción y comunicación de las emociones, sobre todo cuando estas son negativas, ya que suelen ignorarlas y es muy difícil que busquen apoyo emocional cuando se encuentran angustiados. También es común en este estilo de apego el consumo de sustancias, lo que empeora su regulación emocional (Brown & Wright, 2003; McElhaney et al., 2006; Seiffge-Krenke et al., 2006; Allen & Manning, 2007).

3.4. Estrategias de regulación emocional características de cada estilo de apego.

Para Kobak & Sceery (1988), Lecannelier (2002a) y Valdés (2002), los diferentes estilos de apego están asociados a ciertas emociones. Además, se relacionan con la expresión y la regulación de estas. Por tanto, las estrategias utilizadas por cada ser humano, tanto para expresar como para regular las emociones, pueden actuar de acuerdo con cada uno de los diferentes estilos de apego.

Para Sroufe (2000), un estilo de apego seguro permite una mejor expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones ante situaciones emocionales intensas. En relación con las estrategias emocionales de las personas que cuentan con un estilo de apego seguro, se observan esfuerzos por modular la excitación y presentan flexibilidad en lo emocional, ajustando la expresión de sus impulsos y la emocionalidad al contexto en el que se encuentran, permaneciendo organizados.

Garrido (2006) añade que presentan comodidad en la cercanía emocional y confianza en la accesibilidad a la figura de apego en los momentos de ansiedad o estrés. En personas con un estilo de apego seguro, se identifican niveles más altos de afectos positivos, mayor energía y capacidad de disfrute, alta concentración y bajos niveles de apatía, así como mayor facilidad para construir vínculos afectivos.

Mikulincer et al. (2002) señalan que pueden sentirse menos amenazados por información estresante y cuentan con la capacidad de expresar verbalmente emociones. Puede ser característico de este estilo de apego no llegar a perderse en una escala de preocupaciones y memorias negativas. Concretamente, en torno a las estrategias emocionales cuando se encuentran bajo estrés, buscan consuelo y, además, utilizan medios constructivos de afrontamiento y son menos hostiles a miembros de otros grupos y más empáticos hacia personas que pueden necesitarlos. Por lo tanto, buscan proximidad, afiliación, exploración, alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social.

Con respecto a las personas con estilo de apego inseguro ansioso preocupado, pueden experimentar dificultades de manejo de desafíos emocionales en las relaciones. Pueden exhibir variedad de efectos compatibles con la hiperactivación de estrategias, incluyendo un rápido acceso a los recuerdos dolorosos, propagación automática de la emoción negativa desde un incidente recordado a otro y un cierre cognitivo paradójico en respuesta a la inducción de afecto positivo. Pueden también utilizar con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad, hipervigilancia, rumiación y sobreactivación general, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos. Por tanto, activación crónica y disfuncional del estilo del apego (Sroufe, 2000; Mikulincer et al., 2002; Mikulincer et al., 2003).

En relación con el estilo de apego inseguro evitativo, las personas con este estilo de apego tienen una falta de conciencia o una incapacidad para reconocer sus propias experiencias emocionales internas, así como una dificultad tanto para la expresión emocional como para el recuerdo de experiencias estresantes durante la infancia, en un intento de aislar o minimizar el estrés en el ámbito de los afectos, asociado a la experiencia de fracaso. Su estrategia de afrontamiento es precisamente

la no estrategia, la desactivación de estrategias, incluyendo una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos, así como una falta de reconocimiento de su propia hostilidad, segregación de los sistemas mentales y disociación entre los niveles conscientes e inconscientes de respuesta. En definitiva, las personas con estilo de apego evitativo se caracterizan por formas de afrontamiento de las emociones que incluyen estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego (Kobak et al., 1988; Mikulincer et al., 2002; Keer et al., 2003).

Para Kochanska (2001), pueden adoptar una postura rígida y una actitud hipervigilante hacia la novedad y la incertidumbre, activando estrategias defensivas en un intento de negar la experiencia afectiva, y esto puede estar relacionado con una predominancia de la emoción de miedo o temor.

Las emociones más presentes en los distintos estilos de apego según Mikulincer et al. (2002) son alegría, confianza, placer, calma y tranquilidad para el estilo de apego seguro; rabia, miedo, estrés, ansiedad y preocupación para el estilo de apego inseguro ansioso preocupado; y miedo, ansiedad, rabia, hostilidad y desconfianza para el estilo de apego inseguro evitativo.

3.5. Relación entre el estilo de apego y las conductas.

- ### Relación entre el estilo de apego y las conductas autolíticas.

Para Mosquera (2008), la autolesión es el acto intencionado de hacerse daño, pero sin la intención de morir, quien se autolesiona sufre, es un lenguaje de dolor, ya que hay intención de dañarse con el fin de tolerar un estado emocional que no puede ser contenido o expresado de una manera más adaptativa. Es en realidad, paradójicamente, la intención de luchar y seguir con vida, pues la mayoría de las personas que se autolesionan quieren vivir y no morir.

Bernard (2011) lo describe como un acto deliberado de destruirse (cortarse, quemarse, golpearse, etc.) pero sin el intento de suicidio, y con el objetivo de hacer frente a un dolor emocional que no puede ser manejado de otra manera.

Las autolesiones son una conducta adictiva de naturaleza impulsiva, una forma de expresar sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten a través del cuerpo (Pérez-Elizondo, 2020).

Para Nock (2014), a pesar de que la problemática ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia, es a partir del año 2000 cuando se produce un auge en las investigaciones con este objeto de estudio. Esto no indica la inexistencia de las autolesiones, sino que más bien evidencia una dificultad de acceso a las personas que cursan con esta problemática. De tal forma, también puede responder a que la conducta se enmarca en el ámbito privado de las personas, y de las que sí se tiene constancia es porque son aquellas en las que la gravedad ha requerido de atención médica o de aquellas que ya se encuentran en tratamiento. Tal y como apunta Fleta-Zaragozano (2017), un gran número de adolescentes que cursan con esta problemática no acuden al servicio de urgencias, pero la incidencia a nivel mundial está en aumento, manteniéndose un perfil sostenido durante las últimas décadas en adolescentes y adultos jóvenes y empezando a constituir una problemática de salud pública.

El periodo de manifestación más frecuente es la adolescencia, con un inicio entre los 12 y los 16 años, siendo altamente infrecuente pasados los 30 años (Vega, 2018).

La investigación de Leiva & Concha (2019) sobre conductas autolíticas y estilos de apego analiza cómo los diferentes estilos de apego influyen en la predisposición a conductas autolesivas. Entre los hallazgos principales del estudio, se puede destacar que los estilos de apego inseguros estaban significativamente relacionados con una mayor predisposición a conductas autolesivas, debido a que las personas con estos estilos de apego presentaban mayores dificultades para regular sus emociones, mayor estrés y carecían de estrategias saludables para afrontar situaciones adversas. Por ejemplo, el apego inseguro ansioso preocupado estaba vinculado a la búsqueda de validación externa, por lo que las personas con este estilo de apego solían temer el abandono y buscaban constantemente la aprobación de los demás. Este miedo al rechazo y esta dependencia emocional incrementaban su vulnerabilidad a emociones negativas intensas, lo que tendía a derivar en un mayor

número de conductas autolíticas como forma de expresar su sufrimiento o llamar la atención sobre sus necesidades emocionales.

Por otro lado, el apego inseguro evitativo se asociaba con la supresión emocional, por lo que las personas con este estilo de apego tendían a evitar relaciones íntimas y a depender exclusivamente de sí mismos. Esta autosuficiencia emocional los llevaba a reprimir sus emociones negativas, lo que a largo plazo incrementaba el riesgo de conductas autolesivas como una forma de liberar tensión emocional acumulada. Sin embargo, el apego seguro actuaba como un factor protector, las personas con este estilo de apego manejaban mejor sus emociones y establecían más relaciones saludables, lo que reducía significativamente el riesgo de conductas autolíticas. Este tipo de apego fomentaba una mayor resiliencia emocional y habilidades para afrontar el estrés.

Tanto para Bureau (2010) como para Easterbrooks (2012), las relaciones de apego que concomitan en un estilo de apego inseguro son un factor de vulnerabilidad que predispone a una desregulación de la respuesta emocional, tendencias autolíticas y síntomas asociados al trastorno de la personalidad límite al momento de llegar a la adolescencia, con especial prevalencia de conductas autolesivas en sujetos víctimas de maltrato o aquellos que vivenciaron experiencias traumáticas en su infancia, con clara afectación en sus sistemas de apego. Martínez-Ferrer y Stattin (2019) señalan que la autolesión puede tener un trasfondo social y que buscan manifestar estados emocionales negativos como estrategia comunicativa para vincular con los otros en el afrontamiento y en los conflictos emocionales.

En definitiva, los estilos de apego inseguros están estrechamente relacionados con la aparición de conductas autolíticas debido a problemas en la regulación emocional y en las relaciones interpersonales. Por ello, fomentar vínculos seguros desde la infancia y trabajar en terapias que fortalezcan este tipo de apego podría ser clave para prevenir estas conductas (Yahyapour et al., 2023; Grundmanis, 2023; Silva et al., 2023).

- ## Relación entre el estilo de apego y el suicidio.

El suicidio se conceptualiza como la muerte resultante de un comportamiento autoinfligido en el que la persona tenía intención de morir como resultado de dicho comportamiento (Crosby et al., 2011).

Un buen número de estudios (Adam et al., 1996; Stepp et al., 2008; Falgares et al., 2017; Suárez-Colorado et al., 2019; Zortea et al., 2019; Hope & Smith-Adcock, 2020; Pintado, 2020; Perca, 2021; Turton et al., 2022; Bulut, 2024) relacionan el estilo de apego con las conductas suicidas porque los estilos de apego inseguros dificultan la regulación emocional y el manejo del estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad a pensamientos y comportamientos suicidas. Las personas con apego inseguro suelen experimentar mayor aislamiento, desesperanza y dificultad para buscar apoyo, factores que incrementan el riesgo de suicidio. Por el contrario, un apego seguro actúa como un factor protector al facilitar relaciones de apoyo y estrategias saludables para afrontar el malestar emocional.

En el estudio de Falgares et al. (2017), se investigó la relación entre los diferentes estilos de apego y la suicidabilidad en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 340 estudiantes de secundaria, con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años. Para llevar a cabo la investigación, los autores utilizaron el Cuestionario de Experiencias Depresivas para adolescentes, el cuestionario de estilos de apego y el cuestionario de conductas suicidas.

Los resultados del estudio revelaron que tanto la ansiedad como la evitación del apego estaban significativamente relacionadas con el riesgo de suicidio en adolescentes. Además, se observó que las personas con altos niveles de evitación del apego tienden a adoptar una visión negativa de los demás, lo que puede llevar a la formación de creencias sobre la necesidad de ser extremadamente competentes o casi perfectos en sus actividades diarias, con el fin de mantener su autosuficiencia y evitar el rechazo. En este contexto, el suicidio podría ser una respuesta al rechazo interpersonal o al fracaso en alcanzar estándares elevados.

En el estudio llevado a cabo por Pintado (2020), se examinó la relación entre la dependencia, el apego y el riesgo suicida en una muestra de 168 adolescentes. Este estudio adoptó un enfoque no experimental, explicativo y bibliográfico, utilizando investigaciones previas tanto a nivel nacional como internacional, así como herramientas como el CAMIR y la Escala para la Evaluación del Riesgo Suicida (ERS). Los resultados indicaron que existía una menor evidencia de riesgo suicida en aquellos que presentaban un estilo de apego seguro, mientras que se encontró que el riesgo suicida era más prevalente entre los individuos con un estilo de apego inseguro ansioso preocupado.

Corral & Díaz (2019) en su estudio confirman que el apego inseguro es un predictor significativo de la conducta suicida en el grupo de adolescentes que estudiaron, verificándose que existía una relación significativa entre el trauma infantil, el apego inseguro y el comportamiento de riesgo suicida.

- ## Relación entre el estilo de apego y la violencia.

Estalayo et al. (2021) y Gutiérrez et al. (2025) hacen una diferencia entre agresividad y violencia. Para estos autores, la agresividad indica acometida y ataque, constituyéndose como una manifestación básica del ser humano y encontrándose ligada a la supervivencia y adaptación al entorno. En relación con la violencia, la Organización Panamericana de la Salud elaboró para la Organización Mundial de la Salud (2022) un informe que establece que la violencia es toda acción u omisión intencional que, dirigida a una persona, tiende a causarle daño físico, psicológico, sexual o económico. De este modo, la violencia es propia y específica del ser humano, ya que es una conducta que tiene un contenido intencional y no una reacción ante una amenaza, mientras que la agresividad es algo innato de cualquier ser vivo.

Para Bateman & Fonagy (2004), la calidad del apego temprano desempeña un papel fundamental en la orientación del infante a persistir en una trayectoria violenta o apartarse de ella. Un estilo de apego seguro posibilita la integración de capacidades cognitivas sociales como la comprensión emocional. Además, añaden que un entorno donde las figuras principales de apego no

tienen tiempo, recursos o inclinación para dedicar atención promueve el uso posterior de la violencia por parte del individuo.

Mikulincer (1998) señala que cuando las personas con un estilo de apego seguro se encuentran enfadadas o enojadas, aceptan la ira y expresan su enojo de una forma controlada a la vez que muestran capacidad para buscar soluciones a la situación. A su vez, añade que los individuos con un estilo de apego inseguro ansioso preocupado se caracterizan por presentar enojos con una alta hostilidad y, en el supuesto de individuos con un estilo de apego inseguro evitativo, a pesar de presentar episodios de enojo con alta hostilidad, se muestran más tendentes a inhibir su ira mediante la negación de la emoción o mostrando un pseudopositivismo.

Por otro lado, hay autores como McClellan & Killeen (2000) que argumentan cómo el apego inseguro está relacionado con comportamientos violentos en relaciones íntimas, y cómo los patrones de apego desarrollados en la infancia influyen directamente en las dinámicas abusivas en la adultez, de tal forma que, para el autor, la teoría del apego puede proporcionar un marco explicativo para la violencia de pareja perpetrada por hombres hacia mujeres. Argumenta que los hombres con apego inseguro en la infancia desarrollan modelos internos de relación que incluyen el uso de la agresión como estrategia para mantener poder y control en sus relaciones adultas, y cómo la transmisión intergeneracional de la violencia ocurre cuando los niños que son testigos o víctimas de violencia en sus hogares tienden a replicar estos patrones en sus propias relaciones íntimas.

En el estudio de Karakurt et al. (2019), se investigó la asociación entre el apego seguro adulto y los diferentes tipos de victimización por violencia en relaciones de pareja, incluyendo abuso emocional, violencia física y coerción sexual. La muestra consistió en 87 parejas heterosexuales con una media de edad de 22 años. Los resultados mostraron cómo los niveles de seguridad en el apego influían significativamente en las experiencias de victimización dentro de las relaciones íntimas; el apego seguro desempeñaba un papel crucial como factor protector frente a diferentes formas de violencia relacional. También la investigación de la Osa et al. (2022) confirma esta capacidad del estilo de apego seguro de constituirse en factor protector de las conductas violentas en el futuro. En esta

investigación se exploran las relaciones entre el estilo de apego, las experiencias de maltrato en la infancia por parte de las y los progenitores y la agresividad en la vida adulta en una muestra de 265 hombres condenados por violencia contra su pareja. Los resultados pusieron de manifiesto que el estilo de apego seguro funciona como factor protector y que los estilos de apego inseguros se relacionan en mayor medida con diferentes formas de violencia.

La relación entre los estilos de apego y las conductas violentas se encuentra bien documentada en la literatura científica. Los estilos de apego inseguros están consistentemente asociados con un mayor riesgo de comportamientos agresivos y violentos en diversos contextos, incluyendo la violencia en relaciones de pareja, agresión interpersonal y delitos violentos. Por el contrario, un apego seguro actúa como un factor protector frente a estas conductas. El apego inseguro afecta negativamente la regulación emocional, la capacidad de manejar el estrés y las habilidades interpersonales, lo que puede predisponer a reacciones agresivas. El apego inseguro ansioso preocupado está vinculado a una mayor impulsividad y expresión de emociones negativas intensas, como hemos visto en apartados anteriores, mientras que el apego inseguro evitativo se asocia con una desconexión emocional que puede facilitar comportamientos agresivos incluso más severos. Por otro lado, experiencias traumáticas en la infancia, como el maltrato parental, pueden mediar esta relación al reforzar modelos internos negativos del self y los otros. En definitiva, los estilos de apego inseguros representan un factor de riesgo significativo para la violencia, mientras que fomentar vínculos seguros parece ser clave para prevenir estas conductas.

El apego seguro desempeña, por tanto, un papel crucial en la reducción de conductas violentas al fomentar una regulación emocional saludable, empatía y habilidades sociales adaptativas. Las personas con apego seguro suelen desarrollar modelos internos positivos de sí mismas y de los demás, lo que les permite manejar el estrés y los conflictos de manera no agresiva. Distintas investigaciones han mostrado cómo el apego seguro está negativamente correlacionado con la agresión y actúa como un factor protector frente a la violencia interpersonal, incluso en contextos de exposición a violencia comunitaria o familiar (Lo Cricchio et al., 2022). Por otro lado, intervenciones que fortalecen el apego

seguro entre padres e hijos han mostrado reducir actitudes agresivas en niños y adolescentes, lo que sugiere que este tipo de vínculo puede interrumpir el desarrollo de patrones violentos a largo plazo (Houston & Grych, 2016).

- ## Relación entre el estilo de apego y los consumos.

La relación entre los estilos de apego y el consumo de sustancias ha sido ampliamente estudiada (De Lucas & Montañes, 2006; Becoña et al., 2009; Momeñe et al., 2020; León et al., 2024), destacando que los estilos de apego inseguros representan factores de riesgo para el desarrollo de adicciones, mientras que el apego seguro actúa como un factor protector.

Mickelson et al. (1997) evaluaron la relación entre estilos de apego y problemas de salud mental y dependencia de sustancias. Los resultados mostraron que tanto el consumo de alcohol como la dependencia de otras drogas eran característicos de las personas con estilo de apego inseguro evitativo.

En el estudio de Schindler et al. (2005) se mostró que el estilo de apego inseguro desorganizado es el que predominaba entre los participantes, lo que indica una asociación entre el estilo de apego y la adicción a diferentes sustancias. También encontraron relación entre el estilo de apego desorganizado y la presencia de trastornos de salud mental.

Por su parte, Shindler & Bröning (2015) realizaron una revisión bibliográfica de estudios que relacionaban la adicción a sustancias con los estilos de apego y hallaron que en todas las investigaciones los resultados relacionaban la adicción a sustancias con estilos de apego inseguros.

Las personas con apego inseguro ansioso preocupado tienden a usar sustancias como una forma de manejar la ansiedad y la inseguridad emocional. Buscan alivio temporal a través del consumo, especialmente en situaciones de estrés o rechazo interpersonal. Las personas con apego inseguro evitativo utilizan el consumo de sustancias como una estrategia para evadir emociones negativas y evitar vínculos emocionales profundos. Estas personas priorizan su independencia y recurren al consumo para lidiar con el malestar emocional. Además, las personas con apegos

inseguros y experiencias traumáticas tempranas muestran una fuerte correlación con el abuso de sustancias. Estas personas suelen usar las drogas para manejar el caos emocional derivado de traumas no resueltos.

En todo caso, los estilos de apego inseguros parecen estar relacionados de manera más genérica con conductas adictivas. Uno de los estudios más recientes centra su atención en la relación entre las adicciones conductuales y los estilos de apego en adolescentes tardíos/adultos emergentes. Tambelli, Favieri y Casagrande investigaron la asociación entre las dimensiones del apego y dos posibles adicciones conductuales como el uso de redes sociales y ver series de televisión. La muestra estaba compuesta por 493 adolescentes tardíos/adultos emergentes en un rango de edad de 18 a 24 años. Los resultados mostraron una asociación positiva entre los estilos de apego inseguros y estas adicciones conductuales. La alta preocupación y necesidad de relaciones del estilo de apego ansioso preocupado se conformó como un factor de riesgo para el uso problemático de redes sociales y el estilo de apego evitativo apareció como un factor de riesgo para el consumo problemático de series de televisión (Tambelli et al., 2024).

Meredith et al. (2020) concluyeron en su estudio también que el apego inseguro ansioso se relacionaba con el consumo problemático de sustancias, el consumo frecuente de cigarrillos y el abuso de medicamentos prescritos. El apego evitativo se asoció con el consumo frecuente de cigarrillos y bebidas energéticas. En todo caso, como se comentaba en párrafos anteriores, con conductas adictivas, aunque sea con diferentes sustancias o situaciones. La mayoría de los estudios revisados concuerdan en que las personas con trastorno por consumo de sustancias presentan un estilo de apego inseguro (Meco, 2023).

- ## Relación entre el estilo de apego y la mentalización.

La mentalización es la capacidad de interpretar y comprender el comportamiento propio y ajeno mediante la atribución de estados mentales, como pensamientos, emociones, deseos, creencias e intenciones. Podríamos decir que es la capacidad de "leer la mente" de uno mismo y de los demás,

lo que permite comprender y predecir el comportamiento. Este proceso implica reflexionar sobre los propios estados internos y los de los demás para dar sentido a las conductas observadas. Es fundamental en la regulación emocional, las relaciones interpersonales y la comprensión del yo y de los otros. El concepto fue desarrollado principalmente por Peter Fonagy y Mary Target en la década de 1990, quienes lo vincularon con la teoría del apego y la psicología del desarrollo. Según ellos, la mentalización es una habilidad que se forma en contextos de apego seguro durante la infancia y es clave para el desarrollo de un sentido sólido del yo (Fonagy & Target, 1997, 2000).

Para Marrone (2001), la mentalización es algo así como la función encargada de controlar y regular el afecto o las emociones. Bateman & Fonagy (2004) refieren que la capacidad de mentalización emerge en el contexto de las relaciones de apego en la infancia y que es un factor determinante para la organización del self y de los afectos en el ser humano. Asimismo, el fracaso en la adquisición de habilidades mentalizadoras es motivo de problemas derivados de la regulación del apego, del control atencional y del autocontrol derivado de las relaciones disfuncionales de apego.

Fonagy (2001) sostiene la idea de que el reconocimiento e interpretación de los estados mentales del otro, así como su valoración, son aspectos decisivos para el desarrollo de la capacidad de reflexión en torno a las situaciones interpersonales.

El problema es que una experiencia traumática no solo activará el sistema de apego, sino que el trauma del apego puede constituirse como crónico. Es decir, en situaciones emocionales que disparan el instinto de búsqueda de apego, se puede perder la capacidad de mentalización. La pérdida de mentalización puede indicar dificultades en el individuo para relacionarse con los demás, sobre todo en el contexto de una relación de apego. En los momentos en los que falla esta manera de mentalización, tiende a producirse una reemergencia de modos no mentalizadores de conducta que pueden abocar a profundas complicaciones y perturbaciones en las relaciones derivadas de adversidades o dificultades vividas en la infancia (Bateman & Fonagy, 2004).

Bateman y Fonagy (2004) refieren que la conducta excesivamente controladora mostrada por los niños con una historia de apego desorganizado tiene que ver con la persistencia de un patrón

análogo a la identificación proyectiva, en el que se mitiga la experiencia de incoherencia del self a través de la externalización, es decir, adjudicando a otra persona un aspecto del propio self y empujándola a actuar según la representación que requiere dicha externalización. Algunas personas con sistemas de apego desorganizado suelen reaccionar inicialmente ante la gente de un modo excesivamente confiado. Esto se debe a que la hiperactivación del sistema de apego desestabiliza la capacidad de confianza epistémica, haciendo al individuo inusualmente vulnerable.

CAPÍTULO 2: Estabilidad o discontinuidad de los estilos de apego.

1. Estabilidad de los patrones de apego.

Todos los seres humanos somos de una determinada manera, cada uno con un estilo de apego determinado y, desde este, nos adaptamos a cada una de las relaciones que establecemos desde la infancia en adelante. Ahora bien, estos estilos de apego pueden responder a una continuidad o a una estabilidad en el tiempo y esto va a depender de varios aspectos que correlacionarán con las diferentes corrientes de investigación en torno a la cuestión.

Hamilton (2000) diferencia entre estabilidad y continuidad de los estilos de apego. La estabilidad consiste en que estos modelos responden de igual modo en la infancia que en edades posteriores. En cambio, la continuidad responde a un posible progreso de esos modelos en el desarrollo humano. En la presente tesis se diferenciarán estos términos en forma de estabilidad o discontinuidad de los patrones de apego a lo largo de los diferentes ciclos vitales, ya que el término continuidad puede dar lugar a confusión.

Bowlby (1980) refiere que el apego, durante la adolescencia se sigue constituyendo como un elemento primordial y significativo de las relaciones íntimas que se establecen. Además, aclara que durante la primera infancia el apego se ha establecido en base a las relaciones parentales, pero

durante la adolescencia se amplía a otras posibles figuras que pueden ser ajenas al sistema familiar. Para Main et al. (1985), el periodo de la adolescencia supone una transición psicosocial en la que es posible que se logre una reorganización de las representaciones de apego establecidas en la primera infancia. También concuerdan con la hipótesis de que los adolescentes ya han adquirido la capacidad de pensar de manera abstracta sobre las relaciones o incluso sobre las propias cuestiones de apego, a diferencia de los infantes, quienes precisan de acontecimientos vitales concretos que posibiliten un cambio en sus representaciones mentales.

Crittenden (2002) plantea que la investigación sobre la teoría del apego se ha centrado en dos aspectos principales. Primero, en que los patrones de apego en la infancia tienden a continuar en etapas posteriores de la vida, aunque pueden modificarse según los cambios propios de cada ciclo vital. Segundo, en que existe una cierta estabilidad en los patrones de apego a lo largo del tiempo. Sin embargo, la autora propone un enfoque alternativo basado en la interacción dinámica entre la maduración y las experiencias vividas, lo que puede conducir tanto al cambio como a la estabilidad del estilo de apego. En su modelo alternativo, identifica tres posibles transformaciones: el cambio de un patrón de apego a otro, la modificación del rango de estrategias disponibles o la transición desde subestrategias simples hacia otras más complejas y sofisticadas, siempre dentro del marco de un patrón dominante.

La postura que propicia la estabilidad o el mantenimiento de los patrones de apego a lo largo de toda la vida del individuo se conoce con el nombre de *postura prototípica*. La postura prototípica se enmarca en torno a la creencia de que el sistema de apego se forja en la primera infancia por medio de un modelo operante único, el cual permanece a lo largo de toda la vida (López & Gormley, 2002; Farley, 2002).

Para Sroufe & Waters (1977), la principal tarea del desarrollo durante la primera infancia es la formación de un estilo de apego seguro y un éxito en la formación de la relación subyacente demuestra adaptación. Para ellos, el apego es un constructo adaptativo y, como tal, el patrón de organización del apego es una medida de adaptación. La adaptación en la primera infancia predice la

adaptación en edades posteriores, ya que el patrón temprano de organización ha logrado sentar las bases para los patrones seguros futuros. Este modelo sugiere, por tanto, que el estilo de apego que se forja en la primera infancia mantenido puede predecir el éxito de afrontamiento y adaptación a las tareas a las que el ser humano se enfrenta en edades más avanzadas del desarrollo (Sroufe, 1979). Hamilton (2000), por su parte, refiere que la forma en que los individuos interactúan con el mundo social y objetual es el reflejo de la experiencia temprana, así como de las influencias del entorno.

El entorno, por tanto, puede ejercer cambios en el ser humano. De acuerdo con este modelo, un infante con estilo de apego inseguro puede protagonizar experiencias positivas posteriores que reparen los efectos de un cuidado temprano inadecuado. Sin embargo, para Sroufe (1979), existen experiencias tempranas sutiles mantenidas en el tiempo que pueden mostrar sus efectos en el futuro, en situaciones estresantes o en el caso del apego, cuando se comienzan a forjar otras relaciones íntimas en la adultez. El autor mantiene que puede producirse un cambio en el estilo de apego, pero existen bases internas en el infante que operan para perpetuar el patrón de inadaptación una vez está establecido. De acuerdo con esta postura se encuentra también Collins & Read (1994), para quien los modelos operantes internos pueden ser resistentes al cambio, y Feeney et al. (1994), que también apuntan a un mantenimiento de estos. De esta forma, esta postura aboga por el hecho de que los patrones de apego se desarrollan en la primera infancia y poseen una alta probabilidad de mantenerse durante los diferentes ciclos vitales del individuo.

Sin embargo, la postura prototípica presenta varias limitaciones importantes (López, 2006). Este enfoque asume que los individuos pueden ser clasificados dentro de un único estilo de apego, lo que simplifica excesivamente la complejidad de las relaciones humanas. Sin embargo, muchas personas exhiben características de más de un estilo de apego (Bartholomew & Horowitz, 1991), lo que dificulta una categorización estricta y plantea problemas para captar la diversidad y dinamismo de las experiencias emocionales y relacionales.

Además, esta postura tiende a ignorar los cambios que pueden ocurrir en los estilos de apego a lo largo del ciclo vital debido a factores como la maduración, las experiencias personales y las

relaciones significativas. Esto limita su capacidad para explicar la evolución o flexibilidad en los patrones de apego; por tanto, centrarse exclusivamente en clasificaciones prototípicas puede llevar a una interpretación reduccionista del apego, omitiendo aspectos multifactoriales como el contexto cultural, las diferencias individuales y las interacciones dinámicas entre factores biológicos y ambientales.

La segunda postura respecto al desarrollo de los estilos de apego se denomina *postura revisionista* (López, 2006) y plantea que el sistema de apego puede o bien mantenerse o bien cambiar, es decir, que puede responder tanto a la estabilidad como a la discontinuidad. Esta postura se basa en que las representaciones, sentimientos y conductas están sujetas a una actividad constante, en definitiva, que son revisadas continuamente. Se trata de una postura flexible que se basa en la capacidad del ser humano de modificación o adaptación, que es posible por las diferentes experiencias que vivimos a lo largo de los ciclos vitales y que nos pueden ofrecer nuevas aportaciones o contradecir las ya existentes. La pérdida de los progenitores, cambios de ciudad, la escolarización o el divorcio pueden ser algunas de estas experiencias vitales estresoras o que generan tensión y que pueden tener un impacto directo en el cambio del estilo de apego.

Diversas autoras y autores han señalado que los estilos de apego no son estáticos, sino que pueden cambiar a lo largo del tiempo debido a factores como las experiencias relacionales, el contexto y la maduración, como señalábamos anteriormente. Mary Ainsworth (1969) desde sus primeros escritos, así como años más tarde (Ainsworth et al., 1979), destacó que las interacciones entre el infante y sus cuidadores influyen en los estilos de apego, lo que sugiere que estos pueden modificarse con el tiempo en función de nuevas dinámicas relacionales. De manera similar, John Bowlby (1980) propuso que los modelos operativos internos (MOI) del apego son dinámicos y pueden transformarse en respuesta a nuevas relaciones o experiencias significativas. Fonagy et al. (1991) argumentaron que la capacidad reflexiva, es decir, la habilidad para comprender los estados mentales propios y ajenos, puede facilitar cambios en los patrones de apego, especialmente en contextos terapéuticos o de apoyo emocional. Por su parte, Mario Mikulincer and Phillip Shaver (2007) señalaron que las

relaciones románticas y las experiencias emocionales en la adultez tienen un impacto considerable en los estilos de apego, promoviendo transiciones hacia mayor seguridad o inseguridad dependiendo del contexto relacional. Finalmente, Bartholomew & Horowitz (1991), desarrollaron un modelo bidimensional del apego y enfatizaron que estos patrones pueden evolucionar en respuesta a nuevas experiencias relacionales y contextuales. En definitiva, esta postura subraya la naturaleza dinámica del apego y la influencia de factores externos e internos en su transformación.

Para Lewis (1998), la estabilidad de los patrones de apego solo es posible si los cuidados no cambian de manera significativa. Es decir, si no se dan acontecimientos vitales estresores o si la forma de satisfacer las necesidades por parte de las figuras principales de cuidado se mantiene en forma y tiempo. Por lo tanto, la estabilidad de los patrones de apego puede ser posible si se da una permanencia en las condiciones ambientales.

De esta forma, aunque ambas posturas coinciden en la posibilidad de estabilidad, las causas que atribuyen cada una de estas posturas a dicha estabilidad, son distintas. Las causas que establece la postura prototípica para argumentar la estabilidad se encuentran más relacionadas con la naturaleza del sistema de apego, mientras que para la postura revisionista las causas que atribuye al cambio están relacionadas con experiencias vitales estresantes o la variabilidad de experiencias en la misma relación de apego (López, 2006).

2. Factores que influyen en la estabilidad de los patrones de apego.

2.1. Factores exógenos: el ambiente.

En la investigación llevada a cabo por Egeland & Sroufe (1981), se sugirió que los cambios o tensiones que se pueden dar en el sistema familiar de cuidado afectan directamente a las relaciones de los infantes con sus figuras de cuidado principales. Estos pueden ser la separación materna, el inicio en la guardería o cambios o tensiones que afecten directamente a la capacidad de la figura de cuidado principal para responder a las necesidades básicas del infante para ofrecer una respuesta sensible.

Sroufe (1988) establece también que acontecimientos concretos pueden incidir en la relación entre la figura de cuidado y el infante, afectando a la capacidad de la figura de cuidado para responder de una manera adecuada, pero también puede tratarse de un acontecimiento crítico que afecte directamente a la relación entre ellos. Ante estos acontecimientos o tensiones vitales, Rutter (1981) refiere que las fuentes de cambio conllevan un estrés vital. De esta forma, la estabilidad en el estilo de apego no responde tanto a la naturaleza del propio sistema de apego, sino a la estabilidad de los cuidados que se ofrecen al infante (Lamb et al., 1984; Lamb, 1987).

Main & Cassidy (1988) y Waters (1978) han investigado en torno a la estabilidad de los patrones de apego a lo largo de diferentes ciclos vitales, destacando tanto las continuidades como las posibles transiciones en las clasificaciones de apego.

Main & Cassidy (1988) exploraron la continuidad del apego desde la infancia hasta la niñez temprana. En su estudio, observaron a un grupo de 40 niñas y niños que habían sido evaluados previamente en la etapa infantil mediante el procedimiento de la *Situación Extraña*. Identificaron continuidades en los patrones de apego, lo que significa que, aunque las expresiones específicas del apego pueden cambiar con la maduración, las funciones subyacentes del sistema de apego permanecen consistentes. Por ejemplo, mientras que los infantes buscaban proximidad física del cuidador levantando los brazos, las niñas y niños mayores recurrían a estrategias más sofisticadas, como el uso del lenguaje o señales sociales. Este trabajo subrayó que el apego puede mantenerse estable en condiciones normales, pero que está sujeto a cambios cuando ocurren eventos significativos en el entorno familiar o social.

Waters (1978), por su parte, realizó investigaciones pioneras sobre la estabilidad del apego desde una perspectiva longitudinal. Su trabajo respondió a posiciones que cuestionaban la coherencia y relevancia clínica de las diferencias individuales en el apego. Waters demostró que los patrones de seguridad del apego pueden ser estables desde la infancia hasta la adultez temprana en contextos donde las condiciones familiares permanecen favorables. Sin embargo, también encontró que cambios significativos en el entorno familiar, como eventos negativos o alteraciones en la

disponibilidad emocional del cuidador, pueden provocar transiciones en las clasificaciones de apego. Estas observaciones resaltaron la interacción entre estabilidad y cambio como aspectos complementarios del desarrollo del apego.

En conjunto, estas investigaciones mostraron que, aunque existe una tendencia hacia la estabilidad en los patrones de apego, factores contextuales y experiencias significativas pueden influir en su transformación a lo largo del ciclo vital.

Para Hamilton (2000) un cambio en el sistema familiar como, por ejemplo, un divorcio, es un acontecimiento crítico que puede afectar directamente en la relación del infante con su figura de cuidado principal porque puede experimentar periodos de separación. En muchas ocasiones el divorcio lleva aparejado otros acontecimientos como la inestabilidad económica, el traslado geográfico que pueden aumentar el estrés vital general. Garmezy (1983) apunta a la dificultad existente para diferenciar el acontecimiento concreto de los diferentes acontecimientos que pueden precipitar y, por ende, aumentar el estrés vital.

En todo caso, Hamilton (2000) apunta a que en la infancia los acontecimientos vitales estresantes como la separación de los padres o la formación de las relaciones de apego seguras con figuras cuidadoras alternativas, pueden alterar el modelo general. En los años posteriores es posible que el cambio se pueda producir en respuesta a las tensiones de la vida o en respuesta a las transiciones normales del desarrollo como, por ejemplo, la adolescencia según apuntan Ainsworth (1969) y Sroufe (1996), el matrimonio para Bretherton (1987) o la paternidad para Ricks (1985).

El cambio en los estilos de apego es posible, pero Hamilton (2000) señala que el modelo de trabajo interno original tiende a mantenerse operativo a nivel inconsciente, incluso cuando se incorporan nuevos modelos. Esto implica que los nuevos modelos de apego no eliminan por completo al anterior, ya que funcionan como sistemas activos de acomodación y asimilación. Además, estos modelos están influidos tanto por los cambios en el entorno como por las transformaciones en el mundo interno del individuo. Hamilton (2000) concluye que la estabilidad en los estilos de apego está directamente relacionada con la estabilidad del entorno, si este permanece constante, es probable

que el estilo de apego también lo haga, mientras que un entorno cambiante puede generar discontinuidades en los patrones de apego.

Para Mikulincer et al. (2002) la estabilidad del estilo de apego se sustenta por la estabilidad natural del sistema y hace referencia a las representaciones sobre las figuras de apego, la relación misma e incluso la representación de sí mismo. Además, al aprendizaje de estrategias relacionales y sentimientos que le llevan a afrontar las relaciones de una manera preestablecida y a interpretar lo que sucede desde su propio estilo de apego. En el supuesto de que se dé un cambio se deberá a experiencias significativas, traumáticas o positivas y no van a constituir la pérdida definitiva del sistema de apego formado en la infancia.

2.2. Factores endógenos.

- ### Modelos internos de trabajo (i*nternal working models).*

Uno de los conceptos centrales propuestos por John Bowlby (1980) en la teoría del apego es el de los modelos internos de trabajo, que son representaciones mentales que las personas desarrollan sobre sí mismas, los demás y el mundo, basadas en sus experiencias tempranas con figuras de apego. Estos modelos guían cómo las personas perciben e interpretan las relaciones y cómo se comportan en ellas.

El término original en inglés es Internal Working Models que algunos autores lo traducen por modelos internos de trabajo, pero otros prefieren traducirlo por modelos operantes internos para enfatizar su carácter dinámico y cambiante, esta última acepción es la utilizada en esta tesis tal como se señaló en el capítulo anterior. El término "operante" subraya que estos modelos no son estructuras estáticas, sino que se actualizan y adaptan en función de nuevas experiencias y contextos, influyendo activamente en cómo las personas perciben y responden a su entorno.

Los modelos internos operantes son esquemas representacionales que permiten filtrar información, organizar la experiencia subjetiva e intersubjetiva y planificar conductas adaptativas frente a los demás. Estos modelos se forman desde la infancia a partir de las interacciones con figuras

de apego y tienden a mantenerse relativamente estables a lo largo del tiempo, aunque pueden ser modificados por nuevas experiencias.

En la investigación desarrollada por Sroufe (1983) sobre las interacciones de los infantes con su profesorado de la escuela en preescolar, descubrió que los profesores y las profesoras prorrogaban en sus expectativas y actitudes hacia los infantes en formas que eran coherentes con la historia de apego de los infantes.

La investigación de Sroufe (1983) exploró la relación entre los patrones de apego temprano y las interacciones de los niños y niñas con su profesorado en etapas posteriores. En particular, Sroufe (1983) destacó que el apego temprano influye en su capacidad para manejar la proximidad emocional y la dependencia en contextos sociales como el aula. Las niñas y niños con un historial de apego seguro eran más propensos a usar al profesorado como una "base segura" para explorar y aprender, mientras que las niñas y niños con apegos inseguros mostraban dificultades en estas áreas. El modelo, por tanto, sugiere que la organización del patrón de relación es continua, pero también la calidad de una relación concreta debe permanecer estable a lo largo del tiempo para que se dé esa estabilidad. Además, apunta que el cambio es posible debido principalmente a los acontecimientos externos que pueden ejercer una transformación en las pautas de relación.

Para Sroufe & Fleeson (1986) los patrones de interacción están interiorizados por el ser humano desde la primera infancia y este patrón se transmite en las consiguientes relaciones. El infante establecerá nuevas relaciones que sean congruentes con las experiencias relacionales pasadas e interiorizará su papel en la relación de apego y también las respuestas por parte del cuidador. La continuidad de este modelo no implica necesariamente que el patrón de conducta o estilo interactivo se replique en las nuevas relaciones, sino que las nuevas relaciones serán coherentes con las anteriores relaciones que el infante tiene interiorizadas. Por lo tanto, no se da únicamente la interiorización de un modelo en sí mismo, sino la interiorización de patrones interaccionales y relacionales.

De ahí que Bretherton (1987) apunte la dificultad, que no la imposibilidad, para cambiar los modelos internos de trabajo inseguros debido a los procesos defensivos que operan para mantener estos modelos. El modelo excluye la información discrepante y además genera modelos múltiples conflictivos. Para Sroufe (1988), los patrones de relación en la adolescencia pueden lograr el cambio, pero incluso dentro del cambio, se transforman, permaneciendo los patrones anteriores, y se pueden evidenciar en la pérdida o en situaciones en las que se percibe un desafío.

Y es que el niño o la niña, en el proceso de la formación de la relación de apego, interioriza un modelo de apego funcional que presenta dos posibilidades: una de ellas es experimentar un cuidado sensible y receptivo, y formar un modelo de cuidador disponible, así como un modelo de sí mismo merecedor de amor y de cuidado; y la otra, por el contrario, es experimentar cuidados insensibles, construyendo así un modelo de sí mismo como indigno de amor y un modelo de cuidador que lo rechaza. El problema es que los modelos internos de trabajo tienden a volverse menos flexibles con el tiempo. En este contexto, Bretherton (1988) señala que, aunque inicialmente los modelos internos son más adaptables y abiertos al cambio, a medida que se consolidan, comienzan a funcionar como un filtro mental que organiza y da sentido a las nuevas experiencias. Esto significa que las personas interpretan y evalúan las situaciones futuras en función de sus modelos previos, lo que puede limitar su capacidad para integrar información nueva que no encaje con esas creencias o representaciones ya establecidas.

Bowlby (1978) apunta que el ser humano presenta una tendencia a asimilar un modelo desde el que establecer nuevos vínculos afectivos y a seguir haciéndolo a pesar de las repetidas pruebas de que el modelo es inadecuado. De hecho, seguramente de manera inconsciente, el ser humano busca preservar ese modelo porque es a través de él desde donde organiza su mundo. Ricks (1985) apunta que renunciar a ese modelo, por inadecuado que sea, es perder potencialmente su marco para organizar la experiencia. Por tanto, los modelos internos de trabajo pueden perder flexibilidad porque influyen en cómo percibimos e interpretamos nuestras experiencias, reforzando patrones previos y dificultando cambios significativos en nuestra forma de relacionarnos o ver el mundo.

Para Devine (1989), un factor que puede favorecer la estabilidad de los patrones de apego es la tendencia de los modelos antiguos para ser activados de manera rápida, particularmente en situaciones de estrés. Para que una conducta sea activada bajo situaciones de estrés, esta debe haber sido ampliamente aprendida y practicada por el individuo.

- ## Representaciones autocumplidas.

Para Collins (1994) un motivo para la resistencia al cambio de los patrones de apego pueden ser las representaciones autocumplidas. Esto significa que las personas actúan en función de sus modelos internos, y estas acciones tienden a generar consecuencias que refuerzan esos mismos modelos. Por ejemplo, si una persona tiene un modelo interno inseguro evitativo, puede interpretar las interacciones sociales como un riesgo y comportarse en consecuencia de manera distante o fría. Pero este comportamiento puede provocar, a su vez, que los demás respondan con menos cercanía o afecto, lo que confirma a la persona la creencia inicial de que las relaciones no son confiables. De manera similar, alguien con un modelo inseguro ansioso preocupado puede buscar constantemente señales de rechazo, lo que puede generar tensión en sus relaciones y reforzar su percepción de inseguridad. En esencia, estos patrones crean un ciclo en el que las expectativas y creencias iniciales influyen en el comportamiento, y las respuestas del entorno validan esas expectativas, dificultando así la modificación de los modelos internos. Este fenómeno explica por qué los patrones de apego suelen ser estables a lo largo del tiempo, aunque no imposibles de cambiar.

Feeney & Noller (1996) argumentan que la estabilidad de los patrones de apego a lo largo del tiempo se debe, en parte, a la tendencia humana de buscar y seleccionar ambientes que sean consistentes con las creencias que se tienen sobre uno mismo y los demás. Esta tendencia, conocida como afiliación selectiva, implica que las personas no solo buscan relaciones y entornos que confirmen sus modelos internos de trabajo, sino que también interpretan la información de manera que refuerce sus expectativas previas. Esta dinámica puede funcionar de la siguiente manera:

- **Selección de entornos**: Las personas tendemos a gravitar hacia contextos y relaciones que validen nuestras creencias internas. Por ejemplo, alguien con un apego seguro buscará relaciones que refuercen su confianza en los demás, pero una persona con apego inseguro evitativo evitará relaciones íntimas y elegirá ambientes donde no se requiera mucha cercanía emocional.
- **Interpretación sesgada**: Cuando las experiencias son ambiguas o neutrales, los seres humanos tendemos a interpretarlas de acuerdo con nuestros modelos internos. Por ejemplo, un comentario ambiguo puede ser percibido como una crítica por alguien con un modelo inseguro.
- **Refuerzo de creencias**: Consiste en seleccionar e interpretar las experiencias para que confirmen las expectativas iniciales; este proceso perpetúa los patrones de apego.

Para los autores, estas dinámicas contribuyen a la estabilidad de los patrones de apego porque limitan la exposición a experiencias que podrían desafiar o modificar los modelos internos. Además, al interpretar el mundo de manera consistente con sus creencias, las personas refuerzan continuamente sus patrones de apego, haciendo más difícil romper el ciclo. Esto dificulta el cambio en los patrones establecidos, promoviendo su continuidad a lo largo del tiempo.

Eagle (1996) destaca tres factores que pueden explicar la resistencia al cambio en los patrones de apego, centrándose en cómo las experiencias tempranas y las dinámicas interpersonales perpetúan estos patrones:

- **El proceso de asimilación:** Eagle (1996) señala que las representaciones mentales formadas durante la infancia influyen en cómo las personas perciben e interpretan nuevas experiencias. Este proceso, conocido como *asimilación*, implica que las personas tienden a ajustar las situaciones nuevas o ambiguas para que encajen con sus experiencias previas. Así, si alguien tuvo figuras de apego inconsistentes o negligentes, es probable que interprete comportamientos neutrales o incluso positivos de los demás como señales de rechazo o falta de interés; esto refuerza las expectativas originales y regula la percepción

de las relaciones futuras, consolidando patrones de apego ya establecidos. Además, estas interpretaciones están basadas en formas de pensar y actuar que originalmente pudieron ser conscientes y deliberadas, pero que con el tiempo se internalizaron y automatizaron. Es decir, estas representaciones se vuelven habituales y operan fuera del nivel consciente, lo que dificulta cuestionarlas o modificarlas.

- **Interacción entre modelos internos:** Eagle (1996) también subraya que en una relación de apego no solo están presentes los modelos internos de una persona, sino también los de la otra parte involucrada, las expectativas y comportamientos de ambos pueden interactuar y crear dinámicas estables. Por ejemplo, si una persona con apego inseguro ansioso preocupado busca constantemente validación emocional y su pareja tiene un estilo de apego inseguro evitativo, esta última puede retirarse emocionalmente, lo que refuerza la ansiedad del primero y perpetúa el ciclo. Estas interacciones bidireccionales contribuyen a la estabilidad de los patrones porque ambos individuos actúan según sus propias expectativas, reforzándose mutuamente.
- **Círculos viciosos en las relaciones:** Por último, Eagle (1996) menciona el papel de los factores interaccionales en la perpetuación de patrones desadaptativos. Las dinámicas negativas pueden generar círculos viciosos que refuercen patrones problemáticos. Si una persona con apego inseguro se comporta de manera dependiente o desconfiada, lo que provoca son respuestas defensivas o distantes en sus figuras de apego y estas respuestas refuerzan las creencias iniciales de la persona sobre la falta de disponibilidad emocional en las relaciones.

Para Eagle (1996), estos factores trabajan juntos para consolidar y perpetuar los patrones existentes, haciendo difícil su transformación sin intervenciones externas significativas o nuevas experiencias correctivas.

Y es que como muy bien señalan Sroufe et al. (1999), los procesos automáticos ya internalizados por el individuo requieren menor demanda de atención y por ello resultan más

eficientes. Esto supone la pérdida de cierta flexibilidad. Y es que, además, el apego forjado en la primera infancia se sustenta en torno a experiencias preverbales que no serán accesibles a ser recordadas de manera verbal y por ello, más complejas de modificar por medio de experiencias posteriores.

3. Discontinuidad de los patrones de apego.

Bowlby (1988) y Ainsworth (1991) mantuvieron siempre abierta la posibilidad de cambio de los patrones de apego. Incluso añadieron la posibilidad de activación o desactivación en cualquier situación que se diera en la vida del individuo. Para ambos, los patrones de apego se encuentran enmarcados en un contexto flexible y variable.

Bowlby (1988) entendía que los modelos operativos internos tenían el potencial de ser actualizados ante la creación de nuevos vínculos, así como ser alterados en virtud de una conciencia intensificada. Pero también señaló que estos modelos eran poco susceptibles de revisión porque operaban al margen de la atención consciente y en gran parte, por las defensas autoprotectoras y en ocasiones incluso contraproducentes características del ser humano.

Aizpuru (1994) menciona incluso cómo el apego que se establece con la figura principal de la primera infancia es el primer apego. Después puede haber hasta tres apegos verdaderos a lo largo de la vida del ser humano. El segundo sería en la adolescencia, en la búsqueda del segundo objeto, la pareja, y el tercero sería hacia el hijo o los hijos.

Para Mestre et al. (1996), los patrones de apego no son estáticos. Estos pueden presentar variaciones en función de los diferentes cambios que se den, promovidos por acontecimientos vitales que alteren la conducta de cualquiera de los miembros que formen parte de la relación de apego. Para que se den estos cambios, se precisa de nuevas experiencias relacionales, así como de nuevas formas de interpretarlas.

También el estudio de Vaughn et al. (1979), que se centra en la estabilidad y el cambio en los patrones de apego desde la infancia hasta la adultez temprana, destaca cómo los eventos vitales y el

entorno familiar influyen en estas trayectorias. Este estudio explora tanto los factores que promueven la continuidad como aquellos que generan cambios en los estilos de apego. Con respecto a la estabilidad del apego, señalan que los patrones de apego suelen ser relativamente estables a lo largo del desarrollo, especialmente en contextos familiares consistentes y seguros. Sin embargo, esta estabilidad no está asegurada, ya que cambios significativos en el entorno familiar, como eventos traumáticos o adversos (divorcio, pérdida de un cuidador), pueden alterar los estilos de apego.

En lo relativo a los cambios, los autores destacan que los cambios en el apego están relacionados con experiencias que desafían las creencias previas sobre las relaciones y las figuras de apego; esto incluye tanto experiencias negativas (como negligencia o abuso) como positivas (como relaciones correctivas con nuevos cuidadores o parejas). La investigación subraya que la teoría del apego requiere un equilibrio entre estabilidad y cambio. La estabilidad es esencial para proporcionar una base segura, pero el cambio es posible cuando las experiencias desafían las expectativas previas.

El trabajo de Vaughn et al. (1979) enfatiza que el apego es un proceso dinámico influido tanto por factores internos (modelos internos de trabajo) como externos (eventos de vida). Su investigación ha ayudado a consolidar la idea de que el apego puede ser estable, pero también susceptible a cambios significativos en respuesta a experiencias vitales importantes.

Crittenden (2000) comparte también que existe evidencia de cambio en el patrón de apego en infantes, incluso en periodos tan cortos como seis meses. Su investigación se basa en el Modelo Dinámico-Madurativo del Apego (DMM), que enfatiza la adaptabilidad de los patrones de apego frente a cambios en el entorno o experiencias significativas. Crittenden (2000) demostró que los patrones de apego observados en la infancia pueden modificarse rápidamente si cambian las circunstancias del entorno, como una mejora o deterioro en la sensibilidad y disponibilidad del cuidador. Su investigación se basa en la idea fundamentada de que los patrones de apego son estrategias adaptativas, no rígidas, y que pueden modificarse rápidamente en respuesta a cambios en el entorno o en las interacciones con los cuidadores.

Los niños y niñas ajustan sus estrategias de apego (seguras o inseguras) para responder a las condiciones específicas de su entorno, lo que explica la flexibilidad observada. Este hallazgo subraya la importancia de realizar intervenciones rápidas y efectivas para mejorar las dinámicas familiares antes de que los patrones desadaptativos se consoliden; destaca que incluso niñas y niños con antecedentes difíciles pueden desarrollar patrones más seguros si se les proporciona un entorno más estable y predecible.

La investigación de Crittenden (2000) demuestra que los patrones de apego son maleables y pueden cambiar rápidamente dependiendo del contexto y las experiencias relacionales, lo que refuerza su naturaleza dinámica. Para la autora, los dos momentos de cambio madurativo que pueden acentuarse para inducir un cambio predecible son la infancia, tanto en edad escolar como preescolar, así como en la adolescencia.

4. Factores que promueven la discontinuidad de los patrones de apego.

4.1. Factores exógenos: el ambiente.

Para Epstein (1973, 1991), las relaciones establecidas en la edad temprana son más generales y se encuentran menos permeables a la revisión que las creencias similares adquiridas en momentos posteriores. Estas construcciones también pueden promover la estabilidad o el cambio del estilo de apego como moderadores de la capacidad de respuesta de los infantes a los eventos estresores de la vida y a los patrones de cuidado por parte de las figuras de apego principales, bien sean insensibles o cambiantes.

A medida que el infante se va desarrollando, el estilo de apego se encuentra menos afectado por los cambios de la parentalidad y se forja más como propiedad de sí mismo (Hopkins, 1990). Los modelos operantes internos son más proclives al cambio durante las experiencias vitales de transición más relevantes, como contraer matrimonio, tener un bebé o el duelo por la muerte de un ser querido.

Estos eventos representan cambios en el ambiente social que pueden contradecir los modelos originales (Collins, 1994).

Para Crittenden (2000), uno de los factores que dificulta describir la conducta más allá de la adolescencia, si nos basamos en el patrón de apego forjado en la primera infancia, es la limitación del contexto en el que se desarrollará la persona en el futuro. La ecología social de la infancia es restringida y la movilidad es limitada, en la infancia y adolescencia no se pueden seleccionar los contextos en los que te desarrollas a diferencia de los adultos. De hecho, los adultos figuras de apego controlan las influencias que afectan a los infantes. Por lo tanto, no es posible que desarrollen experiencias sofisticadas hasta que experimenten el amplio conjunto de contextos que experimenta una persona adulta. Esas experiencias sofisticadas son imprescindibles para manejar y sentir seguridad en circunstancias complejas.

Waters et al. (2000) apuntan a que las experiencias vitales traumáticas o adversas también pueden afectar a la seguridad desde el punto de vista del apego ya que socavan la percepción de seguridad al generar sentimientos de vulnerabilidad, desconfianza y miedo al abandono. Esto puede llevar a la adopción de estrategias de apego inseguro, como el apego evitativo caracterizado por la desconexión emocional, o el apego ansioso preocupado marcado por la hipervigilancia y el temor constante al rechazo. En casos más extremos, estas experiencias pueden desencadenar desorganización en el sistema de apego, lo que se traduce en respuestas emocionales caóticas y dificultades para regular el afecto. El impacto de estas experiencias no solo afecta las relaciones interpersonales sino también la capacidad para manejar el estrés y las emociones negativas. Así, Waters et al. (2000) subrayan cómo los eventos traumáticos pueden alterar profundamente la base segura que proporciona un apego saludable, influyendo negativamente en el bienestar psicológico a lo largo de la vida.

Para Pitillas & Berastegui (2018) una posible vía que puede promover el cambio se encuentra en algunas nuevas relaciones que puedan tener un efecto reparador, de hecho, la experiencia repetida de una relación segura donde se combina el cuidado a las necesidades de apego junto las necesidades

de exploración y aceptación puede hacer que a los modelos internos operantes se les añadan otros nuevos. Esta vía puede ser también desarrollada en la relación con un terapeuta, grupo de apoyo u otros.

4.2. Factores endógenos.

- ### Modelos operantes internos.

Para Collins (1994), los modelos operantes internos establecidos en la infancia pueden permanecer almacenados en la memoria y la persona puede hacer un esfuerzo activo por rechazar o reemplazar esos patrones. Por medio de la repetición, estos patrones nuevos pueden fortalecerse y se volverán, en última instancia, tan automáticos como lo fueron los modelos originales. Los cambios no son ni fáciles ni rápidos, pero tampoco imposibles.

Cozolino (2002) apunta que se pueden hacer cambios significativos y aprender nuevos patrones a lo largo del ciclo vital y Crittenden (2016) que las experiencias de apego pueden cambiar y volverse más flexibles.

Para Wallin (2007), los modelos operativos internos son modelos funcionales porque tienen un carácter provisional que los expone a una posible modificación sobre la base de una nueva experiencia. La impresión clínica de Wallin (2007) responde a que los pacientes con estilos de apego más saludables son capaces en mayor medida de aprovechar la terapia para inducir el cambio en sí mismo. Por el contrario, los estilos de apego menos saludables parecen más rígidos y menos abiertos a la posibilidad de cambio, por tender a encajar la nueva experiencia en las antiguas expectativas. Para el autor, los modelos internos de apego inicialmente desarrollados en los infantes tienden con el tiempo a perpetuarse activamente mediante los patrones de conciencia, experiencia afectiva y conducta, pero no se puede ignorar que las experiencias posteriores también influyen sobre las relaciones de apego.

Wallin (2007) propone que la relación terapéutica puede actuar como una nueva figura de apego para la persona, ofreciendo una "base segura" que permite explorar emociones, recuerdos y

patrones relacionales dolorosos. A través de esta relación segura, el profesional facilita la creación de nuevos modelos operativos internos más adaptativos, promoviendo un equilibrio entre conexión emocional y autonomía. Enfatiza la importancia en la relación terapéutica de la empatía, la sensibilidad y la capacidad del terapeuta para reparar rupturas como elementos clave para el éxito del proceso.

Bateman and Fonagy (2016) establecen que los patrones de apego que se forjan en la primera infancia tienen una influencia en el resto de los ciclos vitales del ser humano, pero que no se trata de patrones fijos, sino que pueden variar en cualquiera de los periodos, ejerciendo su influencia en las relaciones adultas y determinando en gran medida las relaciones futuras.

Pitillas y Berastegui (2018) destacan que las relaciones terapéuticas pueden ser una vía poderosa para promover cambios en los modelos operativos internos de apego de una persona. Su enfoque se basa en la idea de que las nuevas relaciones, especialmente aquellas caracterizadas por seguridad y aceptación, pueden tener un efecto reparador sobre las expectativas y patrones relacionales previamente establecidos. Las experiencias repetidas de una relación segura, en la que se atienden tanto las necesidades de apego como las de exploración, pueden modificar los modelos internos operantes. Esto implica que, además de los modelos ya existentes, pueden surgir nuevos que sean más adaptativos y funcionales.

Para los autores, la relación con un profesional puede actuar como un espacio reparador. A través de una interacción basada en la sensibilidad, la validación y la aceptación incondicional, el terapeuta puede ofrecer una experiencia relacional distinta a las vividas anteriormente. Esto permite al individuo desarrollar nuevas expectativas sobre sí mismo y sobre los demás. Pero no solo el profesional puede cumplir este rol; grupos de apoyo u otros profesionales también pueden ofrecer relaciones seguras que fomenten el cambio. Estas relaciones seguras no eliminan los modelos previos, pero sí permiten integrar nuevas perspectivas más positivas y adaptativas, ampliando así el repertorio relacional del individuo.

En definitiva, las relaciones humanas tienen un potencial transformador profundo. En el contexto terapéutico o en dinámicas grupales bien estructuradas, estas relaciones pueden reparar heridas emocionales y promover un cambio significativo en los estilos de apego y en la forma en que las personas se relacionan consigo mismas y con los demás.

- ## Representaciones mentales.

Para Ricks (1985), el cambio en los patrones de apego puede darse en estos tres supuestos de experiencias correctoras:

  - A través de los cambios experimentados dentro de la misma relación a lo largo del tiempo.
  - A través de experiencias repetidas en otras relaciones que desconfirmen modelos adquiridos previamente.
  - A través de experiencias emocionales especialmente fuertes dentro de una misma relación, que de manera similar desconfirmen postulados anteriores.

Devine (1989) sugiere que las representaciones mentales dentro de la red de apego no suelen ser reemplazadas o destruidas, sino que la red se vuelve más elaborada y compleja, conteniendo un mayor número de submodelos específicos. Esto explica por qué las personas pueden desarrollar nuevas formas de relacionarse sin borrar completamente patrones antiguos. Las representaciones cognitivas son resistentes al cambio total. Sin embargo, es posible enriquecerlas y complejizarlas mediante nuevas experiencias, lo que permite una mayor flexibilidad y adaptación en las respuestas emocionales y relacionales.

Las estructuras internas de conocimiento suelen modificarse al volverse más elaboradas. El modelo de cambio de esquemas por subtipos establece que los individuos construyen categorías dentro de sus propios esquemas con el objetivo de instaurar la información nueva y discrepante, pero el esquema inicial permanece en gran parte intacto (Fiske & Taylor, 1991).

Para Collins (1994) las representaciones de uno mismo y de los demás son sensibles a los cambios en el ambiente y pueden modificarse en función de nuevas experiencias. Sin embargo, subraya que estos cambios no son automáticos ni fáciles, ya que dependen de la intensidad, duración y significado emocional de las experiencias que contradicen los modelos existentes. Los cambios son propensos a darse si la respuesta que contradice la evidencia es lo suficientemente poderosa, es decir, de larga duración y emocionalmente significativa. Durante este proceso de cambio las personas tienden a procesar los eventos con mayor atención y cuidado, debido a una disminución de la motivación o a la necesidad de integrar información nueva que desafía sus esquemas previos. En lugar de eliminar por completo los modelos existentes, las nuevas experiencias tienden a enriquecer la red cognitiva, añadiendo submodelos específicos que hacen que la representación del apego sea más compleja y flexible.

Este enfoque resalta la importancia del contexto relacional en la evolución del apego y las percepciones personales. Collins (1994) destaca que los modelos internos son dinámicos y pueden cambiar con nuevas experiencias significativas, pero estos cambios requieren tiempo y profundidad emocional para contrarrestar las representaciones previas.

La teoría del apego siempre ha llevado implícita la posibilidad de cambio en el patrón de apego a lo largo de los ciclos vitales. De hecho, cualquier acontecimiento vital importante como la pérdida de un ser querido, el divorcio, el matrimonio, etc. pueden devenir en un cambio de las estrategias interpersonales y, por tanto, de las representaciones mentales de las relaciones.

5. Investigaciones en torno a la discontinuidad de los patrones de apego.

Las primeras investigaciones empíricas sobre la estabilidad del apego llevadas a cabo por Masters & Wellman (1974) y por Waters (1978) se llevaron a cabo en respuesta a una crítica situacionista que afirmaba que las diferencias individuales en el estilo de apego no eran estables, ni coherentes ni tampoco presentaban ninguna relevancia práctica.

Casi dos décadas de investigación más tarde se demostró que se trataba de una crítica situacionista errónea, ya que según Waters et al. (1991), tanto la estabilidad como el cambio en los estilos de apego responden a una mayor complejidad de lo que los situacionistas inicialmente imaginaban.

Estas investigaciones reforzaron la teoría del apego al demostrar que las diferencias individuales en el apego pueden ser estables a lo largo del tiempo, aunque también abiertas al cambio cuando se enfrentan a experiencias significativas. Esto subrayó la importancia tanto de la estabilidad como del cambio dentro del marco teórico del apego. En conjunto, estos estudios ayudaron a consolidar el paradigma del apego como un proceso dinámico, estable pero influido por experiencias significativas, desafiando así las críticas situacionistas iniciales.

Grossmann & Grossmann (1991) en su investigación longitudinal sobre la relación entre el apego seguro en la infancia y las relaciones posteriores, no encontraron una correlación significativa entre el apego seguro en la infancia y las relaciones que se establecían después de los seis años. Sus hallazgos cuestionaron la idea de que el apego seguro en los primeros años de vida garantiza relaciones seguras o positivas en etapas posteriores, sugiriendo que otros factores pueden influir significativamente en las relaciones más allá de la infancia. Las experiencias interpersonales y contextuales posteriores a la infancia, como el apoyo parental durante la exploración o eventos adversos, pueden modificar las representaciones internas de apego, influyendo en las relaciones futuras. Destacaron que el desarrollo de los vínculos afectivos es un proceso dinámico y multifactorial, donde el apego temprano es solo uno de los múltiples elementos que contribuyen al bienestar relacional a lo largo del tiempo.

También en el estudio de Waters & Cummings (2000) se observó cómo algunos modelos internos de trabajo evolucionaban y respondían a la experiencia a través de la adolescencia. Ese mismo año, Weinfield et al. (2000) no encontraron continuidad significativa de los patrones de apego a lo largo del tiempo.

Si se recuerda el estudio de Hamilton (2000) y de Waters et al. (2000) en torno a la estabilidad del estilo de apego, se observa como en estos estudios se da una similitud que converge en una coherencia significativa: la consistencia en el papel de las experiencias de vida relacionadas con el apego en el marcado de la continuidad y del cambio. Estos estudios reflejaron que la seguridad del apego puede ser estable desde la infancia hasta la adultez temprana y que el cambio en la seguridad del apego está relacionado con cambios significativos en el entorno familiar. Ambos estudios concluyeron que los eventos de vida negativos habían influido en los posibles cambios del estilo de apego.

En el estudio de Weinfield et al. (2000) se investigaron los mismos parámetros, pero la muestra contaba con altas medidas de estrés, en la que los eventos de vida traumáticos eran más frecuentes y severos que en las muestras de Hamilton (2000) y Waters et al. (2000). Los resultados de este estudio concluyeron que los participantes no mantuvieron las mismas clasificaciones de apego y además que los cambios no fueron aleatorios, sino que estaban relacionados con depresión materna, que mantiene toda la posibilidad de afectar negativamente a la disponibilidad y a la capacidad de respuesta del cuidador principal.

Todas estas investigaciones muestran que el apego temprano, aunque importante, no es determinante por sí solo para las relaciones posteriores, y que la influencia de experiencias significativas durante la niñez media y más allá es un factor crucial. Durante esta etapa, las relaciones con pares adquieren un papel central en el desarrollo social y emocional, proporcionando apoyo y ayudando a construir una identidad más sólida. Además, las experiencias con figuras de apego secundarias, como profesorado, profesionales o mentores, y los cambios en las dinámicas familiares son factores que contribuyen a la complejidad y flexibilidad de los patrones de apego a lo largo del tiempo, demostrando que el desarrollo relacional es un proceso dinámico influido por múltiples contextos y experiencias.

6. El apego como proceso dinámico.

Atendiendo a todo lo mencionado anteriormente, el estilo de apego cuenta con la capacidad de transformarse en el tiempo como respuesta adaptativa a experiencias y contextos, lo que lo convierte en un proceso dinámico. Este posicionamiento teórico significa entender que, aunque los patrones de apego tienden a ser relativamente estables, no son inmutables. Diversos factores influyen en su transformación, como las relaciones significativas, los eventos vitales y las intervenciones terapéuticas. El apego como proceso dinámico implica que los modelos internos operantes se actualizan continuamente en función de nuevas experiencias relacionales. Numerosas investigaciones han demostrado, como hemos analizado, que eventos significativos, como el establecimiento de relaciones seguras o la superación de experiencias traumáticas, pueden modificar los estilos de apego, ya sea promoviendo mayor seguridad o acentuando la inseguridad dependiendo del impacto emocional y la duración de dichas experiencias. Además, la terapia puede actuar como un catalizador para este cambio al ofrecer una relación reparadora que desafía los patrones previos y fomenta la integración de modelos más adaptativos.

En este marco, algunos componentes clave que constituyen el apego como un proceso dinámico son: **la influencia de la terapia**, que proporciona un espacio seguro para explorar y reconfigurar patrones relacionales; y **los encuentros vitales significativos**, como relaciones románticas o amistades profundas, que pueden servir como experiencias correctivas. Estos elementos subrayan la naturaleza flexible del sistema de apego y su capacidad para adaptarse a lo largo del ciclo vital.

6.1. La influencia de la terapia.

Pitillas y Berastegui (2018) mencionan algunas estrategias que se pueden emplear en la intervención con los patrones de apego. Por un lado, uno de los elementos centrales de cambio podría ser el establecimiento de una relación saludable, reparadora con el profesional. Más allá de las aplicaciones de las diferentes herramientas psicosocioeducativas, la intervención ofrece un espacio

donde se favorece la regulación colaborativa del malestar y en el que el profesional pueda hacerse cargo de los estados emocionales más complicados.

Por otro lado, la intervención también puede constituirse como un facilitador de la exploración por medio de nuevas formas para entenderse y que favorezca también una nueva narrativa de su propia historia y que atienda a su vez, tanto a las relaciones pasadas como a las relaciones presentes.

Este enfoque, fundamentado en la teoría del apego de Bowlby (1969, 1980), entiende la relación terapéutica como una figura de apego que ofrece un refugio emocional y una base segura desde la cual, las personas pueden reflexionar sobre sus experiencias pasadas y actuales. La relación con el profesional constituye un elemento central. Bowlby (1980) conceptualizó esta relación como un vínculo similar al apego infantil, donde el profesional actúa como un "refugio seguro" que permite a la persona explorar emociones dolorosas y patrones relacionales disfuncionales. Mikulincer & Shaver (2007) destacan que esta alianza terapéutica fomenta la confianza, la empatía y la apertura emocional, elementos esenciales para el cambio.

Wallin (2007) conceptualiza al profesional como una figura de apego transitoria que proporciona consuelo y estabilidad, permitiendo a la persona atendida experimentar una relacion diferente a las de su historia temprana. Este vínculo terapéutico actúa como un andamio para reconstruir modelos operativos internos, facilitando la integración de nuevas experiencias emocionales.

La terapia proporciona una experiencia emocional correctora que desafía los modelos internos previos, especialmente aquellos asociados con estilos de apego inseguros (Sable, 2007; Wallin, 2007). Este proceso permite a las personas internalizar nuevas formas de relacionarse basadas en la seguridad y la aceptación, lo que puede transformar patrones relacionales previamente disfuncionales. Según Greenberg (2012), el procesamiento emocional es clave en este tipo de terapia. El profesional ayuda a la persona a activar respuestas emocionales antiguas y a conectar con emociones más vulnerables y adaptativas. Este proceso no solo permite liberar emociones reprimidas, sino también desarrollar estrategias más saludables de regulación emocional.

Estudios recientes han demostrado que la terapia puede aumentar la seguridad del apego y reducir tanto la ansiedad como las conductas evitativas asociadas a estilos inseguros (Kobak et al., 2015; Levy et al., 2018). Esto se logra mediante intervenciones que promueven una mayor autorreflexión y confianza en las relaciones interpersonales. La capacidad del profesional para modelar comportamientos de apego seguro, como fiabilidad, validación emocional y escucha activa, es fundamental para el éxito del proceso terapéutico (Romano et al., 2008). Además, el estilo de apego del propio profesional puede influir en la calidad de la alianza terapéutica, aunque investigaciones sugieren que habilidades como la regulación emocional pueden mitigar los efectos de estilos inseguros (Mikulincer et al., 2013; Heinonen y Nissen-Lie, 2020).

Por tanto, la terapia basada en el apego ofrece un marco poderoso para promover cambios profundos en los modelos internos operantes. Al proporcionar una relación segura y reparadora, facilita no solo el procesamiento emocional sino también la integración de patrones más adaptativos que enriquecen las relaciones interpersonales y mejoran el bienestar psicológico general. Autores como Wallin (2007), Greenberg (2012) y Kobak et al. (2015) han contribuido significativamente a entender cómo este enfoque transforma el apego en un proceso dinámico y flexible a lo largo del tiempo.

6.2. Eventos vitales significativos.

Para Crittenden (2000), la complejidad de los cambios vitales y los eventos acaecidos pueden conducir a cambios en el patrón de apego.

Resulta complicado llegar a predecir cómo el infante o sus figuras de cuidado principales se pueden reorganizar o estabilizar ante un cambio brusco o una amenaza importante que desestabiliza el sistema familiar. En gran parte debido a que los acontecimientos críticos no se relacionan con aspectos preexistentes, se trata de eventos inesperados que pueden afectar al patrón de apego infantil de maneras que no se pueden prever. Esta incertidumbre lejos de ser negativa puede suponer una oportunidad para que los seres humanos se adapten a nuevas circunstancias. Incluso puede

ocurrir, que aún cuando los aspectos impuestos por el cambio son indeseables o amenazadores, el resultado pueda ser una mayor integración, mayor seguridad o incluso relaciones más satisfactorias.

Los encuentros vitales significativos, como eventos de vida importantes o relaciones transformadoras, pueden actuar como catalizadores para el cambio en los estilos de apego, tienen el potencial de cambiar los estilos de apego al proporcionar experiencias correctoras o desafiantes que reconfiguran las expectativas relacionales. Sin embargo, estos cambios dependen de factores como la interpretación del evento, la estabilidad del modelo interno y el apoyo disponible durante el proceso. Las relaciones saludables desempeñan un papel central al ofrecer espacios seguros para consolidar estos cambios hacia un apego más seguro.

Investigaciones longitudinales han puesto de manifiesto que ciertos eventos vitales, tanto positivos como negativos, pueden provocar cambios inmediatos y, en algunos casos, duraderos en los estilos de apego. Para Fraley et al. (2021) eventos positivos como iniciar una nueva relación romántica o experimentar apoyo emocional significativo puede reducir la inseguridad en el apego a corto plazo, pero estos cambios no siempre son permanentes, ya que las personas tienden a regresar a sus patrones previos si no se consolidan nuevas experiencias relacionales consistentes. Por otro lado, eventos negativos como conflictos de pareja o pérdidas significativas pueden aumentar la inseguridad en el apego, y estos efectos tienden a ser más duraderos si no se procesan adecuadamente. En su estudio encontraron que aproximadamente el 50% de los veinticinco eventos de vida analizados estaban asociados con cambios inmediatos en el apego, pero solo un 25%, aproximadamente, resultaron cambios sostenidos. Los autores sugieren que la interpretación subjetiva del evento y las características individuales juegan un papel importante en determinar si el cambio será transitorio o permanente.

Esta capacidad transformadora de los encuentros vitales también puede actuar en cualquier etapa de la adultez como experiencias correctivas que reconfiguran los modelos internos de apego, para Allen et al. (2018) las relaciones románticas estables pueden desarrollar un “apego seguro ganado", incluso en personas con historias tempranas de apego inseguro, también las amistades

profundas, cercanas y confiables pueden ofrecer un espacio seguro para explorar vulnerabilidades y desarrollar confianza relacional.

Pero la forma en que las personas interpretan esos encuentros vitales es crucial para determinar su impacto; así, los encuentros percibidos como oportunidades de crecimiento tienden a fomentar cambios hacia un apego más seguro, pero los encuentros interpretados como amenazas tienden a reforzar patrones inseguros. La investigación sugiere que algunas personas son más propensas al cambio debido a factores individuales, como una mayor capacidad de autorreflexión o modelos internos menos rígidos ya que estas características permiten integrar nuevas experiencias relacionales con mayor facilidad (Collins, 1996; Cozzarelli et al., 2003).

El estudio longitudinal de Chopik et al. (2019) documentó cómo los estilos de apego cambian a lo largo de décadas. Utilizaron una medida de apego basada en Q-Sort para analizar los cambios promedio en la orientación del apego desde los 13 hasta los 72 años, empleando datos del Estudio Longitudinal Block and Block Longitudinal Study, los Estudios Intergeneracionales y una muestra del Radcliffe College de 1964 (N total = 628). Los resultados mostraron información clave sobre la evolución de los estilos de apego en el tiempo:

- **Relación entre el apego y la salud subjetiva**: Los datos mostraron como los niveles de ansiedad en el apego se asociaban con una peor salud subjetiva a lo largo de la vida adulta, lo que según los autores sugiere que los patrones de apego pueden influir en el bienestar físico y emocional, posiblemente debido a su impacto en los sistemas de respuesta al estrés.
- **Moderadores del cambio en el apego**: Otro dato importante fue que la calidad y el estado de las relaciones románticas desempeñaban un papel crucial en la evolución de los estilos de apego. Las personas con relaciones satisfactorias experimentaban mayores disminuciones en la ansiedad y la evitación del apego, mientras que las personas con relaciones insatisfactorias o que permanecían solteros o solteras mantenían niveles más altos de inseguridad en el apego.

- **Diferencias por género**: Los hombres mostraron niveles más altos de evitación del apego a lo largo de todas las etapas de la vida, lo que podría reflejar, según los autores, diferencias culturales o sociales en la forma en que hombres y mujeres manejan la intimidad y las emociones.
- **Cambios normativos según etapas vitales**: Los resultados también mostraban que las transiciones normativas relacionadas con roles sociales, como el matrimonio, la paternidad o el duelo, pueden facilitar cambios hacia un apego más seguro al promover habilidades de regulación emocional y una mayor búsqueda y consolidación de relaciones cercanas.

Estos resultados muestran cómo los estilos de apego no son estáticos, sino que evolucionan a lo largo del tiempo bajo la influencia de factores individuales, relacionales y contextuales.

7. Teorías que promueven el cambio de los patrones de apego.

Las teorías contemporáneas sobre el apego han evolucionado para abordar no solo la estabilidad de los patrones relacionales, sino también su potencial para cambiar a lo largo de la vida. Estas teorías destacan cómo las experiencias significativas, los eventos vitales y las intervenciones terapéuticas pueden transformar patrones inseguros mediante la creación de vínculos seguros y el desarrollo de habilidades emocionales y cognitivas. Las investigaciones recientes han mostrado también que el cambio en los estilos de apego está influido por factores como la autorreflexión, la reinterpretación de eventos pasados y el establecimiento de relaciones correctoras en contextos terapéuticos o personales. Estas teorías no solo ofrecen una comprensión más dinámica del apego, sino que también proporcionan herramientas prácticas para fomentar vínculos más seguros y saludables, ofreciendo una base científica para intervenciones diseñadas para promover vínculos más seguros y saludables.

7.1. Teoría de la mentalización: técnica de intervención desde la mentalización.

La mentalización es la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos, como pensamientos, emociones, deseos e intenciones, que subyacen al comportamiento observable. Este concepto fue desarrollado por Peter Fonagy y sus colaboradores en el contexto de la teoría del apego y la psicopatología del desarrollo. Según Fonagy and Target (1997), mentalizar implica interpretar el comportamiento humano en términos de estados mentales intencionales, lo que permite dar sentido a las interacciones sociales y construir relaciones significativas. La capacidad de mentalización se desarrolla en las primeras relaciones de apego, donde los cuidadores reflejan de manera adecuada los estados emocionales del infante, facilitando la construcción de una representación coherente del mundo interno (Fonagy et al., 2002). Sin embargo, esta habilidad puede verse comprometida en contextos de trauma o negligencia, lo que puede llevar a dificultades en la regulación emocional y las relaciones interpersonales (Bateman & Fonagy, 2006).

Fonagy & Luyten (2009) distinguen entre dos tipos principales de mentalización: a) mentalización implícita o automática, que opera de manera rápida e intuitiva; y b) mentalización explícita o controlada, que requiere un esfuerzo consciente y reflexivo. Ambos procesos son esenciales para una comprensión equilibrada de los estados mentales propios y ajenos.

La falta de habilidades de mentalización puede conducir a rigidez en el pensamiento, dificultades en las relaciones y problemas para afrontar crisis emocionales o sociales (Luyten & Fonagy, 2015). Por ello, fomentar esta capacidad no solo mejora la autoreflexión y la empatía, sino que también facilita una mayor resiliencia emocional y adaptación social (Allen et al., 2008).

También hay que tener en cuenta que la capacidad de mentalizar está influida por factores emocionales; altos niveles de activación emocional pueden dificultar esta habilidad, especialmente en personas con trastornos como el trastorno límite de la personalidad (Luyten & Fonagy, 2015).

Las intervenciones basadas en la mentalización tienen una duración de entre 12 y 18 meses. El objetivo es incrementar la capacidad de mentalización individual, se lleva a cabo en formato individual y grupal, y su finalidad consiste en reactivar la mentalización cuando se pierde, mantenerla cuando está presente y aumentar la capacidad individual para preservarla cuando, de otro modo, se perdería (Bateman & Fonagy, 2016).

La intervención basada en la mentalización fue desarrollada y manualizada por Peter Fonagy y Anthony Bateman a finales de la década de 1990. Su trabajo se centró inicialmente en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, un trastorno caracterizado por dificultades en la regulación emocional y patrones de apego inseguros. La Terapia Basada en la Mentalización fue diseñada específicamente para mejorar la capacidad de estas personas de interpretar sus propios estados mentales y los de los demás, promoviendo una mayor regulación emocional y relaciones interpersonales más saludables. El primer ensayo clínico controlado fue publicado en 1999, demostrando su eficacia en comparación con tratamientos estándar para Trastorno Límite de la Personalidad. Desde entonces, Fonagy y Bateman han ampliado el alcance de esta intervención para incluir intervenciones dirigidas a adolescentes, familias y otros trastornos, como los alimentarios y el abuso de sustancias (Bateman & Fonagy, 2013).

Para Fonagy et al. (1991) el modelo de mentalización fue diseñado en el inicio a partir de un estudio empírico en el que la seguridad del apego de los bebés hacia sus padres se podía pronosticar no solo por la seguridad del apego de los padres durante el embarazo, sino por la capacidad de estos para comprender su propia infancia y la relación con sus propios padres durante el embarazo. Bateman y Fonagy (2016) tras su estudio llegaron a la conclusión de que la capacidad de mentalización que emerge en el contexto de las relaciones tempranas de apego, puede ser un determinante clave para la organización del self y la regulación de los afectos.

El objetivo de la intervención basada en la mentalización es desplegar un proceso terapéutico en que la mente del paciente se conviertan el mismo foco de tratamiento. El objetivo es que la persona desarrolle su autoconcepto, desde conocer más sobre cómo piensa y como siente hacia los demás y

hacia sí mismo. Además de cómo establece sus pautas de respuesta hacia otros, y como los errores en la comprensión de los demás y de sí mismo pueden llevarle a realizar determinadas acciones no adecuadas en un intento de preservar su estabilidad mental y atenuar sus sentimientos incomprensibles.

En este contexto, el profesional mentalizador construye y reconstruye de continuo en su mente una imagen de la persona para ayudarle a aprehender que siente y porque experimenta lo que experimenta (Bateman & Fonagy, 2016).

La intervención se centra en el presente, utilizando las interacciones dentro de la sesión como un espacio para explorar fallos en la mentalización. El profesional identifica momentos en los que la persona no está mentalizando adecuadamente y utiliza estas oportunidades para trabajar directamente sobre ellos. La actividad versa en torno a identificar el patrón de apego de cada una de las personas. Las personas tratan de encontrar su patrón de apego y se les pide que determinen si su patrón principal es seguro, ansioso o evitativo.

Este reconocimiento supone que las personas están pensando con detalle en sí mismas y también que empiezan a reconocer que sus respuestas pueden depender de los diferentes contextos de las relaciones interpersonales en las que están pensando. En la misma actividad, se aclara la cuestión del apego utilizando los ejemplos ofrecidos por los participantes, en caso de que sea grupal, y por el participante, en caso de que sea individual, y se envía una tarea para realizar en casa, fuera de la sesión. La tarea consiste en observar esto en su día a día con las diferentes personas que interactúan y registrar cuáles son sus estrategias típicas de apego. En una sesión posterior, cada participante que ha llevado a cabo esa exploración de sus estrategias de apego pone en común sus experiencias.

Para Bateman & Fonagy (2016) crecer en una cultura mentalizadora promueve el apego seguro, lo cual facilita las habilidades personales de la mentalización. Para estos autores, una cultura mentalizadora consiste en una cultura en la que se dialogue con los demás sobre cómo se comportan

y de la manera en que lo hacen. Una cultura mentalizadora es imprescindible para ayudar a gestionar los eventos importantes que afectan a todos los miembros de la familia.

Para Bateman & Fonagy (2016) las experiencias tempranas de apego tienen implicaciones significativas en las habilidades de mentalización. No haber estado disponible, no ser comprensivo, no empatizar, etc. En cualquiera de los casos se trata de un conflicto de apego. Este conflicto significa que inhibimos o exageramos las señales de nuestro estado emocional porque tenemos dudas acerca de lo que ocurrirá si buscamos o llamamos a nuestra figura principal de apego. Esto supone que el impulso de acercarnos a esta persona se encuentra inhibido.

De aquí surge la segunda actividad en torno al apego que diseñaron Bateman & Fonagy (2016), que consiste en tomar nota de nuestros propios conflictos de apego y dialogar en torno a esto. El hecho de que en nuestras relaciones de apego temprano se halla desarrollado una relación con la figura de apego principal insegura, tiene consecuencias directas en las habilidades de mentalización. El infante no puede recurrir a sus personas de apego para comprender sus propios sentimientos y relaciones y así, solo cuenta consigo mismo para tratar de entenderlos. Los conflictos de apego inhiben sus habilidades mentalizadoras y esta inhibición deja secuelas emocionales y confusión, dificultando su capacidad para lidiar posteriormente en los conflictos de apego en la vida adulta. Este proceso terapéutico sigue una trayectoria estructurada que incluye:

- **Empatía y validación:** El profesional valida las experiencias emocionales para generar confianza.
- **Clarificación y exploración:** Se fomenta que la persona reflexione sobre sus pensamientos, emociones y comportamientos, ayudándole a identificar estados mentales previamente fuera de su conciencia.
- **Ampliación de la mentalización:** Se trabaja para expandir la capacidad de la persona para considerar perspectivas alternativas y conectar sus estados mentales con su comportamiento.

La relación con el profesional actúa como un "laboratorio" donde se exploran patrones relacionales y estrategias de apego activadas durante las sesiones. El profesional adopta una postura

colaborativa, caracterizada por humildad, paciencia y un enfoque no directivo, características sobre las que se profundizará en apartados siguientes, que fomenta la exploración conjunta de los estados mentales. La intervención busca mantener un nivel óptimo de activación emocional para facilitar el trabajo terapéutico. Un componente crucial es "mentalizar la transferencia", es decir, explorar cómo la persona percibe al profesional y cómo estas percepciones reflejan patrones relacionales más amplios. Este enfoque no busca proporcionar interpretaciones profundas, sino fomentar una reflexión activa sobre las dinámicas relacionales presentes en el momento.

7.2. Teoría de los esquemas y estereotipos.

La teoría de los esquemas se basa en la idea de que el conocimiento que el ser humano tiene sobre el mundo se encuentra organizado y categorizado e influye en la cognición y conducta. La característica más relevante de la teoría de los esquemas es que ofrece un marco integrador que sirve, tanto al profesional como a la persona, para organizar y comprender los patrones profundos y persistentes de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás. Para Young et al. (2003) consisten en esquemas disfuncionales tempranos y responden a una estabilidad y durabilidad que responde a un desarrollo y elaboración constante a lo largo de la vida de los individuos. Además, refiere que estos esquemas disfuncionales son la secuencia de una interacción entre las necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia, las experiencias tempranas y el temperamento innato del infante.

Para Young et al. (2003), los esquemas que se desarrollan en la primera infancia responden a mayor impacto si se originan en el sistema familiar nuclear. Asimismo, a medida que el infante se desarrolla evolutivamente, otras influencias cobran mayor relevancia como los iguales, la escuela, los grupos de la comunidad o la cultura circundante y pueden derivar también en el desarrollo de esquemas, pero apunta a que estos esquemas que se desarrollan posteriormente no son tan extendidos o poderosos como los que se desarrollan en la primera infancia con el sistema familiar nuclear. Para el autor existen dos posibles operaciones de los esquemas:

- La primera es la **estabilidad** del esquema: Se refiere al mantenimiento de los esquemas en el tiempo a pesar de ser disfuncionales. Las personas tienden a buscar información que confirme sus propios esquemas para reforzar asi, sus creencias. Esto dificulta el cambio.
- La segunda, la **modificación** del esquema: Se refiere a la posibilidad de cambiar los esquemas disfuncionales por medio de técnicas que pueden ser terapéuticas como la reestructuración cognitiva, el abordaje emocional o técnicas experienciales. El objetivo es modificar esos patrones disfuncionales por medio de creencias o conductas más adaptativas.

En base a este modelo teórico, cada sentimiento, pensamiento, conducta o experiencia de vida puede producir dos efectos, o bien perpetua o mantiene el esquema o bien, modifica el esquema al debilitarlo. Perpetuar el esquema consiste en que todo lo que la persona hace interna o conductualmente, pensar, sentir o actuar, mantiene el funcionamiento del esquema por medio del refuerzo de este. Por otro lado, para la modificación del esquema según Young et al. (2003) hay que tener en cuenta tres factores:

- Los esquemas son muy difíciles de cambiar porque el ser humano se resiste al cambio.
- Para tratar un esquema hay que afrontarlos por medio de una identificación y de los efectos que está teniendo y le están causando dificultades. El trabajo debe ser duro y continuo para lograr modificarlos.
- Los esquemas no desaparecen en su totalidad, es decir, una vez modificados serán menos fuertes y relevantes en la vida del individuo, pero no desaparecen del todo.

Para Young et al. (2003) un aspecto relevante de esta teoría es la vinculación que se logra establecer entre los patrones actuales de vida y su origen en las experiencias infantiles, sobre todo. Por tanto, la terapia centrada en los esquemas es una terapia cognitiva actual en donde se da una explicación histórica del problema de la persona. Otro rasgo importante es el de aunar, en la conceptualización que se logra del problema, los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales.

Para Rodríguez Vílchez (2009) la segunda fase de tratamiento en la teoría de los esquemas es la del cambio. El profesional intenta mezclar de forma flexible las diferentes técnicas cognitivas, experienciales, conductuales e interpersonales para este tratamiento. Se trata de un tratamiento individual y existe la posibilidad de incluir a los miembros del sistema familiar, pero también se puede realizar un tratamiento grupal. Las técnicas que se utilizan en la terapia de los esquemas responden, según Rodríguez Vílchez (2009) a:

- **Terapias cognitivas:** Mientras la persona crea que los esquemas son válidos no van a encontrarse en disposición de cambiarlos por lo que se aplican para demostrar lógica y racionalización en un intento de reestructurar su pensamiento y así modificar los esquemas instaurados.
- **Técnicas experienciales:** Se aplican para que la persona luche contra el esquema también a nivel emocional y no solo cognitivo. Particularmente se refiere a técnicas de imaginación, diálogos y algunos imaginarios para lograr que la persona valide las propias necesidades o incluso producir una catarsis emocional. Es decir, que la persona pueda expresar su cólera o tristeza por lo que ocurrió en su infancia.
- **Técnicas conductuales:** Están dirigidas a modificar los patrones autodestructivos. El objetivo es un cambio conductual que puede ser de dos tipos. El primero, modificar las conductas que provocan esquemas y el segundo, modificar el ambiente provocando cambios vitales importantes. En algunos casos será necesario un cambio conductual, en otros un cambio del ambiente y en otros, ambas para modificar el esquema.
- **Técnicas interpersonales en la relación con el profesional:** La relación terapéutica puede utilizarse de dos maneras para inducir el cambio en un esquema establecido:
    - Re-crianza limitada: El profesional ejerce un paternaje con nuevas pautas de relación, diferentes a las pasadas.
    - Generación de nuevos esquemas: En esa relación se pueden construir nuevos esquemas de relación fruto de la interacción interpersonal.

Para Rodríguez Vílchez (2009), la figura del profesional es relevante para generar una modificación de los esquemas. El profesional puede apoyar y comprender continuamente, puede señalar como los esquemas disfuncionales están afectando a la propia relación terapéutica y mostrar como surgen los esquemas en las sesiones. Se hace explícito lo implícito y la persona observa cómo se da el esquema, cómo funciona y cómo afecta en la relación con los demás.

8. Enfoques terapéuticos que promueven el cambio de los patrones de apego.

Para Wallin (2007) la terapia busca acompañar a las personas en el desarrollo de un estilo seguro más saludable, además promueve la capacidad de establecer relaciones interpersonales más positivas. Para ello, los vínculos de apego pueden ser el marco donde se mejoren con mayor probabilidad los efectos de las heridas emocionales tempranas. Siendo así, el profesional se puede configurar como una nueva figura significativa de apego para la persona y con la que se pueden desarrollar, a través del vínculo, nuevos patrones de apego.

8.1. Terapia desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR).

La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR, por sus siglas en inglés) se fundamenta en un enfoque psicoterapéutico que se puede utilizar en el tratamiento de fobias, ataques de pánico, adicciones, duelos complicados y una serie de trastornos somato formes como el dolor crónico y el síndrome del miembro fantasma (Lupo, 2015). Este tipo de terapia con modificaciones especificas también se aplica a la infancia y a la adolescencia que cuentan con trastorno límite de la personalidad, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos disociativos, trastorno bipolar o trastorno mental grave. Se basa en la estimulación bilateral del cerebro mediante movimientos oculares, sonidos o toques alternos, con el objetivo de reprocesar recuerdos perturbadores y reducir su impacto emocional.

Para Lupo (2015) este enforque terapéutico plantea la existencia de un sistema fisiológico innato de aprendizaje que posibilita en el cerebro procesar la información relativa a las experiencias e integrarlas de una manera adaptativa en las redes de memoria y que, de tal forma, constituyen nuestros pensamientos, emociones, actitudes y conductas.

La terapia desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular sigue un protocolo estructurado en ocho fases:

- **Historia clínica y planificación**: El profesional recopila información sobre la historia de la persona, identifica los eventos traumáticos que serán el foco del tratamiento y establece los objetivos terapéuticos. También evalúa su estabilidad emocional para garantizar que esté preparada para el proceso.
- **Preparación**: Se explica cómo funciona la terapia y se establecen técnicas de autocontrol emocional para manejar posibles emociones intensas durante las sesiones. Esta fase busca crear una relación de confianza.
- **Evaluación**: Se selecciona el recuerdo traumático a trabajar, identificando sus componentes clave: imagen representativa, creencias negativas, emociones asociadas, sensaciones corporales y nivel de malestar, medido con la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (SUD)**.** También se define una creencia positiva que reemplazará la negativa tras el reprocesamiento.
- **Desensibilización**: Es el núcleo del EMDR. Durante esta fase, la persona se enfoca en el recuerdo traumático mientras realiza movimientos oculares guiados o recibe otra forma de estimulación bilateral como sonidos o toques alternos. Este proceso permite procesar la información traumática, reduciendo su impacto emocional hasta que el nivel de malestar sea mínimo o nulo.
- **Instalación**: Se refuerza la creencia positiva elegida previamente mediante la estimulación bilateral, consolidando un cambio positivo en la percepción de la persona sobre sí misma y el evento traumático.

- **Exploración corporal**: El profesional verifica si quedan tensiones o malestar residual en el cuerpo relacionadas con el recuerdo trabajado. Si es necesario, se aplica nuevamente estimulación bilateral hasta eliminar cualquier incomodidad física.
- **Cierre**: Al final de cada sesión, se asegura que la persona esté estabilizada emocionalmente. Se revisan las técnicas de autocontrol emocional y se dan instrucciones para registrar pensamientos o sensaciones entre sesiones.
- **Reevaluación**: En sesiones posteriores, se evalúa si los efectos terapéuticos se han mantenido y si hay nuevos aspectos a trabajar. Si es necesario, se repiten las fases anteriores.

Shafiro (1989) observó en su estudio que utilizando la EMDR se daba una disminución de los niveles de ansiedad y una reestructuración cognitiva de los recuerdos y de las memorias traumáticas que dificultaban el funcionamiento de la corteza cerebral frontal y, por tanto, de las funciones cognitivas superiores. Para Liotti (2012) la EMDR se puede considerar como una forma eficaz de reestablecer el funcionamiento normal de la conectividad cortical de dichas funciones mentales.

El cambio sería el resultado de la desensibilización y el procesamiento de recuerdos traumáticos hacia redes adaptativas más amplias (Lupo, 2015). La persona se aleja del recuerdo, modifica la evaluación cognitiva sobre el mismo, siente las emociones adecuadas a la situación desde el momento presente y elimina esas sensaciones perturbadoras subyacentes al sufrimiento experimentado.

En el estudio llevado a cabo por Wesselmann & Potter (2009) que evaluó la eficacia de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en la modificación del estilo de apego adulto en tres casos clínicos, utilizando la Entrevista de Apego Adulto para medir los cambios pre y post-tratamiento, se observó como las tres personas con un estilo de apego inseguro, tras el tratamiento, presentaron mejoras en el estilo de apego adulto, además, los tres informaron de mejoras en las emociones y en las relaciones interpersonales.

Los tres participantes (dos hombres y una mujer) con estilos de apego inseguros antes del tratamiento, presentaban síntomas de depresión y ansiedad, además de problemas en sus relaciones

familiares y matrimoniales. Cada participante recibió entre 10 y 15 sesiones durante un año, complementadas con sesiones de terapia conversacional y procesamiento emocional.

Los tres participantes mostraron avances hacia estilos de apego más seguros tras el tratamiento, una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de emociones negativas como la ira, también se observaron mejoras en las relaciones familiares, como mayor paciencia con los hijos y mejor comunicación con las parejas. Esta terapia permitió a los participantes reprocesar recuerdos traumáticos relacionados con experiencias tempranas de apego disfuncional, lo que facilitó una integración más adaptativa de estas experiencias en sus redes de memoria.

8.2. Terapia Narrativa.

La terapia narrativa es un enfoque psicoterapéutico desarrollado por Michael White y David Epston en la década de los 90 (White & Epston, 1990; Epston & White, 1992; White, 1995). Se basa en la idea de que las personas estructuran sus vidas a través de historias o narrativas, y que estas narrativas influyen en su identidad y en cómo enfrentan los problemas. El objetivo principal de esta terapia es ayudar a las personas a "reescribir" sus historias personales para generar narrativas más positivas y empoderadoras, separando su identidad de los problemas que enfrentan.

Para Castillo et al. (2012), la terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo, centrándose en la persona como una experta de su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que les permitirá entender su situación y analiazarla, y que les ayudará a reducir la influencia del problema en sus vidas. Los principios fundamentales de la terapia narrativa son:

- **Externalización del problema**: Esta técnica clave consiste en separar a la persona del problema, permitiéndole verlo como algo externo a sí misma. Esto fomenta una mayor capacidad para analizar y abordar el problema sin sentirse definido por él.

- **Deconstrucción de narrativas dominantes**: Se analizan las historias problemáticas que las personas cuentan sobre sí mismas, muchas veces influidas por discursos sociales, para cuestionarlas y desmantelarlas.
- **Exploración de resultados únicos**: Se identifican momentos o eventos que contradicen la narrativa problemática dominante, lo que permite construir nuevas historias más positivas.
- **Re-autoría**: A través del diálogo, la persona y el profesional co-construyen nuevas narrativas basadas en valores, habilidades y esperanzas previamente no reconocidas.

Para Castillo et al. (2012), el tratamiento en su fase inicial consiste, por tanto, en reconceptualizar el problema. A continuación, se personifica el problema y se le atribuyen intenciones. esto permite liberar a la persona y a su entorno, y les permite también ver a la persona y al problema, al mismo tiempo que logra una motivación para el cambio.

Así la primera función de la figura del profesional en este tipo de terapia consiste en acompañar a la persona a contar su historia (Holmes, 2009), y es ahí donde se van a observar diferencias significativas en la forma de narrar atendiendo a cada uno de los estilos de apego. En el apego seguro se observan historias que responden a la coherencia y a la convicción, con un adecuado hilo conductor, donde los detalles y el tema son congruentes, y donde la persona no se aleja tanto para que el afecto este ausente, no se muestra disociado del contenido ni esta agobiado como para que la emoción invada el discurso o interrumpa el dialogo.

Sin embargo, en el apego inseguro se pueden observar dos narrativas, aquella que es exhaustiva, en la que la persona narra de manera excesivamente elaborada la historia, pero de una manera desordenada y poco clara, por lo que es complicado comprender la coherencia por parte del profesional. Y está otra narrativa en la que la persona narra la historia con escasa o nula seriedad y escasa o nula argumentación. En este segundo caso, se trata de una historia tan esquemática y escasa que carece de los detalles necesarios para lograr un mínimo de verosimilitud.

8.3. Terapia centrada en las emociones (TFE).

La primera propuesta terapéutica desde la teoría del apego adulto es la terapia centrada en las emociones (Dallos, 2006). Para Vetere & Dallos (2012), esta terapia se basa en la manera en la que las personas gestionan sus emociones y estilos de apego, especialmente frente a situaciones en las que emerge dolor, ansiedad o miedo, además de las historias que las personas elaboran sobre sus relaciones y el contenido emocional de las mismas.

La Terapia Focalizada en las Emociones (TFE), desarrollada fundamentalmente por Sue Johnson y Leslie Greenberg (Greenberg & Paivio, 1997; Johnson**,** 2019**;** Greenberg, 2023), es un enfoque basado en la teoría del apego de John Bowlby que trabaja sobre las emociones como motor principal del cambio buscando transformar patrones emocionales y relacionales disfuncionales, y promoviendo un apego más seguro. Este modelo es especialmente efectivo para parejas, pero también se aplica a individuos y familias. Utiliza técnicas específicas para transformar estilos de apego inseguros en un apego más seguro y se estructura en tres etapas principales:

- Desescalada de ciclos negativos: En esta fase, se trata de dentificar patrones destructivos en las interacciones como la crítica o el retraimiento, y sus raíces emocionales.
- Reestructuración del vínculo: En esta fase, se fomenta la expresión de necesidades emocionales profundas y vulnerabilidades, promoviendo respuestas empáticas entre los miembros de la relación.
- Consolidación de nuevos patrones relacionales: En esta última fase, se busca integrar los nuevos patrones relacionales para fortalecer el apego seguro.

Hazan & Shaver (1987) refieren que el amor romántico en la adultez sigue la misma secuencia y resultados que el sistema de apego en la primera infancia con los cuidadores principales. Ante esto, los estilos de apego se componen como un elemento transversal de las relaciones significativas que se establecen a lo largo de toda la vida y que, por ende, se desplegarán a través de la concepción del

amor romántico, la disponibilidad y la confianza en las parejas sentimentales, así como en su propia validez personal, las cuales medirán las reacciones del adulto en sus relaciones de pareja.

La terapia de apego adulto por medio de la narrativa por la que la pareja relata las historias en la sesión accederá a las denominadas por Linares (2012) metáforas guías, que colaborarán en la comprensión de la problemática existente en la relación. De este modo, la emoción se constituye en una guía desde la cual se interrumpe la escalada de interacciones desazonadoras y se fomentan las conexiones más gratificantes y seguras en la pareja (Vetere & Dallos, 2012).

Para Spuler & Beltrán (2019) en la pareja romántica se pueden observar diferentes elementos que pueden llevar al sistema a la ambigüedad e incertidumbre semejante a como pueden ser la influencia que tienen las relaciones interpersonales de la infancia y la adolescencia sobre el desarrollo posterior, sobre todo, en la capacidad de establecer y sustentar relaciones íntimas en la vida adulta.

Las técnicas específicas que utiliza la TFE para cambiar el estilo de apego permiten a las personas desarrollar una mayor conciencia emocional, regular mejor sus emociones y establecer relaciones más seguras y satisfactorias. La relación terapéutica también actúa como base segura para modelar un apego saludable, lo que facilita el cambio gradual hacia un estilo de apego más seguro. Estas técnicas concretas son:

- **Reenmarcar desde la perspectiva del apego**: El profesional ayuda a las personas a reinterpretar sus comportamientos y emociones como intentos de satisfacer necesidades de apego no cubiertas. Esto permite comprender las dinámicas relacionales desde un marco más empático y menos crítico.
- **Reflexión y validación emocional**: Se refleja y valida la experiencia emocional de la persona para que se sienta comprendida y aceptada, lo que fomenta un entorno terapéutico seguro que imita un apego seguro.
- **Intensificación emocional**: El profesional amplifica emociones clave para profundizar la conciencia de la persona sobre sus necesidades emocionales y patrones de apego.

- **Representaciones**: Se guía a las personas para que expresen sus emociones vulnerables y necesidades directamente a su pareja o al profesional, creando nuevas experiencias emocionales correctoras.
- **Exploración de emociones subyacentes**: Se identifican miedos, inseguridades o heridas tempranas que alimentan los patrones de apego inseguros, ayudando a la persona a procesarlos y liberarse de ellos.
- **Construcción de nuevas interacciones**: Se enseña a las personas a responder con empatía y aceptación a las necesidades emocionales del otro, promoviendo interacciones basadas en la conexión emocional en lugar del conflicto o la desconexión.
- **Consolidación e integración**: En las últimas etapas, se refuerzan los nuevos patrones relacionales y se desarrollan estrategias para mantenerlos fuera del entorno terapéutico, asegurando cambios duraderos.

Para Vetere & Dallos (2012), la incorporación de la teoría del apego al trabajo con las parejas románticas ofrece una manera de comprender y fomentar las experiencias de vinculación protectoras y saludables. El profesional, de hecho, puede actuar como la base segura en los momentos en los que se intensifica el nivel de activación cerebral o estrés, bajo las situaciones estresantes o perturbadoras para los miembros del sistema. Además, como apunta Linares (2012) permite la posibilidad de que la persona se cuestione a sí misma y tener en cuenta los estilos de apego tanto de los miembros del sistema como del profesional a modo de facilitadores u obstaculizadores para el cambio.

8.4. Terapia breve centrada en el apego (BABI).

Otra herramienta de gran valor para la intervención es la Terapia breve basada en el apego, BABI por sus siglas en inglés (Brief Attachment-Based Intervention). Este enfoque desarrollado principalmente por Jeremy Holmes (Holmes, 2001, 2009, 2010) se centra en trabajar de manera breve y focalizada en los aspectos emocionales y relacionales derivados del apego, se trata de una intervención estructurada, de tiempo limitado e integrativa ya que recurre a diversas técnicas: rogerianas (escucha activa y empatía), psicodinámicas (exploración del inconsciente) y cognitivo-

conductuales (reestructuración cognitiva). Esto hace que sea una intervención flexible y adaptada a las necesidades específicas de cada persona. Los principios clave de este tipo de intervención son:

- **Base Segura**: El concepto de base segura, central en la teoría del apego, es esencial. Durante el proceso, el profesional actúa como una figura de apego temporal que proporciona un entorno seguro para que la persona explore sus emociones y patrones relacionales. Esto permite a la persona desarrollar una mayor capacidad de autorregulación emocional y confianza en sus relaciones. Holmes (2001) señala que esta base segura facilita la exploración y la reparación de vínculos dañados.
- **Regulación Emocional**: Se trabaja para restaurar la capacidad de la persona para manejar el estrés y regular sus emociones. Esto se logra mediante técnicas que ayudan a identificar y procesar emociones difíciles, muchas veces vinculadas a experiencias tempranas con figuras de apego. Según Holmes (2010), el desarrollo de esta habilidad es crucial para superar patrones disfuncionales derivados del apego inseguro.
- **Modelos Internos de Trabajo**: Se busca identificar y reestructurar los modelos internos de trabajo cuando son disfuncionales, utilizando enfoques cognitivo-conductuales y psicodinámicos para promover narrativas más saludables.
- **Mentalización**: Se fomenta esta habilidad para mejorar la empatía y la regulación emocional. Holmes (2009) destaca que fortalecer esta función ayuda a las personas a construir relaciones más saludables y a manejar mejor los conflictos interpersonales.
- **Narrativas Relacionales**: Se revisan las narrativas personales sobre sus relaciones pasadas y presentes. Esto incluye explorar cómo las experiencias tempranas han moldeado la percepción de sí misma y sus vínculos actuales. Este enfoque narrativo permite reconfigurar historias personales para fomentar una identidad más coherente.

Para Holmes (2009) el concepto de la base segura y el fomento de la mentalización son ejercicios básicamente psicodinámicos, el ejercicio de una protesta saludable implica el uso del

entrenamiento en asertividad, que se deriva de la tradición conductual, los métodos de regulación emocional proceden de la terapia dialéctica conductual y la comprensión de los modelos internos de trabajo se extrae de los métodos cognitivo-conductuales. De esta manera, la BABI combina evaluación detallada, intervenciones focalizadas y técnicas experienciales para abordar problemas emocionales derivados del apego inseguro, promoviendo cambios positivos en un marco breve pero profundo.

9. Elementos que promueven el cambio de los patrones de apego.

El cambio de los patrones de apego en el contexto terapéutico implica una serie de elementos clave que interactúan para facilitar la transformación de las dinámicas emocionales y relacionales. Entre estos, destacan la figura del profesional, la demanda, la sintonización emocional y la alianza terapéutica. La figura del profesional actúa como una base segura, proporcionando un entorno confiable y empático que permite a la persona explorar sus modelos internos de apego y desarrollar nuevas formas de relacionarse (Dozier & Tyrell, 1998; Johnson, 2019). La demanda, entendida como su disposición y motivación para el cambio, es igualmente esencial, ya que activa el proceso terapéutico al implicar una apertura hacia nuevas experiencias relacionales (Norcross & Lambert, 2019). Por otro lado, la sintonización emocional, definida como la capacidad del profesional para captar y responder adecuadamente a las emociones, fomenta un vínculo reparador que puede reconfigurar patrones de apego inseguros (Siegel, 2020). Finalmente, la alianza terapéutica, que incluye componentes como la confianza mutua, el consenso sobre objetivos y tareas, y un vínculo afectivo positivo, se erige como el pilar central para promover cambios profundos en los estilos de apego (Bordin, 1979). Estos elementos trabajan en conjunto para crear un espacio relacional transformador donde la persona puede experimentar seguridad emocional y desarrollar un apego más seguro.

9.1. La figura del profesional.

Como apuntaron Main et al. (2011) una figura de cuidado con la que el infante no convive puede desempeñar otras funciones relevantes desde la perspectiva del sistema de apego, por ello, tener contacto regular con esa figura de cuidado apoya el desarrollo infantil más allá del ajuste gradual de sus cuidados.

Como se ha podido observar el posible cambio en los patrones de apego es un proceso lento, multicausal y puede ser facilitado por una gran variedad de profesionales, para Baim & Morrison (2011) la esencia es la relación que se establece con el profesional, y esta se constituirá como la herramienta de trabajo principal para éste.

Para Crittenden (2016) esa relación tiene la potencialidad de cambiar la forma en la que las personas procesan la información, y, además, puede favorecer el desarrollo de una conducta funcional y adaptativa. Se trata de un proceso que ayuda a liberar a la persona porque le permite distanciarse de su historia y desarrollarse plenamente, eligiendo, por supuesto, la forma en la que desea vivir más allá de las circunstancias de su pasado. Para ello el profesional debe actuar de manera empática y facilitar la integración reflexiva, lo que exige reunir un conjunto de características que promuevan el cambio de los patrones de apego.

Para Bateman & Fonagy (2016) la **humildad** en el profesional, desde un sentido de no saber, es un elemento significativo que promueve el cambio en la intervención. Para estos autores los componentes imprescindibles para una terapia son el **aseguramiento** y el **apoyo**. Tambien las habilidades terapéuticas de **escucha reflexiva** y **empatía**. Esto significa escuchar a las personas sin juzgar, evitar la crítica y abstenerse de adelantar como se pueden sentir. Además, es importante tener una **actitud positiva** para efectuar cambios. La empatía concretamente supone una experiencia de semejanza entre sentimientos, es un proceso bidireccional que se mueve entre el self y el otro y viceversa, aunque con ambos agentes permaneciendo diferenciados.

Para Casper (1999) es un aspecto relevante para el proceso terapéutico que el profesional atienda y escuche sus propias **resonancias emocionales**, e identifique y comprenda el impacto ejercido por el subconsciente de la otra persona en él o ella misma, así como los reflejos emocionales en las repuestas e interpretaciones que realiza. Es preciso encontrar el equilibrio entre la empatía y la distancia que ayuda en el proceso de individuación. Slade (1999) habla de "desarrollar el oído" para los temas del apego sin recurrir necesariamente a formas de pensamiento simplistas.

La persona debe sentirse entendida por parte del profesional. La adquisición de habilidades e información nueva acerca de uno, una misma tiene el efecto de generar más apertura y esa apertura va a posibilitar que la persona se abra a las sugerencias transmitidas en la intervención. El incremento de la confianza epistémica también va a permitir que la persona obtenga más información y esto va a facilitar que se sienta validada.

Una validación empática y el establecimiento de una plataforma afectiva compartida aumenta la experiencia de no sentir soledad y le indica que otra mente puede ser de utilidad para aclarar sus estados mentales y aumentar la sensación de agencia (Bateman & Fonagy, 2016). Desde este momento también la **mente** del profesional debe mantenerse **abierta y orientada** hacia la persona hasta el punto de mostrar activamente su mentalización, indicando lo que está en su mente y comunicándole su perspectiva. Se espera que su perspectiva cambie cuando reciba nueva información, ya que las mentes influyen en otras mentes de manera recíproca y dinámica. Focalizarse en el afecto y en la interacción durante la sesión consigue reproducir el marco en el que se logra explorar los estados mentales más complejos en contextos de apego.

Según Bateman & Fonagy (2016), las señales ostensivas desempeñan un papel clave en la generación de confianza epistémica, ya que ayudan a la persona a sentirse vista y reconocida por el profesional. Este proceso es fundamental porque contribuye a reducir la desconfianza y la hipervigilancia epistémica, facilitando una mayor apertura hacia el aprendizaje interpersonal. Además, las señales ostensivas son un elemento crucial para estimular a la persona, ya que favorecen el

modelaje y la identificación, promoviendo así un cambio positivo en su forma de relacionarse con los demás.

En la relación terapéutica que se establece, la persona mostrará sus puntos de vista y de manera reciproca el profesional los aceptará y compartirá también otros puntos de vista alternativos, que de manera progresiva serán interiorizados por la persona que desarrollará la curiosidad sobre la mente de este y de las demás personas aumentando así su capacidad para reconsiderarse a sí misma, así como la comprensión de los otros. Esta vía es clave para el proceso de cambio dado que el foco de trabajo no se establece tanto en la experiencia pasada sino en la presente. El profesional debe mostrar **franqueza**, **honestidad**, **autenticidad** y **dominio personal** de lo que siente y piensa (Bateman & Fonagy, 2016).

Para Holmes (2009) el profesional y la relación que se establece entre ambos ofrece condiciones parecidas a las que se encuentran en un estilo de apego seguro como la sintonización, el afrontamiento de la protesta, la responsividad y el reflejo entre otras. El profesional y la relación que se establece ofrecen una experiencia emocional correctora, por ello es fundamental que el profesional observe y revise sus propios patrones relacionales y como afectan al proceso terapéutico. Esta identificación de las estrategias de apego resulta sustancial para reconocer el despliegue durante el proceso y adelantarse a él.

Otro elemento fundamental en este proceso terapéutico es la capacidad que tiene el profesional de crear un entorno seguro. Para Holmes (2009) es imprescindible un espacio seguro donde se puedan desplegar y explorar los sentimientos dolorosos. Esta exploración en presencia del otro sintonizado, fiable y no amenazante se constituye como ese espacio seguro. De este modo, la base segura es más una proximidad emocional que una proximidad física. Y de esta manera, el profesional no es tanto una figura física como una representación mental de la figura comprensiva cuya imagen hace soportable el dolor emocional. Desde esta visión es desde donde se van a disminuir los niveles de ansiedad y también donde el dolor mental puede ser soportado.

Para Stiles et al. (1990) la capacidad de asimilación depende de un contexto en el que el dolor y la pérdida logren ser integrados en el self mediante la capacidad del profesional para aceptar la protesta, para tolerar la desesperanza y para contener en los momentos de desesperación y retraimiento.

De esta forma, el apoyo del profesional desempeña un papel crucial en el cambio de los estilos de apego al actuar como un modelo estable y confiable. Este apoyo profesional es especialmente importante para personas que han experimentado inconsistencia emocional en sus relaciones tempranas, ya que proporciona una relación segura que permite explorar patrones de apego disfuncionales y desarrollar nuevas habilidades emocionales y relacionales.

El profesional ayuda a identificar patrones ocultos de comportamiento, fomenta la confianza y crea un espacio donde la persona puede mostrarse abierta y vulnerable sin temor al juicio. Este proceso no solo implica cambiar comportamientos, sino también validar y reconocer emociones que anteriormente fueron ignoradas o reprimidas, lo cual es esencial para la madurez emocional de la persona. Pero no solo de ella, sino que según Holmes (2009) la madurez emocional del profesional también está a prueba, y sobre todo el manejo de sus propias emociones para impedir que dirijan o dominen la intervención.

En todo este proceso también influyen los estilos de personalidad de los profesionales (Gabbard, 1995). Algunos pueden ser buenos en la sintonización, pero no tan buenos en la imposición de limites o a la inversa. En algún momento del proceso se va a romper el equilibrio entre la sintonía y el establecimiento de límites que va a reflejar la matriz de la transferencia y la contratransferencia entre la persona y el profesional. Racker (1968) se refiere a la contratrasferencia complementaria cuando existe una adaptación insana entre el profesional y la persona; y a la contratrasferencia concordante cuando el profesional resuena empáticamente con las necesidades inconscientes de la persona.

La contratransferencia concordante ocurre cuando el profesional se identifica empáticamente con los estados internos de la persona. En este tipo de identificación, el profesional experimenta

emociones similares a las de la persona, lo que le permite comprender de manera directa y empática las necesidades emocionales y los conflictos inconscientes de la persona. Este tipo de contratransferencia es especialmente valiosa cuando se mantiene consciente o preconsciente, ya que puede ser utilizada como una herramienta para fomentar la empatía y guiar las interpretaciones terapéuticas.

Por el contrario, la contratransferencia complementaria implica que el profesional se identifica con los objetos internos proyectados por la persona. En este caso, el profesional adopta inconscientemente un rol dentro de la dinámica interna de la persona, como si fuera parte de sus representaciones internas. Este tipo de contratransferencia puede ser más disruptiva si permanece inconsciente, ya que puede llevar a respuestas emocionales inapropiadas por parte del profesional y dificultar el progreso terapéutico.

Racker (1968) subrayó que ambas formas de contratransferencia pueden ser útiles cuando son reconocidas y analizadas conscientemente por el profesional. La autoexploración constante por parte del profesional es crucial para evitar que estas identificaciones interfieran y para utilizarlas como herramientas diagnósticas y terapéuticas. En última instancia, estas dinámicas permiten al profesional comprender mejor los procesos internos de la persona y responder de manera más efectiva a sus necesidades emocionales.

Para Bateman & Fonagy (2016) resulta imprescindible mentalizar la contra relación o la vivencia afectiva que se produce en el propio profesional ya que es el contrapeso de mentalizar la relación. El estado mental del profesional es de suma importancia ya que se trata de una relación interactiva que se utiliza para demostrar de qué modo las mentes moldean o influyen en otras mentes.

En todo caso, para que se logre un cambio real en la vida de la persona se ha debido lograr dentro del proceso terapéutico una experiencia emocional correctora, para lo que es necesario ofrecer una relación donde las expectativas relacionales de la persona se encuentren con la respuesta del profesional (Pitillas & Berastegui, 2018).

9.2. La demanda: **modelo transteórico del cambio.**

La demanda en el contexto terapéutico juega un papel crucial en el cambio de estilos de apego cuando se trabaja con patrones inseguros. Este proceso implica tanto la identificación de las necesidades subyacentes como la capacidad del profesional para responder a estas demandas de manera adecuada, promoviendo una experiencia relacional reparadora.

La demanda inicial resume las motivaciones y expectativas de la persona hacia el profesional. Según Villegas (1992), esta demanda no siempre está formulada de manera viable ni es explícita, lo que requiere una reformulación por parte del profesional para hacerla funcional en el contexto terapéutico. Este análisis es fundamental para comprender tanto las necesidades explícitas como las implícitas de la persona y establecer un marco de trabajo que permita abordar patrones. Un correcto análisis de la demanda permitirá experimentar a la persona un nuevo tipo de relación en la que sus necesidades son validadas y atendidas, facilitando la reestructuración de sus modelos internos de apego (Goodman, 2010).

Por tanto, el análisis de la demanda no solo permite identificar los objetivos terapéuticos, sino también evaluar cómo los estilos de apego influyen en las expectativas y comportamientos de la persona hacia el profesional. Este entendimiento facilita intervenciones más efectivas como:

- Reformular demandas poco claras o implícitas.
- Promover reflexiones sobre cómo las experiencias pasadas afectan a las relaciones actuales.
- Ayudar a la persona a desarrollar nuevas estrategias para manejar sus necesidades emocionales dentro y fuera del contexto terapéutico.

Concretamente el Modelo Transteórico del Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente (MTC) proporciona un marco teórico y metodológico que permite interpretar la transformación de la demanda como un signo concreto de cambio, lo que a su vez puede reflejar una evolución en los patrones de apego. La relación entre el Modelo Transteórico del Cambio y el cambio de demanda

como indicador de evolución en el estilo de apego es un tipo de indicador procesual, que permite entender el cambio de demanda como un cambio que expresa el estadio y la profundidad del propio proceso de cambio de la persona, y su evolución es un marcador observable del avance o retroceso en los patrones de apego. El Modelo Transteórico del Cambio (MTC) ofrece, por tanto, la estructura para comprender, acompañar y potenciar este proceso, permitiendo que la demanda sea interpretada y utilizada como un valioso indicador de transformación psicosocial y relacional.

Veamos en qué consiste este modelo y como podemos relacionarlo con la demanda.

El modelo transteórico del cambio de comportamiento surgió en la década de los años 70. Como refiere Prochaska (1979), emerge como resultado de un análisis comparativo de diversos enfoques psicoterapéuticos, principalmente en el contexto del tratamiento de adicciones.

Algunas de las teorías clave que influyeron en el desarrollo de este modelo fueron la teoría del aprendizaje social desde donde se aportó el concepto de la autoeficacia. El psicoanálisis del que se rescatan conceptos como la motivación inconsciente y las resistencias al cambio, o la noción de procesos experienciales del cambio como la introspección y la exploración de conflictos internos. También influyó el conductismo, desde donde se adoptó la importancia de la aceptación incondicional, la empatía y la autorreflexión en el proceso de cambio, o la teoría del desarrollo moral y del yo, en la que Prochaska (1979) se inspiró para concebir este modelo como un proceso en etapas.

Prochaska realiza una búsqueda transteórica para diferenciar los procesos comunes de cambio a través de esos enfoques psicoterapéuticos y evidenció que estos tenían información relevante sobre la personalidad y la psicoterapia (Prochaska, 1999). Estas teorías, como apunta Cabrera (2000), pretendían explicar los procesos de modificación en conductas relacionadas con la dependencia a sustancias. Para Prochaska (1979) había más teorías en torno a porque las personas no cambian que acerca de cómo las personas pueden cambiar, y según el autor daban más importancia al contenido de las terapias como pueden ser los sentimientos, las fantasías, los pensamientos, los comportamientos y las relaciones que a los procesos de cambio (Prochaska, 1999). Sin embargo, tras realizar el análisis comparativo de más de 300 terapias psicológicas eficaces y tras realizar una síntesis

de múltiples tradiciones clínicas y modelos de intervención, encontró patrones comunes que podían explicar cómo las personas efectivamente cambian su comportamiento. Los resultados de estos análisis dieron lugar a un modelo que pretende describir y explicar tridimensionalmente: procesos, estadios y niveles de cambio, la estructura del cambio intencional del comportamiento (Prochaska et al.,1992).

Se evidenció la presencia de 10 procesos de cambio. Para Prochaska et al. (1994) se pueden agrupar en dos grandes categorías:

Por un lado, los **procesos experienciales** que se corresponden con las etapas tempranas del cambio y que emergen de los modelos cognitivo-humanistas y psicodinámicos, y están relacionados con la toma de conciencia y los aspectos emocionales del cambio. Estos procesos son: la conciencia creciente (adquirir nueva información sobre uno mismo y el problema), la liberación social (aumento de oportunidades de cambio a partir del entorno), la reevaluación ambiental (el impacto del problema en otros), la reevaluación personal (revalorar la propia identidad con respecto al cambio) y la dramatización emocional (conectar emocionalmente con el problema).

Por otro lado, los **procesos conductuales** que se corresponden con las etapas mas avanzadas del cambio y derivan principalmente de enfoques conductuales y cognitivo-conductuales centrados en la acción. Estos son: la auto liberación (la voluntad personal para cambiar), el contra condicionamiento (sustituir conductas problemáticas por otras más saludables), el control de estímulos (eliminar señales asociadas al comportamiento problemático), el reforzamiento positivo (utilización de recompensas para favorecer el cambio) y las relaciones de ayuda (donde el apoyo emocional facilita el cambio).

También DiClemente & Prochaska (1982), estudiaron empíricamente como las personas aplicaban cada uno de estos procesos de cambio mencionados. Para ello, compararon personas que se encontraban activas en tratamiento profesional con personas que cambiaron por sí mismas, sin requerir de tratamiento.

Los resultados fueron impactantes a nivel científico ya que no se correspondían con ninguna de las teorías mainstream de la terapia. Las personas que formaron parte de este estudio mostraron que el cambio implicaba una progresión a través de una serie de fases. Como refieren Prochaska & DiClemente (1982, 1983), en las diferentes etapas del proceso de cambio las personas aplican procesos particulares para pasar a la siguiente fase.

De acuerdo con Cabrera (2000), el modelo transteórico del cambio del comportamiento en salud se desarrolló en los años noventa como una de las propuestas más innovadoras en el área de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este modelo ofrecía, y ofrece, diferentes oportunidades para desarrollar e implementar intervenciones, partiendo de las características de la población a quienes vayan dirigidas.

Este modelo tiene como objetivo describir la estructura del proceso de cambio y como se ha mencionado, propone tres dimensiones fundamentales para su análisis: los estadios del cambio, los procesos que acompañan a dichos estadios y los niveles de cambio. La dimensión de los estadios del cambio, que se refiere a las fases temporales previas a la manifestación del comportamiento conductual, ha sido la que ha recibido mayor atención tanto en la literatura científica como en la práctica clínica (Díaz Salabert, 2001).

Para Prochaska (1999), el cambio es un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo, progresando a través de fases, también para Cabrera (2000) el cambio implica un fenómeno que se desarrolla en relación con el tiempo. Sin embargo, casi ninguna teoría o modelo incluye un constructo que represente explícitamente el componente temporal. Por ello, frecuentemente se describe y explica el cambio comportamental a través de eventos específicos, como dejar de fumar, detener el consumo de alcohol o controlar comportamientos alimenticios excesivos.

El modelo transteórico del cambio propone que el cambio conductual no ocurre de manera repentina, sino a través de una secuencia de etapas que reflejan distintos niveles de disposición personal para ese cambio. Esta perspectiva surge como una respuesta integradora frente a la fragmentación de los enfoques terapéuticos, y sostiene que las personas transitan por una serie de

estadios. Siendo estos la precontemplacion, la contemplación, la preparación, la acción, el mantenimiento y la finalización. Todas ellas previas a lograr un cambio sostenible (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska et al., 1992).

Cada estadio representa un momento especifico en la motivación y capacidad de la persona para modificar un comportamiento, y su identificación permite diseñar intervenciones más eficaces y ajustadas al momento del proceso en el que se encuentra la persona.

Estadio I. Precomtemplación.

Para Prochaska (1999), la precontemplacion es la fase en la que las personas no tienen interés en cambiar nada y ni en llevar a cabo acciones en un futuro cercano, que el autor cifra en los siguientes seis meses. En este estadio, las personas carecen de información o cuentan con información sesgada o errónea en torno a los efectos negativos que la acción puede tener en sus vidas. Tambien se puede dar el supuesto de que lo hayan intentado en el pasado y estos intentos finalizasen en fracaso. Del mismo modo, pueden presentarse defensivos, negando la existencia de un problema (Cabrera, 2000; Prochaska et al., 1992).

En todo caso, en este estadio, las personas evitan la lectura, la conversación o el pensamiento en torno a estos comportamientos que en la mayoría de los casos tienen un elevado riesgo para sí mismos. Desde algunos enfoques terapéuticos se entiende la actitud de estas personas como resistente o con falta de motivación, aunque también se les puede ver como personas que no están preparadas para la terapia o para participar en programas específicos.

Muchas personas pueden mantenerse en este estadio durante años, dañando su salud, su entorno o a otros. En la mayoría de los supuestos no son conscientes de que cometen errores o están equivocadas, por lo que el cambio es complicado. Normalmente subestiman los beneficios de ese cambio o sobreestiman los costos de este.

Estadio II. Contemplación.

Para Prochaska (1999), la contemplación es la fase en la que las personas pretenden cambiar en los seis meses siguientes. Estas personas usualmente son conscientes de los beneficios del cambio y presentan conciencia también de los contras que este puede conllevar.

Se trata de un estadio en el que las personas pueden comenzar a contemplar la actuación firmemente. El equilibro entre los beneficios y los perjuicios que el cambio puede conllevar, generalmente provoca una ambivalencia profunda en la persona. Esta ambivalencia puede inmovilizar a la persona durante largos periodos de tiempo. Cuando se extiende en exceso, se puede denominar contemplación crónica o dilación conductual.

Las personas que se encuentran en este estadio tampoco están preparadas para los tratamientos tradicionales o los programas de tratamiento orientados a la acción.

Como apunta Cabrera (2000), se trata de la etapa en la que la persona tiene una intención real de cambio y también, hará un intento formal de modificar su conducta o comportamiento en los próximos seis meses. Para el autor, las personas pueden considerar el cambio, pero aún no asumen el compromiso específico para actuar. Por ello, estas personas pueden estar largo tiempo contemplando la opción de cambiar y repitiéndose a sí mismas que cambiaran algún día.

Estadio III. Preparación.

Para Prochaska (1999), esta es la fase en la que las personas intentan lleva a cabo acciones en un futuro inmediato, generalmente en el próximo mes. Estas personas, en la mayoría de los casos, han llevado a cabo alguna acción significativa en el año anterior.

Como refiere Prochaska (1999), las personas que se encuentran en la fase de preparación ya cuentan con un plan de acción que puede ser asistir a un grupo de recuperación, consultar con un profesional, hablar con el médico o comprar un libro de autoayuda. Este es el grupo más idóneo para los programas de tratamiento breve que están orientados a la acción.

Para Cabrera (2000), las personas que se encuentran en esta fase ya han tomado una decisión en firme y cuentan con un compromiso propio para hacerlo. En la mayoría de los casos, ya han emprendido alguna acción o han realizado pequeños cambios, generalmente, ya cuentan con experiencias previas con relación al cambio y además cuentan con una conciencia concreta de los beneficios que va a tener el cambio.

Estadio IV. Acción.

Para Prochaska (1999), las personas que se encuentran en esta fase ya han realizado en el pasado cambios observables en su estilo de vida. El problema a veces es que como la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con la fase de acción, sin embargo, para el modelo, no todas las modificaciones del comportamiento son acción, ya que para considerarla como tal, como un estadio del proceso de cambio, se debe lograr una mejoría clínica real, donde el criterio ideal de acción debe ser la recuperación.

Para Cabrera (2000), esta etapa se corresponde con cambios objetivos, mesurables y exteriorizados del comportamiento, regularmente en un periodo de tiempo que abarca entre uno y seis meses. En general, las personas que se encuentran en esta fase tienen una valoración positiva de los beneficios que ha tenido el cambio y demuestran un mayor nivel de autoeficacia.

Es en esta etapa donde se puede observar la mayor aplicación sistemática de los diversos procesos de cambio, siendo también ideal para las intervenciones tradicionales. La acción es una etapa reconocida como inestable por el potencial de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento (Cabrera, 2000).

Estadio V. Mantenimiento.

Para Prochaska (1999), las personas que se encuentran en esta fase ya están trabajando en evitar una posible recaída. Las personas en esta etapa confían en que pueden continuar con el cambio y presentan menos tendencia a la recaída. Para Cabrera (2000), esta fase está caracterizada por los

esfuerzos de estabilizar el cambio comportamental ya manifestado. En esta etapa las personas aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio logrado.

Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se ha estimado que la fase de mantenimiento dura entre 6 meses y 5 años.

Estadio VI. Terminación.

Para Prochaska (1999), las personas que se encuentran en esta fase cuentan con altos niveles de autoeficacia. A pesar de pasar a veces por estados emocionales negativos como encontrarse deprimidas, enfadadas, ansiosas, solas, con rabia o estresadas, estas personas confían en que no retornarán al antiguo hábito como una forma de afrontar estos estados. Para Cabrera (2000), las personas en esta etapa final no cuentan con tentaciones de ningún tipo y presentan una total confianza frente a situaciones que previamente eran tentadoras para la persona.

La relación entre el Modelo Transteórico del Cambio (MTC) y el cambio de demanda de los jóvenes en programas psicosocioeducativos y terapéuticos con graves problemas de conducta y en situaciones de exclusión graves, como indicador de transformación de patrones de apego se fundamenta en varios aspectos del modelo.

El MTC conceptualiza el cambio como un proceso evolutivo por etapas (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída), donde la motivación y el compromiso personal son centrales. El cambio de demanda, cuando emerge en el discurso o la actitud del joven, indica que ha habido un paso de etapas iniciales (donde puede predominar la negación o la falta de conciencia) a etapas más avanzadas, donde existe reconocimiento del problema y disposición a actuar.

El cambio de demanda es un indicador observable del estadio de cambio. Según el modelo, la motivación para buscar ayuda suele estar asociada a una mayor conciencia de los propios patrones de relación y a la percepción de que es posible modificarlos. En el caso de los estilos de apego, esto implica que el joven ha comenzado a cuestionar sus formas habituales de vinculación y está abierto a la posibilidad de establecer relaciones más seguras.

El MTC integra dimensiones que explican cuándo, cómo y qué cambia. Esto permite entender que la demanda no solo es un síntoma superficial, sino también un reflejo de cambios en niveles más profundos: cogniciones, conflictos interpersonales y autoconcepto. Así, la evolución en la demanda puede indicar que el joven está transitando de un apego inseguro (basado en la desconfianza o la evitación) hacia formas de apego más seguras, gracias al avance en el proceso de cambio.

El modelo también reconoce la individualidad y el carácter cíclico del proceso. No todos los jóvenes avanzan al mismo ritmo ni de forma lineal; la demanda puede fluctuar, pero el cambio de la demanda inicial basada en necesidades puramente utilitaristas y su evolución hacia una solicitud más activa de ayuda o la expresión de deseo de modificar relaciones y emociones es señal de progreso y de mayor autoeficacia, elementos clave en el desarrollo de un apego más seguro. En el contexto del apego, la motivación para cambiar patrones de apego depende de que el joven perciba los beneficios del cambio y confíe en su capacidad para lograrlo, lo que se puede observar en el cambio de demanda, que como decíamos pasa de ser meramente asistencial a estar relacionada con aspectos más internos y motivacionales.

De esta forma, el cambio de demanda de los jóvenes en programas psicosocioeducativos y terapéuticos es un indicador clave, desde la perspectiva del Modelo Transteórico del Cambio, de que están transitando activamente las etapas necesarias para modificar patrones de apego. El Modelo Transteórico del Cambio justifica y estructura este proceso, integrando variables motivacionales, psicosociales y contextuales, y ofreciendo un marco flexible y adaptativo para acompañar el cambio profundo y sostenido en la forma de relacionarse de los jóvenes.

La demanda también influye en la construcción de la alianza terapéutica, que es clave para el éxito del tratamiento. Personas con apego inseguro ansioso preocupado tienden a buscar resultados inmediatos y pueden cuestionar el vínculo terapéutico si no perciben cambios rápidos, y aquellas personas con apego inseguro evitativo pueden resistirse a expresar sus necesidades o vincularse emocionalmente con el profesional. Según López y Gormley (2002), estas dinámicas pueden dificultar la construcción de la alianza terapéutica, pero también ofrecen oportunidades para trabajar

directamente sobre los patrones relacionales desadaptativos, lo que exige flexibilidad y ajuste terapéutico. La demanda ayuda al profesional a ajustar su enfoque según las características del estilo de apego.

9.3. La sintonización.

La sintonización emocional es otro elemento clave en el cambio de los estilos de apego, ya que permite al profesional establecer una conexión profunda y empática, facilitando la reparación de patrones relacionales inseguros. Este concepto, que implica captar y responder de manera precisa las emociones, se fundamenta en la capacidad del profesional para interpretar tanto señales verbales como no verbales, creando un entorno en el que la persona se sienta vista, entendida y validada (Bowlby, 1988; Siegel & Drulis, 2023). La sintonización no solo fomenta la confianza epistémica de la persona en el profesional, sino que también actúa como una experiencia correctora que reconfigura los modelos internos de trabajo relacionados con el apego (Bateman & Fonagy, 2016).

Para Erskine (2018) la sintonización se trata de una percepción cinestésica y emocional del otro, es conocer su experiencia poniéndose metafóricamente en sus zapatos. Esta sintonía según el autor es un proceso de dos partes:

- La percepción de ser plenamente consciente de las sensaciones de la otra persona, sus necesidades o sentimientos.
- La comunicación de esa consciencia a la persona.

De esta forma, la sintonía afectiva es el doble proceso de comunicación y resonancia emocional que nos permite sentir algo afín a lo que siente otra persona y transmitirle que esa experiencia es común, desde esta perspectiva los vínculos intersubjetivos son el contexto en el que se conforma la experiencia subjetiva (Stern, 2004).

Johnson (2019) destaca que la sintonización emocional es esencial para desescalar patrones negativos y promover interacciones más seguras y conectadas. Este proceso permite a las personas expresar necesidades emocionales profundas y recibir respuestas empáticas que refuercen un apego

seguro. En momentos críticos, la sintonización ayuda al profesional a identificar dinámicas como el retraimiento o la ansiedad y a guiar a la persona hacia una mayor apertura emocional (Sykes & Turner, 2011).

La sintonización emocional facilita el cambio de un apego inseguro a uno seguro a través de varios mecanismos interrelacionados que operan en los niveles emocional, neurobiológico y relacional, entre los que cabe destacar:

- **Regulación emocional contingente**: La sintonización emocional implica que el profesional responda de manera contingente y empática a los estados internos de la persona, lo que actúa como un regulador externo de sus emociones. Esta interacción permite a la persona aprender a gestionar sus propios estados emocionales, internalizando gradualmente estas capacidades de autorregulación, proporcionando una experiencia consistente de seguridad y validación emocional (Siegel y Payne, 2012).
- **Sincronización neurobiológica**: Allan Schore explica que la sintonización emocional ocurre a través de interacciones "cerebro derecho a cerebro derecho" entre el cuidador y el niño. Estas interacciones sincronizan los ritmos fisiológicos y emocionales de ambos, facilitando el desarrollo de circuitos neuronales en el cerebro del niño, especialmente en la corteza prefrontal, que es clave para la regulación emocional y el apego seguro. Este proceso neurobiológico refuerza la capacidad del niño para manejar el estrés y las emociones negativas (Schore, 2001).
- **Reparación de rupturas**: La sintonización también incluye la capacidad del profesional para reparar rupturas en la conexión emocional. Estos procesos de "ruptura y reparación" muestran a la persona que las relaciones pueden ser confiables incluso después de conflictos o desconexiones temporales. Esto fortalece su modelo interno de apego como seguro y predecible (Siegel & Payne, 2012; Schore, 2021).

9.4. La alianza terapéutica.

La alianza terapéutica es un constructo que describe el vínculo colaborativo y de confianza con el profesional. Ha sido ampliamente estudiado y se considera un predictor clave del éxito terapéutico, independientemente del enfoque teórico utilizado (Strupp, 1993).

Para Holmes (2009) la alianza terapéutica es un vínculo de apego. Las técnicas implementadas como los diagnósticos extendidos, las preparaciones preterapéuticas, los límites claros y los contratos terapéuticos desempeñan un papel significativo en el despliegue adecuado de esta alianza, así como los parámetros básicos de la base segura como la coherencia, la compenetración o la reparación de la ruptura son elementos relevantes para lograrla.

Edward Bordin (1979) es el autor más destacado en la conceptualización de la alianza terapéutica. Según su modelo, esta consta de tres elementos esenciales:

- Acuerdo sobre los objetivos: Se deben consensuar las metas a alcanzar durante el proceso.
- Acuerdo sobre las tareas: Ambas partes deben estar alineadas respecto a las actividades necesarias para lograr los objetivos.
- Vínculo emocional positivo: Incluye respeto mutuo, confianza y compromiso compartido en el proceso.

La calidad de la alianza terapéutica está directamente relacionada con los resultados del tratamiento. Investigaciones, como las de Horvath & Symonds (1991), Lambert (1992) o Martin et al. (2000), han mostrado una correlación significativa entre una buena alianza y resultados positivos en los procesos terapéuticos.

En su metaanálisis, Horvath & Symonds (1991) analizaron 24 estudios basados en 20 conjuntos de datos independientes para examinar la relación entre la calidad de la alianza terapéutica y los resultados del proceso. Los resultados mostraron que la correlación promedio encontrada sugería que la calidad de la alianza contribuía significativamente al éxito terapéutico. De la misma manera, Martin et al. (2000) realizaron también un metaanálisis revisando múltiples estudios, concretamente 79

estudios (58 publicados, 21 no publicados), para explorar esa relación. Los datos confirmaron que la calidad de la alianza es un predictor consistente de resultados positivos, independientemente del enfoque terapéutico utilizado. Además, encontraron que esta relación era más influyente que otros factores, como, por ejemplo, el tipo específico de intervención, reafirmando el papel central de la alianza en el éxito del proceso.

Por otro lado, Lambert (1992) propuso un modelo que asignaba porcentajes a diferentes elementos que contribuían al éxito del proceso terapéutico. Según su análisis, hasta un 40% se atribuye a factores extraterapéuticos como las características de la persona y las condiciones ambientales como apoyo social o eventos fortuitos. Estos factores son independientes del proceso y representan la mayor influencia en los resultados positivos. Un 30% se atribuye a factores comunes como la alianza terapéutica, la empatía, la calidez y la aceptación del profesional. Estos factores están relacionados con la calidad de la relación establecida y son esenciales para facilitar el proceso terapéutico. Otro 15% se atribuye a las expectativas de la persona sobre la efectividad de la terapia y su creencia en el proceso terapéutico. La percepción de que recibirán ayuda puede influir significativamente en los resultados, actuando como un efecto placebo. Por último, otro 15% se atribuye a intervenciones específicas asociadas a enfoques teóricos. A pesar de ser importantes, su impacto es menor en comparación con los factores comunes y extraterapéuticos.

Lambert (1992) concluye que los factores comunes y las características de la persona tienen un peso mucho mayor que las técnicas específicas en el éxito del proceso terapéutico. Esto ha influido significativamente en el desarrollo de enfoques integrativos (Zarbo et al., 2016), que priorizan elementos como la relación terapéutica por encima de las técnicas particulares. Su modelo subraya la importancia de centrarse no solo en las intervenciones técnicas, sino también en crear un entorno terapéutico favorable y en considerar los recursos personales y contextuales de la persona. Esta investigación aporta un marco teórico que redefine cómo se entiende el éxito en un proceso terapéutico, enfatizando que depende más de factores relacionales y contextuales que de las técnicas específicas aplicadas.

Para Roberts & Holmes (1998) la teoría del apego es un marco idóneo ya que exige la predisposición y disposición del profesional para intentar una y otra vez reestablecer el vínculo con las personas, sobre todo, con las más dañadas. Esto cobra especial significación porque únicamente cuando se logre este vínculo podrán tener efecto los esfuerzos realizados para que surjan nuevos significados.

A este respecto, Falkenström et al. (2013) sugieren que el modo en que se ha establecido el vínculo a través de la alianza terapéutica puede predecir los cambios que se producirán sesión tras sesión. Para lo cual analizaron la relación entre la alianza terapéutica y la mejora sintomática utilizando un diseño de análisis longitudinal sesión por sesión. Su principal contribución fue demostrar que la alianza terapéutica no solo predice mejoras sintomáticas, sino que también existe una influencia recíproca entre ambas.

Utilizaron datos de procesos terapéuticos en atención primaria, aplicando un modelo de análisis multinivel para identificar cambios a lo largo del tiempo en las personas, pero también diferencias entre ellas. La alianza terapéutica se midió con el Working Alliance Inventory – Short Form (WAI-S), mientras que los síntomas se evaluaron con el CORE-OM, una medida de resultados clínicos. Las principales contribuciones del estudio fueron:

- Predicción significativa: La alianza terapéutica medida en la tercera sesión predijo significativamente la tasa de cambio sintomático desde esa sesión hasta el final.
- Influencia recíproca: Se encontró evidencia de que los cambios tempranos en los síntomas también influyen en cómo las personas perciben la calidad de la alianza terapéutica, lo que respalda un modelo bidireccional.
- Importancia del tiempo: Los efectos de la alianza fueron más fuertes cuando se midieron en las primeras etapas, subrayando su papel crítico en el establecimiento de un proceso terapéutico efectivo.

El estudio apoya la idea de que la alianza terapéutica tiene un impacto causal en los resultados del proceso terapéutico, esto refuerza su relevancia como un componente central del proceso y

sugiere que se debe prestar atención tanto a construir una buena relación como a monitorizar los cambios tempranos en los síntomas.

CAPÍTULO 3: Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV).

1. Conceptualización del Modelo de Vinculación Emocional Validante.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV por sus siglas en castellano) es un enfoque integrador que combina elementos psicodinámicos, sistémicos y psicoeducativos para intervenir con adolescentes y jóvenes en situaciones de vulnerabilidad, especialmente aquellos con conductas externalizantes graves o mixtas. Este modelo se utiliza principalmente en contextos de justicia juvenil, protección infantil y programas de inclusión social en la actualidad, buscando promover el desarrollo emocional y relacional a través de vínculos terapéuticos seguros y validantes.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante desarrollado por Angel Estalayo, Olga Rodríguez-Ochoa, Raúl Gutiérrez y Juan Carlos Romero, comenzó a gestarse inicialmente en centros residenciales del País Vasco y más tarde también en Aragón. El recorrido de este modelo de intervención se inició hace más de quince años y su evolución ha continuado hasta la actualidad metamorfoseándose e implementándose en diferentes contextos y atendiendo a diversos perfiles de población que enfrentan distintas problemáticas relacionales, pero siempre en el ámbito de la infancia, adolescencia y juventud.

En su origen como apuntan Estalayo et al. (2009), este modelo de intervención se desarrolló con el objetivo de intervenir con personas menores de edad que se encontraban conviviendo en centros de justicia juvenil. La problemática que presentaba este colectivo, que requería un abordaje especializado, giraba en torno a graves dinámicas de violencia y un amplio recorrido de transgresiones

a la norma. Además, se necesitaba un enfoque específico dirigido a la involuntariedad que mostraban hacia el tratamiento.

La finalidad del modelo se constituyó en torno a la creación de un ambiente validante en el que, mediante un abordaje específico, se interviniese sobre factores como el estilo de apego, los estilos educativos y las emociones. Del mismo modo, se pretendía proporcionar a los y las profesionales una guía de intervención que se aplicara durante todo el proceso.

A lo largo de los años se sucedieron cambios en la población atendida y estos cambios subrayaron un aumento de los problemas de salud mental y una alta prevalencia de trastornos de personalidad.

Estalayo et al. (2016) contextualizan el modelo de Vinculación Emocional Validante como un enfoque de apoyo que responde a una temporalidad limitada. Este enfoque pretende a través de un encuadre de la relación cotidiana intervenir ante la involuntariedad al tratamiento en los casos de personas que padecen trastornos graves o egosintónicos, que derivan en desregulación emocional, desorden relacional y un alto impacto en el entorno. El eje central de este enfoque es la generación de un espacio contenedor que favorezca la validación de la experiencia emocional.

Este enfoque se aplica a contextos de alta intensidad donde el profesional necesita el apoyo de un equipo multidisciplinar que interviene de manera simultánea con la persona atendida y ofrece respaldo al profesional de referencia.

El equipo multidisciplinar presenta características diferenciales y de gran diversidad en sus componentes. Este equipo multidisciplinar se relaciona con un grupo de personas menores de edad o jóvenes que, de igual manera, muestran características diferenciales y de gran diversidad. Por lo tanto, en un mismo espacio se da la relación entre varias personas y atendiendo a todas las diferencias se deriva en múltiples transferencias y contratransferencias que configuran un contexto de relación que responde a una alta complejidad. Ante esta complejidad se considera prioritario concretar un eje

principal y ese eje principal es el vínculo que se establece entre el profesional y la persona atendida y que se despliega en ese espacio terapéutico intersubjetivo.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante para Estalayo (2017) se dirige fundamentalmente hacia un grupo de población enmarcado en la adolescencia tardía/adultez emergente y que presenta expresiones o conductas de una gravedad moderada o elevada derivadas, en la mayoría de los casos, de una falta o limitación por parte de su entorno. Consiste, por tanto, en una intervención dirigida hacia las personas adolescentes/jóvenes, pero también hacia sus familias.

Para Rodríguez-Berrio (2021) el Modelo de Vinculación Emocional Validante surge de la tenacidad científica por el desarrollo de una intervención precisa dirigida a adolescentes tardíos/adultos emergentes, que enfrentan graves o muy graves problemas de conducta, derivados de una función relacional disfuncional no abordada hasta el momento.

De tal modo, Estalayo et al. (2021) refieren que el Modelo de Vinculación Emocional Validante es una metodología de intervención que apunta a una perspectiva educativa, terapéutica y social, que subyace a una necesidad manifiesta de conjugar estos elementos comunes como foco de la intervención y en torno al cual articular el espacio de dicha intervención. Este modelo de intervención responde así a una serie de aspectos clave, entre los cuales se encuentran:

- El **vínculo**: Es de gran importancia ya que se constituye como el fundamento desde el cual la persona construye la imagen de sí misma y del entorno cercano con el que se relaciona. La construcción de la base segura a través del vínculo será el promotor del posible cambio.
- La **narrativa:** A través de la cual cada ser humano se relata los hechos a sí mismo. En ocasiones es más importante la narrativa que el hecho en sí. Por ello, orientar la intervención hacia la construcción de nuevas narrativas validantes por parte del entorno, puede favorecer el estilo de apego seguro en la relación.
- **La figura del profesional que interviene y acompaña:** Esta persona profesional es la que convive cotidianamente con la persona objeto de la intervención; por lo tanto, las características individuales cobran especial importancia.

2. Contextos de intervención.

El contexto de intervención en el que se implementa el Modelo de Vinculación Emocional Validante se constituye como una red firme, de acuerdo con Estalayo y Romero (2003), que va a conformar el ambiente en el que va a desenvolverse la persona durante un tiempo variable atendiendo a la especificidad de cada uno de los contextos. En este ambiente, la persona atendida desplegará una serie de proyecciones o conductas descontroladas que recibirán una devolución traducida de manera diferente, una nueva narrativa que facilitará una respuesta a la experiencia no compartida que subyace en la mayoría de los supuestos de expresión conductual desadaptativa o disfuncional.

Atendiendo a la prevalencia y aumento de los trastornos psicológicos o psiquiátricos en la población general, Estalayo (2017) refiere un crecimiento mayor en la población joven que se encuentra cumpliendo una medida judicial en centros de justicia juvenil o en la población que se encuentra en un hogar de protección a la infancia, sustitutivo del sistema familiar y que presentan graves o muy graves problemas de conducta. El ambiente en el que estas personas conviven diariamente, siempre y cuando no se haya dado una situación de crisis que haya requerido de un ingreso en la unidad de psiquiatría, precisa de una delimitación del marco de funcionamiento, de la demanda institucional encomendada y del tiempo de estancia. Todo ello con el objeto de articular una respuesta ajustada a la realidad de cada una de las personas atendidas. Para la implementación de la metodología, se requiere una especialización de los diferentes dispositivos que atienden a una población que presenta unas necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales de gran complejidad (Estalayo et al, 2021).

• Contexto de Justicia Juvenil.

El modelo de justicia juvenil queda regulado para todas las comunidades autónomas del Estado español por medio de la Ley Orgánica 5/2000, del 12 de enero. Esta ley regula la responsabilidad penal de los menores de edad. Esta responsabilidad penal abarca a personas desde

los 14 años hasta los 18 años. En los supuestos de las personas menores de 14 años infractoras, no se les exigirá responsabilidad penal; son los denominados menores inimputables. Las medidas que recoge la ley combinan consideraciones sobre la culpabilidad de la persona autora (pena) y los criterios de peligrosidad y necesidad preventiva individual (medida de seguridad). Las medidas previstas en la Ley Orgánica 5/2000 del 12 de enero, cuya ejecución corresponde a la administración pública vasca son las siguientes:

- Medidas en centro abierto que se establecen en torno a prestaciones en beneficio de la comunidad por medio de la realización de tareas socioeducativas, libertad vigilada, tratamiento ambulatorio, asistencia a un centro de día o permanencia domiciliaria durante el fin de semana.
- Medidas en medio residencial, pudiendo ser internamiento en régimen cerrado, abierto o semiabierto, permanecer en un centro de justicia juvenil durante el fin de semana o la convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.

En el País Vasco existen una serie de recursos específicos para el cumplimiento de las medidas judiciales. Estos centros acogen a las personas infractoras menores de edad que deben cumplir una medida firme o cautelar de internamiento, permanencia de fin de semana y excepcionalmente, convivencia en un grupo educativo. Estos centros se clasifican en tres niveles:

- Nivel I: Son centros de responsabilidad y gestión pública, en los que se cumplen las medidas más restrictivas de derecho y de más larga duración.
- Nivel II: Son centros de responsabilidad pública y gestión convenida con una entidad sin ánimo de lucro, de pequeño tamaño, en los que se cumplen medidas en régimen semiabierto y abierto, o en cerrado de corta duración.
- Nivel III: También llamadas “residencias de autonomía”, son de pequeño tamaño (máximo 6 plazas) y están totalmente integradas en la comunidad para el cumplimiento de las últimas fases de los internamientos en régimen abierto o semiabierto.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante se desarrolla e implementa en esta red de centros en la que las personas atendidas responden a un rango de edad entre los 14 y los 18 años y que se encuentran cumpliendo una medida firme o cautelar.

Además, atendiendo al cambio de perfil de las personas atendidas durante los últimos años, en los que se da un aumento significativo de conductas relacionadas con el ámbito de salud mental, bien sea por el propio diagnóstico o por la presencia de patología dual, Estalayo et al. (2014) destacan la necesidad de un abordaje terapéutico basado en la especialización en este contexto. Para ello, se establece que el punto de partida de la intervención deba ser siempre la elaboración de un diagnóstico clínico y social de la persona que posibilite la orientación y el diseño de la intervención específica con el objetivo de optimizar la intervención y lograr mayores cotas de eficacia en la misma.

En este contexto de alta especialización y especificidad, el Modelo VEV se implementa llevando a cabo, por tanto, una valoración diagnóstica en primer lugar, tanto de la persona atendida como de su sistema familiar, lo que posibilita ajustar la intervención tanto individual como familiar, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- La necesidad de implementar una metodología especializada, focal y de tiempo limitado que responda, además, a un carácter preventivo con el objetivo de que la problemática no aumente por una desadaptación o desajuste.
- Un abordaje integral que contemple la intervención individual, grupal, familiar o comunitaria. De tal forma que se pueda dar cualquier posible combinación de esta, atendiendo a las características individuales, al nivel de gravedad y a la priorización establecida en el plan terapéutico que se establezca como resultado de la evaluación inicial.
- Dotar de importancia a la figura del profesional y contar con procesos de supervisión que faciliten el manejo adecuado de las transferencias y contratransferencias que se pueden desplegar en el contexto de intervención. Además, facilitar el intercambio de ideas y propuestas para una posible mejora o actualización de la intervención.

- Por último, que la propuesta metodológica cuente con pretensión docente e investigadora para favorecer el diseño y la consiguiente implementación de los tratamientos psicosociales, que su eficacia pueda ser evaluada y así, desarrollar intervenciones socioeducativas y terapéuticas que cuenten con eficiencia probada.

• Contexto de protección.

Al mismo tiempo que el Modelo VEV se desarrollaba e implementaba en contextos de justicia juvenil, también lo hacía en el contexto de protección. La Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia, recoge los diferentes tipos de programas que existen en el acogimiento residencial. El acogimiento residencial debe responder a las necesidades de las personas menores de edad atendidas y deberán arbitrarse al efecto la variedad de recursos y dispositivos que permitan cubrir de una forma adecuada y eficaz la diversidad de las necesidades detectadas. Por tanto, los programas deben adecuarse a las características y necesidades particulares de la población residencial atendida en los diferentes programas existentes. Dichos programas pueden ser de acogida de urgencia, básico general, de preparación para la emancipación y de emancipación.

Al margen de los programas contemplados y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, deberá establecerse un programa especializado de apoyo intensivo a las personas menores de edad que presenten problemas de conducta. Estos programas podrán articularse en función de sus objetivos y de las necesidades de cada programa y de las personas atendidas, y se diferencian en dos tipos de recursos de acogimiento residencial. El primero son los centros residenciales y el segundo, pisos ubicados en viviendas ordinarias.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante se inicia, se desarrolla y se implementa en este tipo de programas específicos para población menor de edad que presenta trastornos de conducta y de los que la guarda y custodia ha sido retirada de sus progenitores y concedida a una entidad pública (Estalayo, 2017). Estas personas menores de edad son derivadas al contexto de protección a la infancia

específico por cursar con problemas de conducta, conductas disruptivas o disociales recurrentes, transgresores de las normas sociales y de los derechos de terceros. La derivación se realiza por medio de la institución pertinente tras una valoración psicosocial especializada que puede concluir en que sus necesidades de protección se encontraban en riesgo si se mantenían en el domicilio familiar. El tiempo de estancia es variable y responde a la gravedad de las conductas y el grado de riesgo.

- ## Contexto de inclusión social.

La implementación del Modelo de Vinculación Emocional Validante en el contexto de inclusión social se realizó años más tarde, concretamente en el año 2016.

Desde el Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia se identificó la necesidad de desarrollar una intervención de carácter preventivo frente a la exclusión de las personas jóvenes en el territorio, especialmente de aquellas personas que habían sido atendidas por el sistema de protección a la infancia y que, una vez cumplida la mayoría de edad, presentaban un alto riesgo de abandono del tratamiento en los procesos normativos de tránsito e inclusión a la vida adulta.

Para dar respuesta a esta necesidad detectada, se constituyó una estrategia de intervención con personas jóvenes denominada *Estrategia Joven,* conformada por una serie de programas, proyectos, medidas y acciones dirigidas a la prevención de la exclusión en este grupo de población.

El marco legislativo se configuró en torno a la Ley 12/2008 de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, cuya finalidad es la de promover, en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas, el bienestar social del conjunto de la población (Artículo 6), y uno de sus objetivos esenciales es el de prevenir y atender situaciones de exclusión, así como promover la integración social de las personas, de las familias y de los grupos (Artículo 6, apartado C).

Del mismo modo, la *Estrategia Joven* también respondía a la Ley 26/2015, del 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia desde donde se desarrollan también otros instrumentos jurídicos entre los que se destaca el Decreto 185/2015 sobre La Cartera

de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales que traslada la competencia de apoyo a los procesos de emancipación de las personas jóvenes que provienen de los recursos residenciales de protección a la infancia, a las diputaciones.

En este escenario, el Modelo de Vinculación Emocional Validante permitió un abordaje especializado mediante su implementación en un programa de alta intensidad y baja exigencia de la *Estrategia Joven* (Rodríguez-Ochoa y Estalayo, 2020).

La edad de las personas atendidas fue de entre los 18 y los 23 años en el momento de derivación y esta población objeto de la intervención cursaba con problemáticas o conductas que interferían en la relación de ayuda como podían ser violencia, consumos, interrupción de la relación de ayuda y problemas de salud mental entre otros. La población atendida presentaba formas de relación consigo misma y con los otros desajustadas y acompañadas de conductas de riesgo graves o muy graves. Se trataba de un grupo de personas jóvenes en alto riesgo de exclusión social, que se mostraban desconfiados, aislados y desconectados de la mayoría de los recursos al llegar a su mayoría de edad y que, por ello, podían quedar en un vacío social por la inexistencia de recursos específicos para su situación. Por tanto, este contexto emerge de la necesidad de responder a las problemáticas de un grupo de personas jóvenes mayores de edad que no contaban con ningún recurso específico y que eran derivados a recursos y dispositivos de adultos donde finalmente podían tener una mala acogida o quedarse en situación de calle.

Para Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020) este contexto precisa de un abordaje especializado donde el Modelo de Vinculación Emocional Validante puede dar una respuesta adecuada debido a que contiene:

- Una rigurosa evaluación inicial y continuada tanto clínica como social, individual, familiar y ocupacional a lo largo de toda la intervención.
- Un encuadre objetivo sobre las conductas, sobre qué hacer con ellas para responder sin expulsar y un encuadre interno de la relación en la que el punto de partida será abordar la involuntariedad y la no colaboración.

- No sentirse expulsados, juzgados y la necesidad de establecer un vínculo sólido, es decir, una relación significativa trabajando desde la demanda.
- Adaptar la intervención a la persona atendida y no al revés.

• Evolución del Modelo de Vinculación Emocional Validante a otros contextos de intervención.

Desde los contextos de protección a la infancia y de justicia juvenil, el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha continuado desarrollándose e implementándose en otros contextos, para Estalayo et al. (2021) el modelo cuenta con aspectos que se pueden mejorar, adaptar y desarrollar. Por lo tanto, se encuentra desde el inicio en una continua evolución.

Muro (2020) desarrolla y adapta el Modelo en un servicio que atiende a personas menores de edad inimputables y a sus familias por medio de un conjunto de elementos relacionales, individuales y familiares que considera aspectos fundamentales para tener en cuenta, con el objetivo de favorecer por parte del equipo profesional, el adecuado establecimiento de una base segura desde la que desarrollar los objetivos de la intervención.

Cabrejas y San Juan (2020) implantan y adaptan la metodología con personas jóvenes y adolescentes, así como con las familias de estas, que cursan con problemática de adicciones. Gárriz y Arocena (2021) lo aplican a un proyecto de acogimiento residencial y a un programa de apoyo a personas jóvenes que se encuentran en el proceso de autonomía. Robles (2024) comparte la adaptación e implementación del modelo en un hogar básico de protección con menores de tres años y sus familias desde el mantenimiento de un alto nivel de sensibilidad por las propias características de la población atendida que han de ser diferentes de la población adolescente o joven a la que estaba circunscrito el modelo hasta el momento.

López (2024) comparte el desarrollo e implementación del modelo, teniendo en cuenta los aspectos fundamentales para el acompañamiento hacia la vida adulta de personas jóvenes extranjeras que carecen de referentes familiares. De entre los diferentes aspectos que señala, destaca la

capacidad empática, la escucha activa, sentir reconocimiento y respeto, paciencia y poner en valor a la persona. Todos estos aspectos, posibilitados por el Modelo VEV, favorecen el espacio de relación en el que la persona sienta seguridad y desde donde poder crear la relación de confianza que favorezca el aprendizaje que precede al cambio. Además, señala que, para que esto sea posible, el profesional de atención directa, referente de la intervención, debe contar con competencias que permitan el entendimiento de la situación vital de las personas objeto de intervención.

A pesar de las diferencias en las poblaciones atendidas en cada uno de los proyectos mencionados, la adaptación e implementación del Modelo VEV ha demostrado ser una herramienta clave para alcanzar los objetivos de intervención propuestos. Esto ha sido posible porque todos los proyectos comparten y desarrollan los elementos esenciales que sustentan el modelo:

- El análisis de la demanda, tanto de la persona como del sistema de protección.
- El análisis exhaustivo de la anamnesis de la persona atendida, como la detección de adversidades en la infancia, los antecedentes de salud, tanto física como de salud mental. Además, los antecedentes de conductas de riesgo que hayan podido protagonizar, como consumos, conductas sexuales de riesgo, autolesiones, ideación o tentativa de suicidio, y también la relevancia de la edad de inicio en caso de haber protagonizado alguna de las mencionadas.
- El análisis de la persona en la actualidad, cuál ha sido el motivo de la derivación al servicio, como pueden ser el tipo de conducta problema: adicción, violencia, fugas, absentismo, interrupción de la relación de ayuda. El estilo de apego que presenta la persona, las emociones que se encuentren reguladas, desreguladas o invalidadas. Los procesos de responsabilización, los factores de riesgo o protección y el estado actual del sistema familiar.

3. Fundamentos epistemológicos del modelo de Vinculación Emocional Validante.

Las bases teóricas del modelo provienen de multitud de orígenes epistemológicos. Su carácter es fundamentalmente integrativo, nutriéndose de las corrientes psicodinámicas como la mentalización, el psicoanálisis intersubjetivo y relacional, de las corrientes sistémicas centradas en la alianza terapéutica, del modelo transteórico del cambio, de las corrientes cognitivas de tercera generación como la terapia dialéctico-comportamental y la psicoterapia cognitivo-analítica, y, por supuesto, y fundamentalmente, de la teoría del apego y las diferentes actualizaciones que se han dado a lo largo de los años. Otro aspecto clave es que el modelo está basado en la evidencia. Su propósito es destacar la mejor evidencia científica disponible en torno a lo que ha resultado ser efectivo en la intervención (Estalayo, 2017).

De esta forma, el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) se fundamenta en principios teóricos y prácticos que integran diversas corrientes psicológicas, y cuyo enfoque está orientado a la construcción de vínculos significativos entre las personas atendidas y los profesionales, promoviendo un espacio seguro que facilite el desarrollo personal y emocional.

Los aspectos esenciales que configuran este modelo, destacando su capacidad para adaptarse a las necesidades específicas de las personas atendidas y su compromiso con la empatía y la comprensión como herramientas fundamentales para el cambio, son:

- El modelo se configura desde la perspectiva de que la comprensión clínica facilita al profesional la función de no juzgar y la empatía.
- El modelo atiende a la importancia de la figura del profesional, partiendo de sus características como agente de cambio.
- El modelo se configura desde la premisa de que ningún dispositivo puede sustituir al sistema natural de las personas.

- El modelo responde a la premisa de la formación social de la mente individual, es decir, se forma en y desde la relación.
- El modelo comprende a la persona en desarrollo, es decir, la problemática que despliega actualmente o que ha sido motivo de derivación al dispositivo no es rígida e inamovible.
- El modelo pretende limitar la expresión desadaptativa del sufrimiento, pero respeta la expresión emocional que subyace al mismo.

En contextos donde las conductas problemáticas suelen ser percibidas como rígidas e inamovibles, el Modelo VEV propone una visión más flexible y dinámica, considerando a la persona como un ser en continuo desarrollo. Este modelo no solo busca limitar la expresión desadaptativa del sufrimiento, sino también respetar y validar la emoción que subyace a dicho sufrimiento. A través de un enfoque interaccionista, colaborativo y generativo, el Modelo VEV prioriza la relación interpersonal como eje central para generar cambios significativos en las personas; esto se traduce en una intervención multimodal y multicomponente. Además, su carácter preterapéutico lo convierte en una herramienta clave en las etapas iniciales del proceso terapéutico, facilitando el aprovechamiento posterior de tratamientos más convencionales o ambulatorios.

Todo ello permite comprender cómo el Modelo VEV se configura como un modelo integrador que busca no solo atender problemáticas específicas, sino también potenciar los recursos internos de las personas para su desarrollo integral, y cuyas características principales son:

- **Espacio generador de confianza:** La confianza en el seno de una relación significativa cobra especial relevancia para el modelo, ya que los cambios se generan para Estalayo et al. (2016) desde el vínculo con otros importantes o significativos. Estos cambios se configuran en representaciones mentales y se integran en los patrones relacionales diádicos sobre los que se construye la experiencia. Este enfoque concibe a la persona en continuo desarrollo y sus conductas problema no tienen que ser concebidas como rígidas o definitivas, y menos aún si están enmarcadas en el periodo de tránsito entre la adolescencia y juventud, o entre la juventud y la adultez (Estalayo et al., 2021). La

intervención en sí misma se constituye en un espacio generador de confianza básica o epistémica y en este se puede compartir, expresar o actuar contenidos internos que en la mayoría de los casos no han sido elaborados o compartidos, como sustenta Estalayo (2017). Por ello, se alude al valor nutricio y terapéutico establecido en torno a un apego recíproco. La creación de este vínculo como una concepción intersubjetiva enmarca la figura del profesional, tanto sus características personales como sus competencias profesionales, como relevantes para promover el establecimiento y mantenimiento de este vínculo seguro a lo largo de toda la intervención.

- **Intervención multimodal y multicomponente:** La metodología de intervención del modelo VEV se despliega desde diferentes abordajes para cada una de las situaciones que puedan darse en las diferentes personas que se atienden. La premisa básica radica en que las situaciones de las diferentes personas pueden parecer similares, pero en realidad no lo son. La selección del abordaje dependerá de lo que precise cada una de las personas atendidas y la combinatoria entre dichos abordajes responderá a la flexibilidad que se considere necesaria tras la evaluación de la situación (Estalayo et al., 2021).
- **Modelo integrador**: El carácter integrador del Modelo VEV se configura en torno a los diferentes elementos de otras propuestas que han resultado eficaces y son afines con la estructura de su intervención. El modelo, como más adelante se concreta, sostiene elementos comunes de diferentes corrientes teóricas, como pueden ser la perspectiva psicodinámica, sistémica y cognitiva de tercera generación. Hace también especial mención a la mentalización como enfoque intersubjetivo y a las corrientes sistémicas como bases de concepción y construcción de la propuesta metodológica de intervención en contextos de involuntariedad con perspectiva psicoterapéutica de apoyo. Por lo tanto, los elementos conceptuales y técnicos compartidos por las psicoterapias mencionadas constituyen la base de los factores comunes que sustentan la concepción integradora del modelo.

- **Modelo colaborador, estratégico y con carácter generativo**: La metodología de intervención es concebida como una intervención que se sustenta en la relación que la persona establece con la figura del profesional; esta relación está basada en el respeto y en la co-construcción de la intervención con la persona. También es un modelo generativo frente a las posibles dinámicas reparativas, ya que el abordaje específico de los aspectos más disfuncionales es considerado como una estrategia que promueve sus propios recursos. También es estratégico al responder bajo el prisma del modelado en la propia relación. El modelo genera posibles descripciones del problema de igual manera que posibles soluciones, pero es fundamental que todas ellas se realicen, en y desde, la relación con la persona, respondiendo a una perspectiva dialógica. La clave está en la adaptación del modelo a la persona y no en que la persona se adapte al modelo.
- **Carácter preterapéutico**: El Modelo VEV se enmarca en un enfoque educativo, psicoterapéutico y social que ofrece soporte y apoyo a las personas durante un tiempo limitado por medio del encuadre de la relación, por lo que se ajusta a una psicoterapia breve y focal. También se ajusta a las características de las personas y de los metacontextos y dispositivos de intervención. De tal forma, este modelo va dirigido únicamente a las etapas iniciales de la relación terapéutica, es decir, cuenta con un carácter preterapéutico de apoyo que posibilita el entrenamiento que favorecerá en adelante aprovechar una terapia ordinaria, un tratamiento ambulatorio o un mantenimiento en el contexto formativo o laboral.
- **Enfoque interaccionista**: El modelo también responde a un enfoque interaccionista, ya que parte de una base emocional que mantiene la perspectiva en lo procesual y en lo madurativo. El objetivo es la propia intervención y no el diagnóstico. Por ello, parte de una visión integral de la persona y no se centra exclusivamente en los aspectos patológicos. Se pretende un equilibrio entre la perspectiva del déficit, del conflicto y de la psicología positiva, además, de la idea del control sensible.

Según Estalayo et al. (2021), los fundamentos clave para comprender adecuadamente el Modelo de Vinculación Emocional Validante son principios que permiten entender su concepción integradora, así como su aplicación en diversos contextos de intervención. A través de ellos, se busca ofrecer una aproximación conceptual que facilite la comprensión integral del enfoque, destacando aspectos como la importancia del vínculo, el abordaje de las conductas problemáticas y la evaluación continua del proceso. Además, el modelo se sustenta en un principio rector basado en dinámicas no expulsivas, lo que refuerza su carácter inclusivo y respetuoso hacia las personas. El modelo se desarrolla desde la relevancia de la función reflexiva y desde la generación de nuevas narrativas a través de:

- La evaluación.

La evaluación es un aspecto fundamental para la intervención desde este enfoque metodológico. Para Estalayo et al. (2021), es primordial disponer de métodos que, configurados y aplicados, posibiliten formalizar las revisiones pertinentes de las actuaciones profesionales. Del mismo modo, también valorar el impacto que estas pueden tener en la población atendida. Por ello, el modelo ha desarrollado una herramienta de registro y evaluación que se establece como un proceso de sistematización de la práctica y recoge diferentes aspectos teórico-prácticos aplicados en la vida cotidiana, y cuya relevancia se sustenta en su componente diagnóstico desde el cual se pueden configurar tanto los parámetros que permiten la evaluación de la intervención como el diseño de la misma, atendiendo a los aspectos individuales de cada persona atendida.

Este componente diagnóstico también posibilita una comprensión de esos parámetros para establecer la propuesta de vinculación más ajustada a cada proceso individual. De este modo, se pretende la evaluación de la situación en la fase diagnóstica basada en un proceso previo de estudio e investigación que deberá desarrollarse con técnicas específicas orientadas a la recogida de datos, en un proceso de verificación de la información que constate la validez y la fiabilidad de esta.

Estalayo et al. (2021) sustentan la aplicabilidad de esta herramienta como una ayuda en el establecimiento de la relación con la persona, atendiendo al registro y al análisis de los elementos relevantes del caso.

- ## El vínculo socioeducativo-terapéutico.

El vínculo se construye entre la persona y la figura educativa de referencia. Este vínculo es internalizado y favorecerá la construcción de una nueva representación mental de utilidad para ser aplicada en adelante con otras personas. Se trata, por tanto, de una experiencia emocional correctora. Como apunta Estalayo (2017), este vínculo que se genera con una persona significativa puede ser extendido o generalizado a otras relaciones externas. De ahí la relevancia significativa que tiene el vínculo en esta metodología de intervención.

En este vínculo se logra una interacción de los estilos de apego de ambas partes intervinientes y en el seno de esta relación es posible la evolución hacia patrones de relación más funcionales o adaptativos. Es decir, favorece un patrón de relación seguro. De hecho, el vínculo en sí mismo presenta unas características contenedoras y validantes que ofrecen el componente terapéutico necesario para lograr la experiencia emocional correctora.

Enmarcado en este vínculo también se encuentra la finalidad del modelo configurándose en torno a promover dinámicas que impulsen la función reflexiva de cada persona atendida y, además, concibe y promueve las separaciones que tarde o temprano se van a dar, pero de una manera que no rompa ni dañe. Es relevante, por tanto, trabajar en estas despedidas denominadas por el modelo desvinculaciones. La desvinculación en el seno de la relación de apego establecida con la figura del profesional posibilitará el mantenimiento de las futuras relaciones externas, así como el establecimiento y el desarrollo de otras nuevas.

La convivencia entre la persona atendida y el profesional con el que vincula en los diferentes contextos permite el despliegue transferencial y contrantrasferencial en la relación. De hecho, para Estalayo et al. (2016), esta base segura que se establece permite redefinir los procesos de influencia y

significación que posibilitarán ampliar el registro de conocimiento relacional implícito que hasta este momento quizá era deficitario o limitado, consecuencia principal de las vivencias invalidantes o de la falta de respuesta sensible a su experiencia primaria por parte de su entorno.

La generación de un vínculo que contiene y valida, posibilita, en el marco de la convivencia intensiva, que se den estímulos evocadores de contenidos emocionales que han estado invalidados o desregulados, ya que se van a desplegar en la relación con el profesional, constituyendo así una oportunidad valiosa de intervención. La oportunidad se considera con base en poder contener el comportamiento disfuncional o la expresión de un contenido emocional no compartido hasta el momento.

Por otra parte, además de favorecer un escenario en el que construir una experiencia emocional validante esta vivencia de mutualidad asimétrica en la relación, la alianza terapéutica, solo puede darse en el marco de un encuadre que contenga y valide la experiencia. Para Gutiérrez y Estalayo (2020), una de las funciones del vínculo profesional es el desarrollo y consecución de una alianza con la persona atendida. Para el modelo, el vínculo es una condición necesaria, aunque no suficiente para activar cambios, y ese es el objetivo de la intervención. Por ello, desarrollar una base segura, de confianza, contenedora y reguladora permite reorganizar el desarrollo, pero sobre todo permite la función exploratoria. Es el espacio desde el que separarse para afrontar las dificultades teniendo la seguridad de que la figura significativa estará presente cuando sea necesario.

Desde este vínculo se podrá constituir la alianza para afrontar lo que de mutuo acuerdo se subscriba. De esta forma, la alianza terapéutica se establece con base en:

- Una sintonía afectiva, regulación emocional o afectividad mentalizada.
- Un acuerdo sobre los objetivos de la relación establecida entre el sistema intervenido y el interviniente: formular la demanda, así como los criterios y plazos establecidos por ambas partes.
- Un acuerdo sobre los medios a realizar para la consecución de esta demanda explicitada que se instaurará como el objeto de la intervención.

Gutiérrez y Estalayo (2020) señalan la perspectiva circular del Modelo de Vinculación Emocional Validante. Esta perspectiva circular se basa en modelos explicativos circulares que conciben las relaciones en torno a la mutualidad y a la bidireccionalidad de la experiencia recíproca entre las personas implicadas en el espacio interactivo e intersubjetivo. El papel que juega el entorno como escenario de interacciones circulares entre todos los miembros es donde afloran y se consolidan los diferentes procesos de cambio de las personas atendidas, pero también de los profesionales que apoyan y acompañan en dicho proceso. Los autores entienden la circularidad como un proceso bidireccional de autorregulación intrapersonal. Los diálogos internos e interpersonales que se desarrollan en la persona, y entre esta y sus contextos relacionales y de mutualidad interpersonal, dan coherencia y continuidad al desarrollo del self.

Desde esta perspectiva circular, la relación educativo-terapéutica que se genera es de mutua influencia bidireccional. La figura del profesional de referencia ofrece una mirada desde el exterior hacia el interior de la persona para que esta pueda incorporarla y después acabar haciéndolo por sí misma, es decir, verse desde afuera, desde la mirada del otro y que esta mirada se complemente con la suya propia.

- ## El abordaje de la violencia.

La violencia es una conducta que interfiere en la relación de ayuda y en la totalidad del entorno en el que se desenvuelven las personas que cursan con esta problemática, generando gran impacto y derivando en situaciones de gran complejidad. Para Estalayo et al. (2009), existen dos tipos de violencia diferenciados que precisan ser explicados para favorecer la comprensión del acto violento. El primero es el tipo de violencia reactiva y el segundo, el tipo de violencia instrumental.

- La violencia reactiva es un tipo de violencia afectivo-impulsiva que confluye con una alta susceptibilidad por parte del individuo que presenta un gran nivel de irritabilidad y un escaso repertorio comportamental para responder a situaciones de frustración. Las personas jóvenes

que presentan este tipo de violencia suelen mostrar miedo a las consecuencias y una sincera necesidad de reparación ante el daño causado.

- La violencia instrumental es un tipo de violencia cognitivo-social; se trata de una violencia controlada donde la persona es consciente de que obtiene beneficios ante su expresión. Por ello, presenta una alta tolerancia a la misma con escaso o nulo miedo a las consecuencias y apenas presenta necesidad de reparación al daño producido.

Estalayo et al. (2009) apuntan que es complicado encontrarse con tipos de violencia puros y que lo más común es el tipo de violencia mixta con una predominancia hacia la reactiva o hacia la instrumental, como si de un continuum se tratase. Añaden, además, que también hay que prestar atención al nivel de gravedad de los actos en sí mismos.

Para Estalayo (2011), se precisa de una perspectiva circular de la violencia para posibilitar los cambios desde la intervención. La adolescencia es una etapa en la que ciertas conductas violentas pueden considerarse hitos evolutivos normales, especialmente cuando están relacionadas con la construcción de la identidad y el desarrollo de la capacidad de mentalización. Este proceso incluye habilidades como predecir las propias conductas, comprenderlas y ejercer autocontrol sobre ellas. En este sentido, dichas conductas no deben interpretarse únicamente como problemáticas, sino como parte del crecimiento emocional y cognitivo característico de este ciclo vital.

Otro aspecto importante es la figura del profesional que atiende a las personas en estas situaciones. Estos profesionales también desarrollan su propia capacidad de mentalización y su propio trabajo personal para contener y validar sus contenidos emocionales subyacentes a la situación violenta. Además, cada uno de ellos tendrá una historia de relación con la violencia y una conciencia de la importancia de intervenir sobre ella en su práctica profesional, contando con que puede generar una contraactitud de amenaza y una atribución automática de intencionalidad.

Estas situaciones de violencia pueden derivar en intervenciones centradas en este objeto en lugar de atender a lo que es útil para el sistema y las personas que componen el mismo, y por ello desde el Modelo VEV se apuesta por espacios formativos donde aprender a hacer frente a estas

situaciones y también espacios de supervisión que permitan revisar el momento y el impacto de la práctica. Para el modelo, como afirman Estalayo et al. (2021), el abordaje de la conducta externalizante parte de unos principios dirigidos a la construcción de experiencias reparadoras en la intervención. Es importante identificar el síntoma, pero no fijarlo como foco de intervención.

- ## El criterio de no expulsividad.

Para Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020), la implementación del Modelo de Vinculación Emocional Validante en el contexto de inclusión social hizo que en el propio modelo se impusiese como aspecto ideológico o filosófico el principio de no expulsión. Esta posición ideológica se estableció desde su aplicación al contexto de inclusión social porque en los contextos anteriores de implementación no había surgido la necesidad. De hecho, a diferencia del contexto de inclusión, en el de protección y justicia juvenil la estancia en el dispositivo venia impuesta desde el exterior. En el caso del contexto de inclusión no hay ninguna obligatoriedad de estancia que facilite la continuidad de la intervención en las personas jóvenes participantes.

Para Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020), el objetivo de trabajar con dinámicas no expulsivas radica en favorecer la inclusión y el mantenimiento de la atención. La medida de no expulsión es un principio que se aplica frente a la expresión de conductas que habitualmente pueden conducir al apartamiento de los contextos de intervención. Desde una perspectiva bioética, consiste en no interrumpir la intervención en un momento de extrema vulnerabilidad o riesgo. Esa expresión de conductas opera como causa o desencadenante de su situación, por lo que, atendiendo a los principios de no maleficencia y justicia, la forma de atender se circunscribe al mismo criterio: no abandonar a la persona cuando esta expresa su mayor dificultad o en el momento que más ayuda precisa.

Para poder desarrollar este planteamiento, ha sido necesaria la incorporación en el Modelo VEV de una forma especializada de acoger y no expulsar a las personas, mientras se limitan las conductas problema que en otros contextos supondrían un motivo de expulsión (Rodríguez-Ochoa y Estalayo, 2020). Esto supone además una reorganización de los servicios bajo unos parámetros

específicos. Por un lado, la realización de una evaluación inicial desde una perspectiva no patológica y multimodal. Por otro lado, el diseño de un encuadre normativo que limite las conductas externalizantes y el desarrollo de un protocolo específico de violencia para los supuestos más graves de estas conductas externalizantes.

4. Objetivos del Modelo de Vinculación Emocional Validante.

El objetivo central del modelo es generar una adherencia al tratamiento, remitir la sintomatología aguda y lograr una experiencia emocional correctora desde vínculos validantes. De este modo, se concreta la intervención en un tiempo limitado en la que se lleva a cabo un diagnóstico que ayuda a generar conciencia del problema por medio de una egodistonía que posibilite el cambio para que en adelante la persona pueda ser derivada a un recurso externo normalizado.

El modelo, por tanto, está dirigido a las etapas iniciales de la intervención, es decir, responde a un carácter preterapéutico en forma de entrenamiento o preparación para poder aprovechar en adelante los encuadres de los contextos normalizados como, por ejemplo, los encuadres ambulatorios u otros entornos externos como el formativo o el laboral. La población atendida responde, en la mayoría de los supuestos, a una involuntariedad hacia la relación de ayuda, por lo que se dota de gran relevancia la generación de la adhesión y la alianza terapéutica. Para Estalayo (2017), los objetivos generales del Modelo de Vinculación Emocional Validante son:

- Limitar las conductas externalizantes y remitir la sintomatología aguda.
- Generar un espacio interpersonal que propicie una experiencia emocional correctora desde los vínculos contenedores y validantes.
- Generar adherencia al tratamiento y un proceso madurativo de confianza.
- Generar conciencia del problema y egodistonía que posibiliten el cambio para lograr acceder y mantenerse en un recurso externo normalizado.
- Generar conciencia de recursos, mantenerlos y generalizarlos en base a patrones relacionales funcionales.

- Integrarse en recursos externos normalizados.

Los objetivos específicos están diferenciados con base en las diferentes etapas que configuran el modelo. Se trata de cuatro etapas que se denominan establecimiento de la relación, vinculación emocional validante, autonomía y despedida y cierre. Estas etapas a su vez están conformadas por diferentes objetivos específicos que se explican a continuación:

1º ETAPA. Inicio y establecimiento de la relación. Qué incluye las siguientes acciones de intervención:

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

2ª ETAPA. Vinculación Emocional Validante. Qué incluye las siguientes acciones de intervención:

- 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.

3ª ETAPA: Autonomía. Qué incluye las siguientes acciones de intervención:

- Fomentar la toma de conciencia del problema: egodistonía y responsabilización.
- Fomentar la toma de conciencia de recursos: experiencias de competencia y responsabilidad.

- Adaptar la intervención: protagonismo de la persona en el cambio.
- Indicar intervención exterior basada en el diagnóstico de la primera etapa, los logros conseguidos hasta el momento y acompañar en este 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.

4ª ETAPA: Despedida y cierre. Qué incluye las siguientes acciones de intervención:

- Favorecer la separación sana de vínculos seguros.
- Elaborar la despedida y el reencuentro 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 reajuste al entorno.

5. Metodología de intervención del Modelo VEV.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante se conforma metodológicamente como un sistema de etapas acumulativo y progresivo. Cada una de las etapas está compuesta por diferentes fases y cada una de estas, a su vez, cuenta con unos objetivos, tal y como se ha señalado en el apartado anterior, así como criterios de superación específicos. Además, en cada una de las fases se despliegan una serie de técnicas específicas de intervención que posibilitan su aplicación atendiendo a los diferentes momentos del proceso.

Desde este sentido acumulativo y sumativo, la cadencia de las intervenciones está diseñada para transitar desde lo externo hacia lo interno. El tiempo que cada persona requiera para superar cada una de las etapas y fases va a a estar sujeto a una gran variabilidad ya que depende de los diferentes factores implicados en cada caso.

La finalidad de este procedimiento para Estalayo et al. (2021) es lograr una nueva experiencia relacional que ponga fin a la circularidad interna y externa presente en torno al problema en el momento actual. Poner fin a esta circularidad será efecto de las nuevas narrativas que se originen en el marco del vínculo construido. Desde esta base segura se posibilitará la exploración previa para arriesgarse a generar los cambios relacionales que logren disminuir el sufrimiento y el malestar. Este proceso no responde a la consciencia, más bien se lleva a cabo de una manera más o menos preconsciente. Este es un aspecto innovador del Modelo VEV, que trae al plano consciente este proceso en forma de secuencia intencional.

5.1. Primera etapa: inicio y establecimiento de la relación.

Esta etapa es el punto de partida del modelo, pero también de la relación con la persona atendida. Para Estalayo et al. (2009), este inicio es complejo y por ello requiere de un marco claramente delimitado y regulado. Para ello se requiere de un contexto y encuadre claro y previamente conocido por todas las personas implicadas. Debe ser un encuadre predecible con una serie de aptitudes y actitudes que posibilite en adelante consolidar una base suficientemente segura entre el profesional y la persona atendida para generar un tipo de vínculo que resulte sustentador y donde la persona pueda validar la experiencia, hasta ese momento, invalidada.

Como afirma Estalayo (2017), todo ser humano es relacional y por ello, para que se dé un ajuste saludable, se precisa de otro como fuente de satisfacción de necesidades en primer lugar, pero también para que ayude a dar un significado a lo que sucede en el entorno e incluso, desde donde aprender a relacionarse. En la relación con otros significativos se forjan patrones de relación tipo que pueden presentar mayor o menor flexibilidad según las características individuales y el propio aprendizaje de las experiencias tempranas. De hecho, en la construcción de nuevas relaciones se desconocen las características del otro, de esto su especial complejidad. Para responder a esta complejidad, es innegable el establecimiento de ese marco relacional bien delimitado que se establece por medio de un encuadre claro, predecible y conocido por todos los miembros del sistema relacional

nuevo que se está generando. Por tanto, una base segura que permita en adelante la vinculación y pueda sostener y contener a la persona y al sistema en aras de validar la experiencia relacional.

De esta forma, el objetivo de esta primera etapa consiste en establecer una relación que permita evaluar los componentes personales tanto del profesional como de la persona, y elaborar la demanda como sustento de la alianza terapéutica que permita la posterior conexión con los objetivos y aspectos más nucleares de la intervención. Para Estalayo et al. (2021), en esta etapa también se deben evaluar las características y el funcionamiento relacional de la persona y de su familia. Es necesario establecer un vínculo entre el profesional y los miembros del sistema familiar que permita evaluar su funcionamiento.

Esta fase también responde a la necesidad de construir una serie de narrativas-solución, en lugar de narrativas-problema desde las que se han relacionado hasta el momento y que se han mostrado ineficaces y generadoras de dificultades relacionales y conductuales, motivos por los que en la mayoría de los casos han sido derivados a dispositivos institucionales.

A lo largo de esta primera fase se evaluarán como criterios de superación la generación de nuevos roles recíprocos en la relación con el profesional, las evidencias de mejora recogidas en el informe de observación, la mejora en los distintos indicadores de las pruebas psicométricas, el aumento del autocontrol y de la regulación emocional. Otro criterio de superación en esta primera fase es que, en el marco de la relación, la persona se permita la expresión conductual y se perciba una discriminación del funcionamiento problemático transitando desde la precontemplación hacia la contemplación.

Esta primera etapa se despliega por medio de cuatro fases que reciben el nombre de primera desvinculación, encuadre, contención y validación.

- ### Primera desvinculación.

La persona inicia el proceso en un dispositivo institucional específico, por tanto, tiene que separarse del entorno anterior. Esta ya es una situación nueva, estresante para la persona, ya que

tiene que conocer tanto a las personas que ya están en el dispositivo como a las y los profesionales, y el funcionamiento de este. Desde aquí se inicia para Estalayo (2017) el periodo de observación, así como la recogida de la información tanto de la persona atendida como de los miembros de su sistema natural. La observación es importante a lo largo de todo el proceso, pero en los momentos iniciales es aún más importante, sobre todo en el apartado de cómo vivencian y expresan el contacto inicial con el nuevo dispositivo, la separación del entorno anterior, los contenidos emocionales que afloran y aquellos que debieran estar, pero no se observan. En definitiva, los patrones de relación que se ponen en funcionamiento. Toda esta información es relevante porque, por un lado, supondrá una influencia en la relación o vínculo social, educativo y terapéutico que se establezca con el profesional de referencia, y por otro, porque de este modo se podrá prever la posible respuesta que vaya a tener la persona en la futura desvinculación cuando finalice su tiempo de estancia en el dispositivo.

En esta fase inicial también se lleva a cabo el primer análisis de las demandas. Por un lado, se encuentra la demanda de la persona y la demanda de su sistema sociofamiliar, pero también está la demanda por parte de la institución derivante y por parte de la entidad a la que la persona es derivada. Esta será la primera dificultad que precisa de abordaje desde la metodología, ya que se deberá definir una demanda compartida que pueda satisfacer las necesidades y deseos de todas las partes implicadas en el proceso.

La salida del entorno anterior puede ser del sistema familiar o de otro lugar y para Estalayo (2017) es importante evaluar cómo la persona sale de ese lugar. En esta situación, los procesos de separación se intensifican y es importante acompañar a la persona en la primera desvinculación como un aspecto prioritario de la intervención.

Para Martín et al. (2020), la causa de la primera desvinculación también es relevante junto con el grado de voluntariedad o involuntariedad que presente la persona y su sistema familiar, ya que influye en la intervención inicial. Es necesario evaluar cómo la persona enfrenta ese momento inicial, evaluando indicadores de funcionamiento de la persona, así como del tipo de desvinculación.

Para Estalayo et al. (2021), esta primera desvinculación es el primer foco de abordaje porque, si no puede desvincularse, difícilmente podrá vincularse de manera saludable en una nueva relación. Durante esta fase también es importante identificar los diferentes tipos de desvinculación protagonizados por la persona en su anamnesis, y desde el inicio, tratar de establecer formas o patrones diferentes de relación con el equipo de intervención, para no reproducir o repetir el que se ha dado en el pasado con sus sistemas de referencia. Del mismo modo, este primer momento apunta a vías de progreso para conseguir planificar la desvinculación futura con el dispositivo de intervención en el que inicia.

- ## Encuadre.

El encuadre terapéutico se refiere al conjunto de normas, límites, reglas y condiciones que estructuran la relación con el profesional. Este marco proporciona estabilidad, predictibilidad y seguridad, permitiendo que el proceso terapéutico se desarrolle de manera efectiva y ética. Es esencial para crear un ambiente en el que la persona pueda explorar sus pensamientos, emociones y comportamientos de forma segura.

Un encuadre bien definido no solo asegura la eficacia del proceso, sino que también protege la relación terapéutica al evitar confusiones o conflictos. Además, puede tener un efecto correctivo para personas con experiencias previas de límites poco claros o inexistentes en sus relaciones. Para Estalayo et al. (2016), el encuadre favorece la resonancia emocional mutua y bidireccional en la persona atendida y en el profesional que acompaña. También va a determinar la relación terapéutica organizada sobre la contención y la validación de esta resonancia emocional que va a ser evocada por el propio encuadre y que va a posibilitar la alianza terapéutica y el vínculo. El encuadre se despliega en la vida cotidiana a través de las experiencias de convivencia diarias, donde se podrá observar también las representaciones de experiencias pasadas de la persona.

El encuadre para Estalayo et al. (2016) será el proveedor de la sensación de seguridad necesaria para establecer el vínculo. Esta seguridad no solo responde a los peligros o amenazas del

exterior, también a las propias dificultades internas de la persona. Por ello, precisa de una persona adulta que cuente con capacidad de contención. La contención entendida como la capacidad de hacerse cargo del malestar vivenciado y de los impulsos agresivos que se puedan externalizar, no permitiendo que sean destructivos ni para la persona ni para su entorno. Esto significa que el propio encuadre va a permitir que la persona ponga a prueba la capacidad del profesional para contener cierto comportamiento agresivo, disfuncional y desregulado, tras lo cual se podrá construir el vínculo de apego seguro porque el adulto ya se ha mostrado capaz y disponible para acompañar en el proceso de exploración de las propias dificultades.

Por lo tanto, la finalidad del encuadre para Estalayo et al. (2016) es favorecer un contexto de seguridad y de disponibilidad, va a permitir contener las experiencias angustiosas y sostener el proceso de cambio y, además, redefinir los límites donde se desarrolla la transformación.

Además de la contención de las conductas externalizantes emergentes, ante el encuadre también se dará la contención de la expresión emocional incontrolada y proyectada en el otro y la validación de la experiencia emocional por medio de la relación de la figura del profesional que acompañará para que transite en la relación hacia la movilización desde su apego originario hacia uno más seguro (Estalayo et al. 2009).

Para Estalayo (2017), el encuadre puede ser interno o externo y a lo largo de la intervención se abordarán ambos. El encuadre externo es prioritario durante el inicio, ya que cuenta con un elemento diagnóstico por las respuestas que puede provocar en la persona. Por tanto, se trata de una propuesta que objetiva el síntoma, es decir, hace visible y comprensible el motivo de ingreso en el dispositivo, así como los aspectos que orbitan alrededor de dicho ingreso. El encuadre en los momentos iniciales tiene que ser firme, centrado en la conducta, ya que todavía está en juego la aceptación de la norma.

El encuadre externo se asemeja al encuadre psicoanalítico tradicional, es decir, un conjunto de normas explicitadas que establecen el espacio físico y temporal en el que se va a desarrollar el proceso. Este conjunto de normas se encuentra en el manual de convivencia y en el reglamento que

se presenta a la persona en su entrada al dispositivo de intervención específico. Estas reglas solo se pueden cuestionar, criticar, debatir o mejorar en los espacios grupales abiertos a tal efecto.

El encuadre apunta al autogobierno de la persona y su socialización, pero también persigue la construcción de la identidad y va a determinar cómo se relaciona la persona con el mundo adulto. La aplicación del encuadre es un proceso relacional madurativo y evolucionará con el tiempo según la identidad que la persona vaya construyendo con los profesionales, según los desafíos que se vaya encontrando en su proceso de diferenciación y según como se vaya haciendo cargo de su conducta de manera autónoma y satisfactoria. A pesar de que en los momentos iniciales es rígido por los planteamientos anteriormente mencionados, a medida que avance por las diferentes etapas y fases, de manera paralela a la evolución de su proceso, se irá encontrando un equilibrio normativo que generará una base relacional suficientemente segura desde la que explorar el mundo y con suficiente autonomía y seguridad, ya que su figura de referencia estará ahí en caso de necesitarlo.

Para Estalayo et al. (2021), el encuadre tiene doble función. Por un lado, limitar las conductas y, por otro, generar espacios de intensidad emocional que faciliten la comprensión de dichas emociones.

- ## Contención.

En la primera infancia, como explican Estalayo et al. (2009), el bebé proyecta parte de su psique, especialmente las emociones incontroladas, para que su figura principal de cuidado las contenga. Esto pretende hacer el modelo en esta fase de la metodología. Para Estalayo (2017), esta fase se refiere a la idea de continente/contendido que, junto con la fase de validación, constituyen la otra vertiente del encuadre, el interno o relacional.

Esta fase para Estalayo (2017) es el tránsito entre la objetivación del síntoma desde el encuadre externo a su expresión interna de manera paralela a la co-construcción del vínculo entre el profesional y la persona. A medida que las personas atendidas empiezan a conectar, comprender y aceptar los motivos de derivación al dispositivo, se va flexibilizando el encuadre externo. Llegados a

este momento de la intervención, se apunta hacia subjetivar el síntoma en un encuadre diferente, más flexible y que posibilite la dimensión subjetiva de la persona.

El foco técnico de esta subjetividad se establece en las emociones, los roles recíprocos concretados en patrones relaciones y estilos de relación y apego. Por lo tanto, la subjetivación del síntoma supone evolucionar desde el reconocimiento del síntoma como conducta hacia la exploración de los contenidos emocionales y relacionales del mismo que subyacen. Por ello, en esta fase se evidenciarán conductas y emociones desreguladas e invalidadas al entrar en contacto con un marco de disciplina al que no se está acostumbrado. Pero, aparte de implementar respuestas educativas desde el encuadre externo, es importante contener la expresión conductual y rescatar el contenido emocional desregulado que subyace. Esto genera seguridad por haber podido ser contenido por el otro y porque la persona puede actuar sus ansiedades o impulsos sin correr un excesivo riesgo.

La seguridad en esta relación permite exponer aspectos que no están elaborados o no son comprendidos, pero se requiere a otro que pueda acompañar. Por ello, cobra especial atención la figura del profesional, sobre todo en la detección, comprensión y regulación de los estados emocionales. Por medio de la generación de un diálogo se adquirirá la suficiente regulación de los estados emocionales y de la conducta para que, en ausencia de esta figura, la persona atendida pueda utilizar la representación de esta relación que ha quedado introyectada y aprobada. Para ello, se requiere también la identificación de los roles recíprocos problemáticos y que emerjan nuevos patrones más adaptativos en el seno del vínculo generado.

El concepto de contención para Gutiérrez y Estalayo (2020) es fundamental para acceder a una relación de confianza donde el adulto puede hacerse cargo del sufrimiento y de la desregulación. Además, le ayuda a regular la experiencia externalizante haciéndola soportable y también le devuelve una mirada sensible y atenta que, valida la experiencia interna, seguramente hasta este momento invalidada. Estas dinámicas pueden derivar o ir construyendo un objetivo común en la relación, una atención a la necesidad de la persona y de su demanda, ya que se abre la posibilidad de dar respuesta a lo que la persona plantea. En definitiva, persigue la generación de un diálogo que le permita la

suficiente regulación de sus estados emocionales y de su conducta sin la presencia de ese adulto. Todo esto requiere la identificación de roles recíprocos problemáticos y el emerger de nuevos más adaptativos en el seno del vínculo generado. Este proceso se completa en la fase de validación.

- ## Validación.

La validación para Estalayo et al. (2009) es la capacidad de influir alabando, valorando aquellos comportamientos que se quieren mantener o que se quiere que aparezcan en las personas. En relación con este concepto, el modelo apuesta por la vertiente de valorar a la persona y no el comportamiento, es decir, validar las expresiones de las personas atendidas.

En esta fase se continúa con el encuadre interno, en aras de cimentar el espacio relacional y lograr la subjetivación del síntoma desde la integración de contenidos emocionales que pudieron quedar en el plano inconsciente al no haber sido señalados por el entorno en la primera infancia, en sus primeras manifestaciones.

Pasar algún aspecto del plano inconsciente al plano consciente requiere de un ejercicio de toma de conciencia, es decir, vivencia subjetiva. Detrás de las conductas de todos los seres humanos siempre existe un motivo que va a conferir un significado propio a cada uno. Por ello, la figura del profesional pondrá el foco en el efecto beneficioso de reconocer y validar emociones y sentimientos, ya que esto hace que disminuyan sus efectos negativos, la ansiedad que generan y favorece una imagen más positiva de uno mismo. El comportamiento y estilo de relación de cada una de las personas no tiene por qué estar conectado a rasgos del carácter o a anómalas motivaciones. Para ellos tienen un significado en su historia relacional y de desarrollo personal. Se trata de maneras que les han permitido dar respuestas adaptativas a las exigencias de su entorno.

El establecimiento de una relación segura para Estalayo (2017) permite activar la función reflexiva desde la que se van a poder identificar, modular y expresar las emociones. Que esta expresión emocional sea recibida por la persona de un modo que le haga sentirse aceptado y entendido. Este es el punto de inicio para poner fin a las interferencias que derivan de las conductas

externalizantes que coinciden con los síntomas objeto de la intervención. Por lo tanto, esta fase aborda tanto la vertiente emocional como la conductual a través de esa capacidad de influir en la persona atendida reconociendo, alabando y valorando aquellos comportamientos a mantener o aquellos que se espera que aparezcan, en definitiva, validando. De esta forma, en la fase anterior se contienen las emociones desreguladas, así como su expresión conductual, y en esta fase, se identifican y valoran las expresiones emocionales subyacentes e invalidadas.

Las emociones desreguladas que pueden emerger en esta fase son emociones reactivas o defensivas que anulan el sentimiento primario en algunos supuestos o en otros se utilizan como instrumentos para obtener algo que se necesita. Pero detrás de ambas, está el contenido emocional que precisa ser identificado, reconocido y validado. En la mayoría de los casos no se reconocen y este es el momento preciso para facilitar su expresión de una manera más contingente con el verdadero contenido y, por ende, menos disfuncional y más prosocial. Por todo esto, el foco de esta fase no es la conducta, sino las emociones y los procesos mentalizadores a través de los cuales se realizan las interpretaciones emocionales, y los patrones de relación subyacentes y que derivan en la conducta problema.

La validación, por tanto, no consiste únicamente en la detección del contenido emocional no compartido; también consiste en crear nuevas narrativas en la relación con el profesional que circula hacia un apego seguro, teniendo en cuenta las características contenedoras de esta. La narrativa consiste en la traducción de los contenidos incontrolados y proyectados en la relación y en la que el profesional recoge la emoción no compartida y acompaña y modela en la expresión adaptativa de la misma.

Para Estalayo et al. (2021), en esta fase también es relevante que el profesional logre identificar, reconocer y tolerar sus propios estados emocionales, ya que lo que no se sabe, no se reconoce y no se tolera en uno mismo, no se puede enseñar a los demás. Para Llorente (2024), también requiere especial mención la capacidad por parte de la persona atendida para poder fiarse de un adulto competente que acompaña sin juzgar y que sostiene sus estados emocionales.

5.2. Segunda etapa: Vinculación Emocional Validante.

Llegados a este momento del proceso y habiendo transitado por las fases anteriores, la persona para Estalayo et al. (2009) ya puede concederse el permiso para situar al profesional de referencia como una figura de referencia y concederle un valor y unas características de las que, hasta este momento, estaba desprovisto. Para la persona, se trata de una especie de guía en la que puede confiar porque ha demostrado capacidad de limitar y sostener y, además de esto, observa y comparte aspectos auténticos de él y ofrece un apoyo que le genera nuevos aprendizajes y patrones de relación basados en la seguridad de que, a pesar de que ponga en la relación aspectos complicados, le contiene y le valida.

Con la población adolescente y joven es habitual observar que despliegan un comportamiento adecuado con unas personas y no con otras. El Modelo VEV se basa en la premisa de que, si puede hacerlo con alguien de manera ajustada o adaptativa, se puede generalizar a otras personas si cuenta con un guía. Esta nueva etapa es la de la vinculación emocional validante y únicamente está configurada por la confianza básica.

- ### Confianza básica.

Al inicio de esta fase, la persona ya ha situado a una persona adulta profesional como una figura de referencia que se preocupa y responsabiliza dentro de la relación. Se trata de una etapa para Estalayo (2017) en la que se asienta lo que se ha adquirido, aceptado y descubierto en la relación de seguridad construida y que en adelante se pretende generalizar a otras relaciones y contextos.

En esta relación en la que la persona ha podido confiar en el profesional y se ha sentido segura, se posibilita la introyección e imitación de su figura. El profesional se convierte en guía o modelo de identificación y la persona puede ya internalizar nuevas formas de relación. Para ello, es importante que el profesional cuente con la capacidad de generar confianza básica por medio de la contención y de la validación en la manifestación de las conductas violentas, transgresoras o disfuncionales.

Esta fase constituye un momento de segurización del estilo de apego, también se van a desplegar nuevos patrones relacionales o roles recíprocos que van a incrementar los modelos representacionales internos o patrones relacionales. El aumento de recursos personales fruto de la relación de seguridad que responde con sensibilidad y de manera contingente permite a su vez, mejorar la relación con el profesional. Sin embargo, estos cambios por el momento no son generalizables a otros contextos y este será el objetivo de la siguiente etapa.

La generación de confianza supone un factor determinante, y para lograrlo se precisan unas condiciones comunicativas que hagan que el contenido sea fiable y digno de ser incorporado al repertorio individual de la persona atendida. Por ello es necesario segurizar el apego por medio de canales de comunicación en la relación que permitan recoger información fiable del profesional. Para ello en esta fase se deben acometer tres niveles diferenciados de confianza.

- Conseguir que la persona sienta que se cree en ella, haciéndole sentir entendida y aceptada, no juzgada.
- Conseguir que la persona adquiera la capacidad de creer en el otro, en su buena intención y en su capacidad personal-profesional.
- Conseguir que la persona crea en sí misma, en su capacidad presente en la relación con el profesional y en su potencial futuro con otras personas de su entorno o nuevos contextos a los que pueda transitar.

Para Estalayo et al. (2021) en esta etapa se han de evaluar como criterios de superación la aparición de pequeños cambios en las conductas y roles recíprocos problemáticos, la identificación de emociones invalidadas y la conexión de estas con los funcionamientos problemáticos, establecer criterios de limitación de los contactos con el entorno relacional externo, preguntar, discutir, pensar en alto, cambiar la explicación de situaciones problema e interpretaciones de los estados mentales propios y ajenos, confiar más en las propias capacidades y en la no maldad del entorno, segurizar el apego y poder acometer acciones sin la presencia del profesional en entornos cercanos. Por último, ajustar los primeros acuerdos y concreciones del sentido de la intervención reformulando la demanda.

5.3. Tercera etapa: autonomía.

En el momento en el que la persona ha interiorizado nuevas formas de relación desde la movilización de su apego originario hacia el apego seguro con la figura del profesional y ha tenido nuevas experiencias alternativas a las que enfrentarse a los diferentes problemas o situaciones vitales, Estalayo et al. (2009) apuntan a que es el momento de abordar la autonomía previa a la separación que se va a producir de la figura del profesional y del contexto actual en el que vive. Dicho de otro modo, ha llegado el momento de explorar hacia fuera.

El trabajo hasta el momento, como refiere Estalayo (2017), ha estado enfocado en la construcción del vínculo suficientemente seguro que ampare los cambios necesarios para superar las dificultades que le han llevado al dispositivo. De ahora en adelante, se ha de comenzar a trabajar la autonomía y esta se trabaja en las tres fases que a continuación se presentan: la responsabilización, la amenaza a la identidad y la desistencia.

- ### Responsabilización.

La fase de responsabilización es entendida por Estalayo et al. (2009) como el proceso por el cual la persona atendida acepta y asume las consecuencias y la presencia de un aspecto problemático que precisa resolver. Se considera importante que dicha responsabilización ante un posible cambio parta de los recursos de la persona atendida para que ese cambio no sea percibido como una amenaza o pérdida.

Estalayo (2017) refiere la complejidad de este proceso en el que, a partir de la segurización lograda en las etapas anteriores, la persona atendida transita de una actitud egosintónica a una egodistónica. En el Modelo VEV, la egosintonía consiste en vivir el síntoma como algo positivo que genera beneficios a los que no se pretende renunciar y que es parte de la identidad, de forma que el síntoma es un problema para los demás y no para uno mismo. En el lado opuesto, la egodistonía se refiere a vivir negativamente el síntoma y las consecuencias de este.

La egodistonía no se logra por medio de confrontaciones masivas o por medio de confrontaciones que no recogen a la persona, ya que confrontar sin recoger es agredir. La egodistonía se logra generando y ofertando alternativas posibles para el cambio. Haciéndolo de otro modo, se corre el riesgo de regresiones o de afianzamiento de las conductas transgresoras. Después del recorrido por las etapas y fases anteriores, la persona atendida ya ha desarrollado o mejorado en su capacidad de mentalización, por lo que tener en cuenta y comprender lo que le sucede y lo que le sucede a los demás es el primer paso para responsabilizarse de ello y no solo de sus conductas. En esta fase, la persona debe sentirse protagonista de sus conductas y de sus intenciones, así como verse capaz de generar alternativas que le permitan un ajuste más adecuado con las exigencias que provienen del mundo externo, siendo estas las relaciones que mantiene y la construcción de una identidad suficientemente preservada y sólida que le permita verse a sí misma y a los demás con la suficiente tolerancia como para transitar por las diferentes crisis de su ciclo vital.

Para Estalayo et al. (2021), es tomar conciencia de lo que la persona tiene que ver con lo que hace y le pasa, sentir un grado de malestar tolerable que le lleve a una motivación al cambio, pero siempre desde el descubrimiento de sus potencialidades y recursos personales descubiertos en la relación con el profesional.

- ## Amenaza a la identidad.

La identidad es un aspecto clave y más cuando se trata de este momento evolutivo que es la adolescencia o primera juventud. Para Estalayo et al. (2009), uno de los motivos de las recaídas o recidivas en los problemas de conducta violenta es que el cambio propuesto desde la intervención supone una amenaza a la identidad de la persona. De este modo, cuando el contexto deja de ser tan restrictivo, la persona vuelve a actuar con su conducta disfuncional. Por ello, desde el Modelo VEV se propone el cambio y la consiguiente responsabilización desde los recursos propios ya existentes en la persona para que de este modo no supongan una amenaza y se posibilite la desistencia en la conducta violenta y los patrones relacionales disfuncionales previos.

Este abordaje requiere la intervención también con la familia y la red social disponible, involucrarles en la intervención y, por supuesto, en el proceso de cambio, solicitarles información, mostrarles la visión que se tiene del problema y los pasos que se pretenden dar para contar con su opinión y posibles sugerencias, pidiéndoles ayuda sobre los posibles beneficios que ven o los riesgos que intuyen desde el conocimiento que tienen de la persona atendida.

En esta fase, como apunta Estalayo (2017), son frecuentes las recaídas en comportamientos anteriores. El abordaje lleva tiempo y esfuerzo y en ocasiones no se ajusta al tiempo disponible. Estas recaídas pueden ser desmotivadoras y pueden utilizarse como un criterio que refuerza la desconfianza en las capacidades de cambio. Por ello, se requiere de un análisis riguroso de la frecuencia y de la intensidad de las recaídas, porque si el tiempo que transcurre entre cada recidiva es cada vez es mayor y el nivel de intensidad es menor, estamos realmente ante una progresión, aunque se trate de una recaída. Seguir creyendo en las posibilidades de la persona atendida es un factor determinante.

- ## Desistencia.

La intervención con las personas atendidas que presentan conductas disfuncionales pretende la desistencia de estas y, como apuntan Estalayo et al. (2009), esto se logra por medio de la relación basada en la seguridad con el profesional y su estabilidad emocional que contribuye a validar los contenidos emocionales privados no compartidos. Esta fase posibilita que la persona atendida desista por sí misma de la realización de determinadas conductas o de establecer determinado tipo de relaciones.

Es habitual que cuando las personas se encuentran en esta fase escogen personas y relaciones muy diferentes a las que eligieron o con las que se relacionaron en el pasado. De hecho, buscan encontrar personas y relaciones similares a las que han encontrado y construido con las figuras adultas de referencia que los han acompañado durante el proceso de cambio. Además, comienzan a sentirse como lo han hecho en el vínculo construido, pueden retomar situaciones, parar y volver a pensar sobre

los posibles malentendidos, comprender dónde se posicionan en las relaciones y dónde les cuesta sentirse posicionados.

Para Estalayo et al. (2021), la desistencia es un momento de cambio, es dar un paso atrás por parte de los profesionales que han acompañado durante todo el proceso y es dar espacio a las nuevas dinámicas relacionales. También es comprender y devolver elaboradas las posibles conductas regresivas que pueden aparecer y que expresan la próxima despedida y cierre de la relación con el profesional de referencia y con el dispositivo. Todo ello se simultanea con la ansiedad de separación ante los nuevos vínculos y los reencuentros, por otro lado, tan esperados.

Como apunta Estalayo (2017) de forma sintética, el encuadre persigue dominar la agresividad, la contención y la validación, favorecer orientarse hacia el adulto, la confianza básica, desarrollar la capacidad de debatir e intercambiar con el adulto, la responsabilización, sentirse culpable por los actos cometidos y la amenaza a la identidad, contar con proyectos realistas de futuro.

5.4. Cuarta etapa: Despedida y cierre.

Una vez transitadas todas las fases y etapas anteriores o una vez que finaliza el tiempo de estancia en el dispositivo, llega el momento de la despedida y cierre. En este momento, es necesario llevar a cabo un reencuadre y una nueva reformulación de la relación entre el profesional y la persona para que el cierre no suponga un retroceso de los avances logrados.

Cuando llega el final de los plazos para llevar a cabo la intervención, como sustenta la separación, no debe ser vivenciada como una ruptura. Es necesario mostrar disponibilidad, pero sin que ello suponga sustituir o contaminar las nuevas relaciones que ya se han venido gestando durante el final de la intervención y que se quedarán activas una vez finalice en el dispositivo.

Para Estalayo et al. (2021) se trata de un momento delicado y así ha de ser entendido. En este momento de la intervención se pueden dar dinámicas confusas que precisen del apoyo del profesional para facilitar la expresión de emociones de una manera adaptativa. En algunos casos puede ser la primera experiencia de separación sana que no sea entendida como un abandono. Hay que lograr dar

soporte y validar la experiencia que no deja de ser una angustia de separación, que, sin embargo, puede convertirse en una experiencia nueva de aprendizaje.

Esta etapa se configura en torno a dos fases, la desvinculación y la revinculación.

- ## Desvinculación.

La desvinculación posibilita que, desde la base segura de la relación establecida con el profesional, la persona se pueda separar sin que ello suponga una nueva experiencia de abandono o se viva como otro fracaso relacional, y esto se puede lograr debido a que, aunque separados, la figura adulta de referencia durante el proceso se mantendrá siempre que la necesite. Esta presencia será real en los supuestos en que el contexto profesional lo permita; en otros casos será de una forma introyectada. Se trata de una de las fases de mayor dificultad porque la persona es consciente de haber experimentado un tipo de relación que no es la habitual en el contexto del que procede.

En esta fase pueden emerger situaciones complejas en las que el profesional debe seguir acompañando a la persona, teniendo en cuenta sus características personales, su estilo de apego y las desvinculaciones del pasado, porque la intensidad emocional en este momento se puede reactivar regresivamente.

Para Martín et al. (2020), la desvinculación es el final de la relación de ayuda y por ello es un momento de gran dificultad. Por un lado, por el grado de abstracción con relación a lo que debe o cómo se debe dar y, por otro, porque en la mayoría de los supuestos genera la reaparición de emociones y dinámicas del pasado. Por ello, se favorece durante el proceso de intervención la generación de experiencias previas en las que la persona pueda ir adquiriendo una identidad vinculada a la capacidad de control de la experiencia de separación. Este abordaje se espera que pueda resolver en cierta medida la angustia de separación que se pueda dar en el final del proceso. Este abordaje durante la intervención se denomina micro desvinculación y ayuda a poder trabajar, evaluar y establecer un guion claro y conciso del proceso de desvinculación general.

Los autores también apuntan a la importancia de la figura del profesional, su manera de evaluarse como profesional en base a cómo vive las despedidas, si es un facilitador o no de este proceso. Considerarse facilitador conlleva una gran habilidad objetiva y para ello es preciso contar con el equipo educativo para lograr un pensamiento conjunto como apoyo al profesional que pueda tener dificultades.

Para Estalayo et al. (2021), la intensidad que cobra esta fase como experiencia se aborda, a pesar de constituirse como una fase independiente final, desde el inicio de la intervención, entendiendo que la naturaleza de la relación segurizante mantenida no permite dejar el momento de la desvinculación para unos días previos al cierre o un periodo corto o limitado en el tiempo.

- ### Revinculación.

La revinculación trata sobre la vuelta de la persona a su entorno de procedencia o a la emancipación. En el Modelo VEV no se concibe como una fase final, ya que es la consecuencia de un proceso iniciado desde el momento en que se consigue establecer un vínculo sano y este supone generar una continuidad en el exterior que revierta el círculo relacional vicioso en el que se encontraba la persona. La revinculación no solo busca, por tanto, reparar vínculos familiares o sociales dañados, sino también proporcionar herramientas para construir nuevas relaciones basadas en seguridad emocional y validación mutua.

El objetivo es trabajar en una revinculación sana que permita internalizar los aprendizajes obtenidos durante el proceso, lo que implica preparar a las personas tanto para mantener relaciones externas previas como para establecer nuevas conexiones sin generar rupturas traumáticas.

6. La figura del profesional.

Como se ha venido intuyendo a lo largo de todo el capítulo, la figura del profesional, así como sus características personales, tienen una importancia sustancial a lo largo de todo el proceso de

intervención. Para el Modelo VEV, existen algunos rasgos de carácter que impactan directamente en el éxito de la intervención.

Para el modelo es importante tener en cuenta las necesidades del profesional, así como las tensiones que se pueden generar cuando tiene que llevar a cabo la intervención desde el control sensible. El control sensible consiste en una actitud del profesional para poder gestionar el control desde su función. No se trata de una estrategia ni de una técnica aprendida, se trata de una actitud y de una predisposición psíquica que le permita adaptarse y flexibilizarse en las diferentes situaciones.

La relación entre el profesional y la persona se entiende como un proceso dinámico en el que ambas partes influyen mutuamente, es decir, desde la circularidad y la influencia mutua. Estalayo (2017) sustenta que el proceso de influencia mutua favorece resignificar las huellas que dejaron las experiencias traumáticas, no elaboradas o dolorosas. Esto permite ajustar las intervenciones a las necesidades específicas de la persona. Esto significa que los problemas se entienden como el resultado de interacciones circulares entre las personas involucradas, donde cada miembro del sistema contribuye a las dinámicas existentes.

La relación entre el profesional y la persona se enmarca en un vínculo donde el profesional es capaz de desplegar funciones contenedoras, reguladoras y de desarrollo identitario. Las disfunciones en las etapas iniciales del desarrollo responden a la reparación que en edades posteriores sustenta la figura del profesional, la metodología de intervención y el dispositivo específico. Esto se lleva a cabo desde el despliegue de las tramas relacionales del pasado que han podido quedar marcadas por experiencias en ocasiones traumáticas y que se van a reproducir en el contexto de la intervención y con el conjunto de profesionales que acompañan el proceso de cambio.

Cada figura profesional como todo ser humano, tiene su propia historia de vida y de desarrollo, así como posibles alteraciones en las funciones de los vínculos primarios. Por ello, desde el Modelo VEV se pretende encontrar dimensiones o componentes personales que favorezcan el autoconocimiento, para poder relacionarse con la persona atendida e identificar cuáles son las dinámicas de relación que interaccionan, y poder abordarlas. Las competencias del profesional que

acompañan al cambio se evidencian en el proceso y por ello, exige una formación específica sobre el desarrollo, el comportamiento sintomático emergente, así como un interés de formación continua y capacidad para la intervención multidisciplinar en múltiples contextos, sean estos institucional, social o familiar.

Las características de la figura del profesional, como apuntan Estalayo et al. (2021), son igual de importantes que su saber técnico, así como el autoconocimiento de estas, de sus potencialidades y límites en la intervención. La disponibilidad de la figura del profesional es el factor más estable y favorecedor del cambio en la persona atendida. También se constituye como relevante confiar y ser confiable. Para Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020), también se establece como relevante la adaptación a las características de la persona atendida, no centrarse en lo negativo y generar nuevas propuestas de relación.

En la relación con la figura del profesional no se debe reproducir lo que sucede en la sociedad, en la que estas personas son expulsadas después de expresar su malestar. Para ello, se considera necesaria la construcción de un entorno de trabajo en el que estas dinámicas expulsivas no estén presentes y trabajar desde la mirada de un profesional y de un equipo que está dispuesto a abordar esas dificultades.

Para González & Martin (2017) resulta importante extraer de las diferentes propuestas teóricas cuáles son las características personales que ayudan en el proceso, y hasta el momento se trata del estilo relacional, estilo de apego, emociones y roles recíprocos que están relacionados con la regulación emocional, la reflexión y la responsabilización y estos componentes tanto en las personas atendidas como en los profesionales u otros agentes intervinientes. De ahí la importancia de la conciencia por parte de la figura del profesional y partir de las dinámicas circulares que se van a dar en base a estos componentes desde una posición de agente de cambio. Por tanto, se antoja necesario el análisis de los factores personales de cada profesional.

También se apunta como relevante para Serrano (2024) que la figura del profesional se conozca, pueda identificar tanto sus movimientos transferenciales como contratransferenciales y así intervenir de manera consciente en ello para no obstaculizar el proceso y la relación.

Para Estalayo et al. (2021), los componentes a observar en cada miembro que compone el vínculo son los estilos relacionales, estilos y conductas de apego, las emociones, los roles recíprocos y la capacidad de mentalización. El profesional debe reconocerse y ubicarse en cada uno de ellos para conocerse mejor en la relación con las personas atendidas.

7. Investigaciones sobre el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

En relación con las investigaciones realizadas sobre el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV), se han llevado a cabo diversos estudios que han explorado su aplicación en contextos terapéuticos, educativos y sociales, obteniendo resultados significativos en diferentes poblaciones.

Rodríguez-Ochoa et al. (2017) llevaron a cabo un estudio de caso en el que se aplicó el Modelo de Vinculación Emocional Validante a una adolescente con tendencia borderline, caracterizada por relaciones interpersonales inestables, conductas impulsivas y auto-punitivas. El acompañamiento educativo y terapéutico basado en el VEV mostró un éxito moderado pero sostenido, evidenciado años después de la finalización de la medida judicial impuesta. Este estudio subrayó la importancia del vínculo emocional como herramienta para estabilizar patrones disfuncionales y fomentar una evolución positiva en el contexto psicosocial del menor. Los resultados del estudio subrayan la capacidad del modelo para generar cambios duraderos al centrarse en la validación emocional y el fortalecimiento del vínculo, lo que permite desarrollar mayor estabilidad emocional y relacional.

En otro estudio realizado por Rodríguez-Ochoa et al. (2018), se evaluó la aplicación del modelo VEV en un centro de justicia juvenil mediante el análisis de 18 episodios de ingreso correspondientes a 16 adolescentes infractores. Los resultados revelaron un perfil diferencial entre los jóvenes, destacando un cambio estadísticamente significativo en su estado clínico tras la intervención. Este

estudio enfatizó cómo el modelo puede ser eficaz para modificar patrones emocionales y conductuales en menores con antecedentes judiciales, promoviendo una mejora en su regulación emocional y capacidad relacional. Este hallazgo es relevante porque demuestra que el VEV no solo mejora la regulación emocional de los jóvenes, sino que también facilita su reintegración social mediante el desarrollo de habilidades relacionales más adaptativas.

Flórez (2021) llevó a cabo una revisión sistemática centrada en programas de intervención dirigidos a adolescentes infractores, incluyendo una evaluación específica del Modelo de Vinculación Emocional Validante. Los hallazgos destacaron la alta calidad del modelo, señalando su capacidad para generar cambios positivos en las dinámicas relacionales y emocionales de las personas jóvenes. Este estudio puso en evidencia que el modelo no solo es eficaz desde una perspectiva clínica, sino también desde un enfoque metodológico, ya que permite estructurar intervenciones basadas en la validación emocional y la construcción del vínculo. La sistematización del modelo refuerza su aplicabilidad en contextos diversos, consolidándolo como una herramienta clave en programas psicoeducativos y terapéuticos.

Anta y Estalayo (2024) realizaron un estudio para evaluar si los menores que se encontraban cumpliendo medidas judiciales en régimen semiabierto o cerrado mejoraban su capacidad para identificar emociones tras la aplicación del Modelo VEV. Los resultados mostraron avances significativos en la identificación facial de emociones tanto propias como ajenas, así como una disminución de interpretaciones erróneas. Además, se observó una mejora notable en las relaciones sociales de estos jóvenes hacia el final de su internamiento, lo que evidencia el impacto positivo del modelo en su desarrollo emocional y relacional.

Los estudios muestran que el VEV genera cambios duraderos tanto a nivel individual como relacional. La estructura acumulativa del modelo permite adaptarlo a diferentes contextos como los individuales, familiares o comunitarios, lo que incrementa su eficacia y aplicabilidad. El éxito del modelo radica en su capacidad para validar las emociones y experiencias de las personas, creando un entorno seguro donde puedan explorar sus sentimientos y desarrollar habilidades emocionales. El

desarrollo de una relación basada en la confianza básica y epistémica con el profesional es clave para el modelo, lo que le permite fomentar habilidades sociales adaptativas, la mentalización y la autorregulación emocional.

En definitiva, estas investigaciones refuerzan empíricamente la eficacia del Modelo de Vinculación Emocional Validante como herramienta para intervenir en contextos complejos que involucran personas, especialmente adolescentes y jóvenes, con graves dificultades emocionales y sociales. Su enfoque centrado en la validación emocional y el fortalecimiento del vínculo interpersonal ha demostrado ser útil para generar cambios sostenibles tanto a nivel individual como comunitario.

CAPÍTULO 4: Servicio de Día Beinke: contexto de investigación.

1. Servicio de Día Beinke.

El Servicio de Día Beinke se enmarca en lo dispuesto en el artículo 6.1.c) de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del Parlamento Vasco, siendo un recurso de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia. Su finalidad es la prestación de servicios sociales orientados a la prevención y atención de situaciones de exclusión, así como a la promoción de la integración social de personas, familias y grupos.

Desde la Diputación Foral de Bizkaia, más concretamente desde el Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad, se detectó la necesidad de desarrollar una intervención de carácter preventivo frente a la exclusión social grave, dirigida a las personas jóvenes, especialmente a aquellas que habían sido atendidas por el sistema de protección de menores, debido a que se advirtió que las carencias sufridas en la infancia tenían un alto riesgo de abandono de los procesos de tránsito e inclusión social hacia la vida adulta. Por ello en 2016, el Servicio de Día Beinke se incorpora al programa

de dicho departamento Estrategia Joven, y con ello, a la red de dispositivos para atender a la población más vulnerable que se encuentra en el rango de edad de entre los 18 y los 23 años.

Según el Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 59/2019 de 21 de mayo, se trata de un servicio que ofrece a las personas usuarias un conjunto de prestaciones de carácter polivalente, garantizándoles un acompañamiento individualizado en su proceso de inclusión. El Servicio de Día para la inclusión social se constituye en el marco físico de referencia desde el que se canalizará la intervención con las personas usuarias, a las que se procurará las prestaciones técnicas necesarias con apoyos de alta y media intensidad que, en función de las necesidades detectadas, requieran en cada momento. En este sentido, como apuntan Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020), el servicio no se concibe únicamente como un espacio físico en que las personas usuarias deban pasar el día, sino que permite articular la intervención con las mismas más allá de la propia estructura del servicio o centro y en su contexto habitual (medio comunitario, vivienda o alojamiento habitual). En este servicio, además, se estructuran procesos de intervención tanto con personas usuarias alojadas en alojamientos normalizados de su medio comunitario, donde cobra especial relevancia el apoyo a la vida independiente, como con personas usuarias de servicios residenciales para la inclusión social.

El Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 59/2019 de 21 de mayo, además, recoge las prestaciones técnicas adaptadas a las necesidades derivadas del proceso de inclusión de la persona usuaria. Por un lado, el acompañamiento social, por otro, la intervención socioeducativa y ocupacional o pre-laboral y, cuando así lo exijan las necesidades de las personas usuarias, la intervención estimulativa o rehabilitadora. Además, contempla también el desarrollo de competencias sociales y la mejora de la interacción entre la persona y su medio, ya sea familiar, grupal o comunitario. El decreto recoge también las prestaciones complementarias y apunta a que el Servicio de Día deberá garantizar a las personas usuarias la manutención, la limpieza, la consigna y la higiene personal y de lavandería.

El Servicio de Día Beinke se concibe como un recurso especifico dirigido a personas jóvenes que se encuentran en situación de riesgo o exclusión social grave en la provincia de Bizkaia, y que presentan dificultades en su funcionamiento personal, en la convivencia familiar y en su integración

en el entorno en el que viven. Todo ello, en las mejores condiciones posibles de normalización, independencia y calidad de vida.

En definitiva, se trata de un centro de día polivalente, que presta servicios para desarrollar, mantener, incrementar u optimizar habilidades de autocuidado personal, desarrollo físico y emocional, socialización, comunicación y aptitudes pre-profesionales u ocupacionales.

En el año 2016 se inicia como proyecto piloto, pero las características de la población han precisado y precisan de una intervención individualizada e integral, en definitiva, como refieren Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020) en parámetros de exclusividad o ajuste social. Para ello, ha sido necesario complementar la intervención desde el Servicio de Día con otros dispositivos o programas, de tal forma, que el Servicio de Día Beinke se amplia y perfecciona en los años siguientes.

En julio de 2017 se implementa el dispositivo residencial Beinketxe. El Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 59/2019 de 21 de mayo, regula este nuevo servicio cuya naturaleza es la de un centro de convivencia destinado a ofrecer a las personas usuarias un servicio de alojamiento con apoyos de media o alta intensidad para realizar intervenciones orientadas a la inclusión social. En el programa de media estancia para apoyo a procesos de vida autónoma, los servicios residenciales tendrán carácter complementario del Servicio de Día, con una duración de estancia de 6 meses, prorrogable con un máximo de otros 6 meses, a propuesta de quien ejerza como profesional de referencia en la Diputación Foral de Bizkaia. El servicio residencial posibilita articular la atención a la persona usuaria desde un contexto estructurado y estructurante, con carácter previo al tránsito de la persona hacia el medio comunitario o alojamientos normalizados. El servicio tiene un carácter complementario a la atención prestada desde el servicio de día.

A medida que avanzan las distintas intervenciones, se identifica una carencia adicional, el sistema educativo oficial ofrece escasas posibilidades de adaptación a las necesidades y características de los jóvenes atendidos en el servicio. Esta limitación conduce a una progresiva y sistemática exclusión de los mismos del circuito educativo formal, lo que genera graves consecuencias para sus procesos de inclusión social. Las personas jóvenes atendidas presentan un alto nivel de dificultad para

iniciar y mantener una formación en contextos normativos, debido al abandono de la formación desde edades tempranas, carecer de habilidades de concentración, de estudio, entre otros aspectos. Además, cuentan con falta de rutina y escasa adaptación a los horarios. Todo ello dificultado por las conductas externalizantes e internalizantes graves que presentan que derivan en muchos de los casos en la expulsión por parte del centro educativo. Ante esta necesidad, se desarrolla e implementa el programa formativo-prelaboral Beinke-Lan, que desde una perspectiva transversal tiene como objetivos:

- Favorecer el desarrollo de una autoimagen positiva y realista en las personas jóvenes atendidas que les permita afrontar eficazmente los desafíos formativos o pre-laborales.
- Incrementar la expresión adecuada y contextualizada de las emociones subyacentes y de las necesidades personales, promoviendo simultáneamente el respeto por las experiencias afectivas de los demás en un entorno de trabajo en equipo o individual.
- Facilitar la adquisición de hábitos y competencias necesarias para la adaptación a entornos formativos y prelaborales, estableciendo así una base sólida para la participación en programas de formación estandarizados.
- Incrementar habilidades psicomotrices con especial énfasis en la coordinación óculo-manual, así como desarrollar competencias técnicas en el manejo de diversas herramientas conforme a cada módulo formativo.

En base a las necesidades formativas o prelaborales detectadas y a las motivaciones de cada persona atendida se establece un itinerario formativo-laboral y un plan de trabajo ajustado a las características individuales, que se desarrolla de manera simultanea a la intervención socioeducativa y terapéutica, desde los parámetros de Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Se trata de una iniciativa diseñada para preparar a las personas jóvenes que se encuentran en riesgo o en situación de exclusión social grave, para su incorporación al contexto formativo, ocupacional o laboral más normalizado. El programa ofrece una capacitación en habilidades técnicas

y sociales, así como en competencias específicas que facilitan la búsqueda de empleo o recursos formativos y la adaptación al contexto laboral.

Este programa establece que la intervención psicosocioeducativa y terapéutica se constituye como una herramienta segurizante, capacitadora y facilitadora en el abordaje de un proceso previo a la inserción en el medio formativo y prelaboral, orientado a un proceso de inclusión sociolaboral en recursos comunitarios normalizados.

La incorporación progresiva de los distintos dispositivos que componen el programa responde a una evaluación periódica anual, cuyo resultado permite la detección de las necesidades emergentes. Atendiendo a estas, se establecen objetivos, indicadores y nuevas herramientas de acción en aras a continuar ofreciendo una intervención holística, integral y actualizada a las personas atendidas.

Todos los dispositivos y herramientas de intervención que se implementan en el Servicio de Día Beinke hacen de este, un programa innovador cuyas características como apuntan Rodríguez-Ochoa y Estalayo (2020) son:

- **Atención integral a la persona atendida:** el servicio proporciona un enfoque holístico, abordando no solo los aspectos clínicos de la salud mental, también los factores sociales, educativos y laborales. Esto posibilita una intervención en diferentes variantes como puede ser el abordaje individual, grupal, actividades recreativas y formativas y el apoyo en la búsqueda de empleo o formación.
- **Intervención con el entorno desde el modelo AMBIT:** se trata de un abordaje holístico y colaborativo y se centra en la intervención con jóvenes en situación de riesgo y sus familias. Es un enfoque que pretende integrar los diferentes sistemas y contextos en los que la persona joven se desarrolla. Pudiendo ser estos, la familia, el centro formativo, el entorno social o comunitario, así como otros sistemas de apoyo.
- **Atención al sistema natural de la persona atendida:** se refiere a un enfoque integral en el cuidado de la salud que considera no solo los aspectos físicos y psicológicos del individuo, sino también su entorno natural y social. Este enfoque se basa en la

comprensión de que las personas son parte de un ecosistema más amplio y que su bienestar esta influido por factores ambientales, sociales y culturales.

- **Intervención personalizada:** cada joven atendido recibe un plan de intervención adaptado a sus necesidades y circunstancias específicas y esto implica una evaluación constante de su progreso y la adaptación de las estrategias terapéuticas.
- **Estructura diaria:** que ofrece un horario diario regular que ayuda a las personas atendidas a establecer rutinas fundamentales para su bienestar. Esto incluye actividades programadas que fomentan las habilidades sociales y de la vida.
- **Facilitación de la inclusión social:** el servicio pretende promover la inclusión social de las personas atendidas trabajando en la reducción del estigma y fomentando una mayor comprensión de su situación en la comunidad.
- **Colaboración multidisciplinar:** el equipo está formado por profesionales de diferentes disciplinas, como la Psicología, la Psiquiatría, el Trabajo Social, la Educación Social, la Pedagogía, la Terapia Ocupacional, lo que garantiza un enfoque integral de la intervención.

El Servicio de Día Beinke representa también una opción valiosa en el continuum de atención a la salud mental de personas jóvenes, especialmente para aquellas que no requieren hospitalización pero que si necesitan de apoyo estructurado y terapéutico.

El propósito del programa es prevenir la exclusión social grave, así como el desarrollo de psicopatologías graves, mediante el desarrollo de oportunidades de inclusión bajo la premisa de establecer siempre como punto de partida la situación de cada persona atendida. Esto ha supuesto la necesidad de implementar, un itinerario de intervención individual, sociofamiliar, grupal y comunitario atendiendo a la casuística individual de cada una de las personas jóvenes atendidas. La metodología de intervención aplicada ha sido el Modelo de Vinculación Emocional Validante, ampliamente desarrollado en el capítulo anterior de esta tesis, y de manera transversal la perspectiva de género y la no discriminación.

La atención que se ofrece tiene un carácter temporal, no constituyéndose como un programa finalista, el tiempo de permanencia establecido es de dos años, pero se pueden conceder dos prórrogas adicionales de seis meses cada una, lo que permite que la estancia máxima pueda llegar hasta los tres años en casos justificados.

La organización y estructura física del servicio se establece en torno al objeto de prestar y dar respuesta también a aspectos relacionados con la satisfacción de las necesidades básicas como la higiene (ducha, servicio de lavandería, etc.) y la alimentación (presencial o posibilidad de llevarse comida) entre otros. En lo referente al ámbito residencial, se presta y se da respuesta con la pretensión de evitar posibles situaciones de desprotección. Entre las medidas que se implementan, se cuenta con el dispositivo residencial Beinketxe, el acompañamiento educativo en la modalidad de alojamiento habitacional comunitario y, además, se ha establecido una red entre diferentes hostels y/o pensiones del municipio. El tipo de modalidad de alojamiento pretende dar soporte residencial a las personas adscritas al Servicio de Día Beinke, atendiendo a su zona de desarrollo próximo, así como a la posible evolución en los diferentes indicadores de tránsito que apuestan por fomentar la autonomía y la autodirección de las personas, las cuales se establecen en base a la etapas y fases del Modelo de Vinculación Emocional Validante en el que se encuentran, favoreciendo una posible gradación del itinerario residencial. Tambien se ha precisado de la implementación de un teléfono de atención 24 horas al día los 365 días del año para dar soporte a las situaciones de urgencia que se puedan presentar.

En el periodo inicial se pretende realizar una acogida e incorporación progresiva al servicio a la vez que se lleva a cabo una evaluación clínica, social, familiar y ocupacional de la persona atendida. A continuación, se pretende una remisión de la sintomatología aguda que presenta la persona atendida y que en la mayoría de los casos es el motivo de su derivación al programa y que puede tratarse de violencia, consumos, interrupción de la relación de ayuda, conductas autolíticas y/o conductas suicidas. En adelante, se espera lograr una adherencia a la relación de ayuda, en un primer momento con Beinke, pero más adelante para poder generalizarla con la red de salud, la red

formativa-laboral u otros recursos. El objetivo es implicar a la persona joven atendida en su plan de intervención y posibilitar la creación y asentamiento del andamiaje de apoyo social, familiar y comunitario como aspecto previo al tránsito hacia el siguiente recurso de intervención o con respecto a los recursos que se pueden activar una vez finalice su periodo de intervención en el programa. Esto posibilitará, además, elaborar despedidas y separaciones saludables.

El objetivo último es favorecer la recuperación o adquisición de un conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad, de estos jóvenes en situación de exclusión grave, en las mejores condiciones de autonomía, normalización y calidad de vida, y potenciar y apoyar su inclusión social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados, así como en ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social tanto a ellos como a sus familias para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado posible.

2. Alta Intensidad y baja exigencia.

Para Ruiz y Beteta (2016), la intensidad es un concepto directamente relacionado con la exigencia y ambos se refieren tanto a la intervención como a la estructuración de los servicios, y responden a tres niveles: bajo, medio y alto. Estos niveles de intensidad y de exigencia en sus diferentes parámetros van a estructurar la intervención con las personas atendidas en los servicios, teniendo en cuenta el nivel de apoyo profesional que se requiera, tanto en número de profesionales como en el tipo de acompañamiento.

De acuerdo con Ruiz y Beteta (2016), la intervención denominada de baja exigencia está determinada por la capacidad que tenga la persona para decidir sobre su propio proceso, estableciendo la intervención de baja exigencia como una perspectiva de trabajo desde la que, por medio de unos métodos concretos, se establece un diálogo y un proceso con la persona atendida. De acuerdo con Marina (2018), en la intervención de baja exigencia, el protagonismo lo tienen las

personas atendidas, y el objetivo de los diferentes recursos de atención es que posibiliten el inicio de procesos de inclusión y que estos puedan derivar en una vida autónoma.

Si bien es cierto, que la experiencia en el ámbito social evidencia que hay personas que no pueden llegar a ese escenario de vida autónoma, bien porque su estado es precario o porque sus vidas están tan dañadas que la autonomía queda excesivamente lejos. Para estas personas es para las que está pensada la intervención desde la baja exigencia. Este tipo de intervención ofrece una cobertura o satisfacción de las necesidades básicas, entre ellas, alimentación, vestido, alojamiento, higiene, acompañamiento y vinculación. Como condición para ser perceptor de esta modalidad de intervención no se establece ningún tipo de condición más allá de la de no suponer una amenaza o riesgo para las propias personas convivientes (otras personas atendidas o miembros del equipo educativo) o para el entorno en el que se encuentre.

La figura del profesional de la intervención de baja exigencia para Marina (2018) se configura como una persona que se involucra en una tarea que requiere alto compromiso, flexibilidad y firmeza. Par el autor tambien es importante subrayar que esta modalidad de intervención no busca contraprestación y se debe evitar la sobreprotección. Trabajar con personas que se encuentran en una situación de exclusión social grave, especialmente jóvenes, implica resistencia ya que los y las profesionales están expuestas a la inseguridad y a la incertidumbre, y a un mayor margen de duda de si se ha hecho lo adecuado y lo suficiente. No se puede trabajar con estas personas desde el paradigma biomédico en el orden de síntoma, tratamiento y curación. Esta opción no es viable. La labor de las y los profesionales es acompañar y establecer un vínculo como objetivo principal que sirva a las personas atendidas de anclaje para iniciar sus procesos de inclusión social, lleguen donde lleguen.

Por otro lado, la alta intensidad en la intervención hace alusión a una modalidad de acompañamiento psicosocioeducativo que consiste en un apoyo integral a la persona atendida que favorezca el abordaje de sus necesidades derivadas de la situación de exclusión social grave en la que se encuentra. En esta modalidad de intervención se satisfacen las necesidades básicas de las personas y, además, se proporciona un apoyo emocional, social y relacional. El acompañamiento intensivo se

establece en torno al establecimiento de una relación de ayuda personalizada e individualizada, con la finalidad de generar un proceso proactivo de reducción de daños y de desarrollo de las potencialidades.

Esta modalidad de intervención también consiste en un seguimiento continuo de la persona y, por ende, de su proceso. Las intervenciones responden a una frecuencia elevada y pueden ser de larga duración en caso de precisarlo. La finalidad de la intervención de alta intensidad consiste en frenar la situación de exclusión social grave en la que se encuentra la persona por medio de potenciar su autonomía, mejorar las relaciones naturales y sociales existentes y ayudarle a ayudarse a sí misma de una manera adaptativa y prosocial. Zalaquett et al. (2015) refieren que una frecuencia alta en las intervenciones permite que los y las profesionales que intervienen se transformen en figuras significativas para cada persona atendida, lo que a su vez propicia la expansión de los procesos iniciados.

3. Modelo AMBIT.

El Adaptative Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT), como refieren Bevington et al. (2013, 2015, 2017), es un tratamiento fundamentado en la Terapia basada en la Mentalización y ha sido desarrollado por el Anna Freud Center for Children and Families de Londres. Para Martínez et al. (2021) se trata de un modelo implementado en más de 80 equipos de trabajo, principalmente en Reino Unido y varios países europeos. Uno de estos equipos de trabajo europeos que implementa el modelo AMBIT es el Servicio de Día Beinke. Todos los miembros del equipo de profesionales de Beinke se forman en el modelo AMBIT.

De acuerdo con Bevington et al. (2015), el modelo AMBIT está diseñado para mejorar la atención de los servicios por medio de una aproximación innovadora de trabajo en equipo que integra intervenciones en salud mental, educación y servicios sociales.

Así la finalidad de este modelo, según refieren Bruno et al. (2025), es apoyar a los y las profesionales a desarrollar sistemas de atención adaptados al contexto. Y como objetivo principal para

Dangerfield (2021), establecer una relación de confianza epistémica con la persona atendida y con su red sociofamiliar disponible, pero también entre los miembros del equipo y el resto de los agentes intervinientes de la red profesional.

La persona atendida en este tipo de servicios necesita experimentar que la información que le trasmite el o la profesional es fiable. Eso es la confianza epistémica, según Dangerfield (2021), aquello en lo que podemos confiar sobre lo que otra persona nos comunica, que lo mantenemos en nuestra mente como algo bueno y que podemos recurrir a ello cuando lo precisemos.

Para Martínez et al. (2021) es un modelo para equipos de intervención que trabajan con personas que presentan múltiples y complejas dificultades a nivel mental y social, perfil que concuerda con la población atendida en el Servicio de Día Beinke.

A través de este modelo, se favorece la postura mentalizadora en el trabajo con las personas y sus familias, pero también con la red de profesionales externos involucrados y con el propio equipo. El modelo AMBIT propone un funcionamiento transdisciplinar parecido a los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), en los que el centro de la intervención es la relación terapéutica que se establece con la persona atendida y su sistema sociofamiliar disponible y que pivota sobre un profesional del equipo (Bruno et al., 2025).

En el Servicio de Día Beinke, cada persona atendida cuenta con un responsable de caso, que es el referente encargado de establecer la relación con la persona atendida. El resto del equipo tiene la función de contener y reelaborar los impactos que implica la intervención con la persona atendida para el profesional y así, cuidar su capacidad de mentalización. Esto lo posibilitan las dos reuniones de equipo semanales que se implementan y desarrollan en el Servicio de Día Beinke. Las dos reuniones semanales atienden a la diferenciación que hace la rueda AMBIT.

3.1. Rueda AMBIT.

La rueda AMBIT es una herramienta conceptual y práctica dentro del modelo. Esta rueda se utiliza como una representación visual que favorece en los equipos la organización del trabajo a través de cuatro dominios principales (Fuggle et al. 2016, Bevington et al., 2013).

- **El trabajo con la persona joven y su red familiar:** esta parte de la rueda está enfocada a mejorar la capacidad de la persona joven atendida y su sistema sociofamiliar en torno a la comprensión y gestión de sus emociones y relaciones. En el Servicio de Día Beinke, se dedica un espacio de las reuniones a hablar de los casos atendidos, de la actualización del proceso y de los diferentes aspectos que conlleva el abordaje integral de la persona atendida y de su sistema sociofamiliar disponible. De tal forma, también se contempla en este momento, las posibles dificultades que pueda presentar la persona referente del caso o los miembros del equipo.
- **El trabajo en equipo:** En este espacio de la rueda se promueve la colaboración efectiva entre los profesionales que conforman el equipo. En el Servicio de Día Beinke se atiende a los aspectos que considere oportuno llevar cada miembro del equipo y se establecen las diferentes perspectivas del resto de miembros para favorecer la mentalización en el mismo.
- **El trabajo con las redes externas:** En este punto se atiende a la coordinación con el resto de los servicios o agentes intervinientes en los procesos atendidos y que intervienen o interactúan con la persona.
- **El aprendizaje reflexivo continuo:** En este apartado se hace mención a la importancia de que los equipos reflexionen sobre su práctica. Esto genera una mejora continua. En el Servicio de Día Beinke se escriben estos procesos y se denominan Manualizaciones. Se trata de documentos vivos que se van actualizando, atendiendo a las posibles mejoras.

Para Dangerfield (2021) la relación psicosocioeducativa y terapéutica o la alianza educativa comienza con un cambio en nuestras intenciones. En lugar de trabajar con la idea de promover un

cambio en la mente de las personas atendidas para mejorar su calidad de vida o para que sufran menos, plantea que lo que tendríamos que cambiar es nuestra propia mente como profesionales y pararnos a pensar qué tendríamos que cambiar en nuestros equipos, instituciones e incluso en toda la red asistencial, para facilitar el establecimiento de una relación con este grupo de personas jóvenes que no esperan nada bueno de la relación con otro ser humano y, mucho menos de la relación con un profesional.

Este modelo de trabajo también influyó en la elección del local de Beinke, ya que no se eligió una instalación ordinaria que pudiera recordarnos a un servicio convencional, con diferentes oficinas para cada profesional, todo lo contrario, se decidió que fuese un espacio de trabajo colaborativo, con una gran sala principal y cuatro salas separadas, con la idea de evitar el aislamiento profesional y fomentar la colaboración, promover el aprendizaje en equipo y favorecer un equipo bien conectado.

Para favorecer la reflexión sobre los estados mentales propios y de los demás, desde el modelo AMBIT, se proponen un conjunto de herramientas que son implementadas en el Servicio de Día Beinke como: cartas AIM, mapa de planificación activa, la práctica colaborativa “pensando juntos” y la tabla de desintegración.

3.2. Herramientas AMBIT.

● Cartas Adolescent Integrative Measure (AIM).

Este recurso interactivo, consiste en un cuestionario que se utiliza de forma lúdica como una baraja de cartas, y que fue adaptado por Bevington & Fuggle (2012). Las cartas consisten en una evaluación multinivel y multidimensional por medio de preguntas o reflexiones que intentan recoger una imagen integral del nivel de funcionamiento de la persona joven. Los ámbitos que abarcan las cartas son en relación a la calidad de vida diaria, a los factores socioeconómicos, a las relaciones familiares, relaciones sociales, psicopatología, la respuesta de las personas atendidas a su situación y la complejidad de sus dificultades.

- ## El Mapa de Planificación Activa.

Se trata de una propuesta para identificar y explicitar junto con la persona atendida, las fortalezas y debilidades en tres áreas relacionales.

- **Las relaciones consigo mismos:** se trata de evaluar cuales son los aspectos de sí mismos que valoran y cuáles no. Es importante registrar los procesos de pensamiento que se activan internamente en las personas atendidas ante las situaciones de desregulación emocional, sobre todo, en las dinámicas de auto desvaloración de sí mismos o autocastigos.
- **Las relaciones con la familia y los amigos más cercanos:** se trata de ayudar a las personas atendidas a identificar cuales son los aspectos positivos y las dificultades que encuentran en las relaciones con las personas de su familia y de sus amigos más cercanas que consideran importantes.
- **Las relaciones con otras personas no tan cercanas:** se trata de ayudar a la persona atendida a identificar cuáles son los aspectos positivos y las dificultades que se pueden dar en las relaciones con otros miembros de la familia extensa y con personas que no forman parte de su círculo de intimidad, como pueden ser los compañeros y compañeras de clase, vecinos u otros.

- ## Pensando Juntos.

Desde la teoría de la mentalización se establece que a mayor intensidad emocional más inhibición en nuestra capacidad de mentalización. Todos los seres humanos perdemos la capacidad de mentalización en varios momentos de nuestro día a día, por lo tanto, los y las profesionales también pueden perderla. Como ya se ha mencionado anteriormente, los miembros del equipo de intervención deben encargarse del impacto emocional que ha podido desregular a alguno de los miembros del equipo, con el objetivo de ayudarle a recuperar la capacidad de mentalización, una herramienta que utiliza el modelo AMBIT para lograrlo es la técnica de *pensando juntos*.

Se trata de una práctica colaborativa en la que se siguen una serie de pasos y se trata de imaginar lo que sería para cada miembro del equipo estar en la piel del compañero o compañera que ha vivido una situación compleja que ha derivado en ansiedad, y, por ende, en la pérdida de la capacidad de mentalización (Dangerfield, 2021).

El primer paso es que la persona afectada exponga la situación para después quedarse callada y escuchar como el resto de miembros del equipo le mentalizan. La idea es que la persona que ha expuesto la situación se sienta mentalizada por los miembros del equipo, y que esta experiencia le sirva para ayudarle a modular el impacto emocional. Esto favorecerá que recupere la capacidad de mentalización en una situación que le genera estrés, que le preocupa. Habitualmente esta herramienta favorece el adoptar una perspectiva diferente a la inicial sobre el caso y poder encontrar una forma de proceder o de intervenir diferente que sea más eficaz. En un momento posterior, todo el equipo puede pensar sobre los posibles modos de proceder, aunque siempre después de hacer que la persona que ha expuesto la situación haya mentalizado.

- ## Tabla de Desintegración.

El trabajo en red también tiene especial relevancia en el Servicio de Día Beinke. Para Dangerfield (2021) el modelo AMBIT adopta una posición que prevé conflicto y contradicción entre servicios y profesionales, para ello, propone una herramienta para abordar estas circunstancias que denomina *tabla de desintegración*.

La tabla de desintegración del modelo AMBIT es una herramienta práctica diseñada para abordar y visualizar la desintegración o fragmentación de la red asistencial que rodea a jóvenes con dificultades múltiples y complejas. Su objetivo es ayudar a los equipos a identificar en qué puntos la coordinación, comunicación o colaboración entre los distintos profesionales y servicios se está debilitando o rompiendo, dificultando la eficacia de la intervención. Esta tabla se utiliza para:

- Detectar los momentos o áreas donde la red de apoyo pierde cohesión.

- Analizar las causas de la desintegración (por ejemplo, falta de comunicación, roles poco claros, ausencia de referentes, etc.).
- Facilitar la reflexión y el aprendizaje del equipo sobre cómo mejorar la integración y el trabajo conjunto.

La herramienta ayuda, por tanto, a pensar cuáles son las partes del sistema de atención que están ayudando y cuáles dificultando la intervención.

Para hacer una tabla de desintegración del modelo AMBIT, se sigue un proceso reflexivo y colaborativo dentro del equipo, orientado a identificar y analizar los puntos donde la red asistencial o el propio equipo pueden estar fragmentándose o perdiendo cohesión. Aunque no hay un formato único, el procedimiento básico es el siguiente:

- Reunión de equipo: el equipo se reúne para reflexionar bien sobre un caso concreto o bien sobre el funcionamiento de la red en ámbitos en los que se ha dado una disfunción, preguntándose ¿cuál es el problema? ¿Por qué está pasando?
- Identificación de elementos clave: se listan los diferentes agentes, servicios o recursos implicados en la atención del joven, por ejemplo: servicios sociales, salud mental, centros educativos, familia, etc.
- Detección de puntos de desintegración: para cada elemento, se discuten y anotan los posibles puntos donde se percibe descoordinación, falta de comunicación, solapamientos de funciones, ausencia de referentes claros, o cualquier otro aspecto que dificulte la intervención, preguntándose ¿quién hace qué? ¿Quién debería estar ayudando en este problema o la posible solución?
- Registro en la tabla: la información recogida se plasma en una tabla sencilla, donde habitualmente se incluye información como elemento de la red, problema de desintegración detectado, consecuencias, propuestas de mejora.

- Análisis y planificación: el equipo analiza los datos recogidos y acuerda acciones concretas para mejorar la integración y la coordinación, preguntándose ¿quién hace que? ¿Quién debería estar ayudando en este problema o la posible solución?
- Seguimiento: en reuniones posteriores, se revisa la tabla para valorar si las propuestas han tenido efecto y se ajustan las estrategias según sea necesario.

La tabla de desintegración es, por tanto, una herramienta dinámica que fomenta la mentalización y el aprendizaje en equipo, ayudando a identificar y abordar los puntos débiles en la colaboración interna y con la red externa.

Toda la información desarrollada en este capítulo debe entenderse en estrecha interrelación con lo expuesto en el capítulo anterior. La implementación del Modelo de Vinculación Emocional Validante detallada previamente, se articula de manera simultánea y complementaria con los elementos descritos en el presente capítulo. Así, la práctica metodológica basada en el Modelo se despliega de forma integrada en el Servicio de Día Beinke, en conjunción con las dinámicas, recursos y características específicas de este contexto de intervención.

SEGUNDA PARTE: APROXIMACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5: Metodología de Investigación

1. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis

Las preguntas de investigación de esta tesis surgen de la propia trayectoria profesional de la investigadora. Su formación en Trabajo Social y su experiencia profesional, centrada en la intervención con menores de edad, jóvenes y sus familias en contextos de desprotección y conflicto social, han estado siempre guiadas por la Teoría del Apego como marco teórico de referencia en su desarrollo académico y profesional. Esta trayectoria motivó una observación sistemática de las dinámicas relacionales y de los cambios en el desarrollo psicosocial de las personas objeto de intervención cuando estas intervenciones se realizaban a través de una metodología específica: el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV), cuyo impacto es objeto de análisis en la presente tesis.

De esta forma, esta tesis se ha centrado en analizar y comprender cómo esta metodología de intervención produce efectos transformadores en los estilos de apego de jóvenes en situación de grave riesgo de exclusión social, para lo cual la investigación se desarrolla en el Servicio de Día Beinke, donde la investigadora, en su doble rol de profesional del equipo educativo y doctoranda, adopta una perspectiva insider (Chhabra, 2020). Esta posición ha permitido un acceso privilegiado a los datos y una comprensión profunda del contexto, de los códigos culturales, dinámicas y significados internos, aunque también ha planteado desafíos metodológicos como la constante atención a los posibles sesgos y la necesidad de mantener una postura objetiva en la interpretación de los datos.

De este modo, en el Servicio de Día Beinke, la aplicación del VEV ha permitido documentar cambios significativos en los patrones relacionales de los jóvenes, así como mejoras en aspectos psicológicos, sociales y educativos. Estos cambios se recogieron mediante pruebas psicométricas estandarizadas (enfocadas en apego Camir y personalidad MACI), registros conductuales sistemáticos e informes de seguimiento, lo que proporcionó una base empírica sólida para analizar su evolución.

Desde esta observación en la que pueden percibirse cambios significativos en las personas jóvenes atendidas con respecto a su situación previa a la entrada en el servicio, es desde donde parten las preguntas de investigación de esta tesis.

La literatura científica (Schroeder et al., 2018; Smith & Pollak, 2020; Soriano, 2022; Sánchez-Vázquez, 2024) nos muestra como las dificultades vividas en la primera infancia derivan, en un buen número de casos, en problemas relacionales en edades más avanzadas. Ante esto, la Teoría del Apego ofrece una explicación debidamente fundamentada del motivo. Las personas que han nacido en una familia con diversidad de problemáticas y que no han recibido una adecuada satisfacción de sus necesidades o no han logrado desarrollarse en un ambiente validante enfrentan una serie de dificultades que se observan posteriormente en otras fases de su desarrollo como en la adolescencia, juventud e incluso en la edad adulta cuando ejercen sus roles parentales. En base a esto, las dos primeras preguntas de investigación que emergieron fueron: ¿Si una persona ha nacido en el seno de una familia que no ha sabido o no ha podido cumplir con sus funciones parentales de una manera adecuada, se va a encontrar anclada a estas dificultades el resto de su vida? Y a continuación, si estas personas en su vida posterior encuentran redes socio personales o profesionales con las que relacionarse desde una manera más adaptativa ¿podrían lograr una modificación o un cambio significativo que mejore su situación?

Las siguientes preguntas de investigación surgirían más relacionadas con la experiencia profesional en la aplicación del VEV, un modelo que como se ha explicado en capítulos anteriores está alineado con los principios de la Teoría del Apego ya que comparte la importancia del vínculo psicosocioeducativo y terapéutico como elemento imprescindible de la intervención social:

- ¿El Modelo de Vinculación Emocional Validante puede incidir en cambios en el estilo de apego de las personas jóvenes atendidas en situación de exclusión social grave?
- ¿Qué cambios en el estilo de apego se observan en las personas jóvenes atendidas después de implementar la metodología de intervención?

- ¿Qué componentes específicos del estilo de apego son más susceptibles a presentar modificaciones tras la implementación del modelo VEV?
- ¿Cómo se relaciona el cambio del estilo de apego con otros aspectos relativos al bienestar emocional y social de las personas jóvenes atendidas?
- ¿Qué impacto tiene el modelo de Vinculación Emocional Validante en las conductas problemáticas de las personas atendidas?
- ¿Qué impacto tiene la metodología de intervención en los comportamientos problemáticos de violencia, consumos, y conductas autolíticas o suicidas que presentan estos jóvenes?
- ¿Qué características de estos jóvenes predicen una mayor probabilidad de modificación en los estilos de apego tras la intervención con el modelo VEV?
- ¿El vínculo educativo-terapéutico puede facilitar el cambio hacia una segurización en el apego?
- ¿Qué relación existe entre los cambios del estilo de apego con respecto a cambios en otros aspectos psicológicos más endógenos?

A partir de estas preguntas de investigación se configura el objetivo general de la tesis, que es el de identificar la capacidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante para transformar los estilos de apego en jóvenes con perfiles de alta complejidad y extrema dificultad de intervención, atendidos en el Servicio de Día Beinke, quienes se encuentran en situaciones graves de exclusión social.

Como ya se ha analizado en el marco teórico de esta tesis los estilos de apego son patrones relacionales profundamente arraigados que surgen de interacciones tempranas con figuras de cuidado, cambiar un estilo de apego completo es un proceso complejo debido a su naturaleza multidimensional, que abarca componentes cognitivos, emocionales, conductuales e incluso neurobiológicos (Mikulincer & Shaver, 2016). Sin embargo, aunque este cambio integral sea complejo y costoso, la modificación de elementos constitutivos específicos puede establecer una tendencia

hacia una reorganización gradual del apego, tal como sugieren investigaciones recientes sobre plasticidad en los sistemas de vinculación (Fraley, 2019).

De ahí que el objetivo general se estructure a su vez en una serie de objetivos específicos que nos permitan identificar esos elementos constitutivos y la evolución de los mismos:

- OBJETIVO ESPECÍFICO 1. Identificar las dimensiones del estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio que presentan mayor susceptibilidad de transformación tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 2. Analizar los cambios en los indicadores de funcionamiento interno de las personas jóvenes objeto de estudio tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 3. Analizar la evolución de la demanda formulada por las personas jóvenes objeto de estudio a lo largo del proceso de intervención, como expresión de cambio psíquico y relacional.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 4. Valorar el impacto que tiene el Modelo de Vinculación Emocional Validante en la reducción de la problemática conductual de las personas jóvenes objeto de estudio.
- OBJETIVO ESPECÍFICO 5. Analizar las vivencias subjetivas de las personas jóvenes objeto de estudio y de las y los profesionales de referencia del Servicio de Día Beinke donde han sido atendidas, respecto al impacto del modelo, a las transformaciones en el estilo de apego y a los cambios percibidos en la regulación emocional, la mentalización y la reducción de la sintomatología aguda durante la intervención.

Sobre esta base se plantea la hipótesis general de esta tesis según la cual una intervención piscosocioeducativa-terapéutica especifica como es el modelo de Vinculación Emocional Validante tiene capacidad de cambiar, mejorar o modular el estilo de apego de jóvenes que responden a un perfil de alta complejidad y de extrema dificultad de intervención en graves situaciones de exclusión social.

2. Justificación metodológica.

Para dar una respuesta adecuada a las preguntas de investigación, los objetivos e hipótesis general de esta tesis, se ha seleccionado un enfoque metodológico mixto que integra estrategias cuantitativas y cualitativas. Dado que el propósito central de la investigación es analizar los cambios atribuibles a una intervención psicosocioeducativa-terapéutica mediada por el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) en un contexto específico como el Servicio de Día Beinke, en el ámbito cuantitativo se ha optado por un diseño cuasi-experimental pretest-postest sin grupo de control, de tipo longitudinal en panel, con un periodo mínimo de seguimiento de seis meses. Este diseño permite evaluar la evolución de las variables de interés a lo largo del tiempo en la misma cohorte de participantes. Complementariamente, se ha incorporado un análisis cualitativo mediante la realización de grupos triangulares: por un lado, grupos formados por jóvenes atendidos en el Servicio de Día Beinke y, por otro, grupos constituidos por los profesionales que trabajan en dicho servicio. El objetivo de esta estrategia es profundizar en la comprensión de los procesos y experiencias subjetivas asociadas a la intervención desde ambas perspectivas. Esta combinación metodológica proporciona una visión más integral, completa y precisa sobre el impacto del modelo VEV en el desarrollo psicosocial de estos jóvenes.

El periodo de seguimiento de seis meses se estableció como ventana temporal óptima para:

1. Detectar efectos primarios: captar modificaciones significativas en los estilos de apego (variable dependiente principal operacionalizada mediante la escala Camir-R), garantizando un intervalo mínimo para la consolidación de patrones relacionales.
2. Equilibrar validez ecológica y viabilidad: evitar plazos extensos que comprometan la adherencia al estudio en poblaciones con alta inestabilidad residencial, característica del perfil atendido en el Servicio de Día Beinke.
3. Evaluar sostenibilidad inicial: diferenciar entre cambios transitorios (ej. efecto halo post-intervención) y adaptaciones estables, mediante protocolos estandarizados de medición en

dos momentos del modelo VEV: basal (etapa de establecimiento de la relación 2 meses) y seguimiento a 6 meses (etapa de confianza básica).

Considerando que el proceso es de corta duración y de carácter exploratorio, este diseño es adecuado para captar variaciones significativas en un contexto real y práctico, ya que se trata de un diseño que se caracteriza por centrarse en el análisis de cambios dentro del mismo grupo de participantes antes y después de un determinado evento, en nuestro caso una intervención psicosocioeducativa-terapéutica mediante el VEV, pero sin contar con un grupo de control para la comparación, debido a la imposibilidad de asignar aleatoriamente a los participantes a dichos grupos al tratarse de grupos ya formados y analizados en sus contextos naturales donde no se puede manipular la asignación, como ocurre generalmente en programas sociales y especialmente en salud mental (Kirk, 1995; Shadish et al. 2002; Harris et al., 2006; Handley et al., 2018).

Este diseño permite realizar una evaluación preliminar de la efectividad de una intervención en entornos naturales, aunque es cierto que la ausencia de un grupo de control limita la capacidad para atribuir los cambios observados exclusivamente al tratamiento aplicado, o debido a posibles influencias externas o factores internos al grupo, de ahí la introducción de la metodología de triangulación (Harris et al., 2006; Guion et al., 2011; Carter et al., 2014; Handley et al., 2018).

Por tanto, este diseño cuasi-experimental longitudinal en panel, basado en medidas pretest-postest sin grupo de control, permite evaluar la eficacia potencial del Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) en contextos ecológicos, utilizando como variable dependiente principal los cambios en los estilos de apego que han sido medidos mediante la escala Camir-R. Para contrarrestar las limitaciones inherentes a la ausencia de grupo control -especialmente las amenazas a la validez interna derivadas de factores de confusión (historia, maduración o regresión a la media)- se implementó una triangulación metodológica multifocal que integró:

1. El Inventario Clínico para Adolescentes de Millón (MACI), para analizar la estabilidad de los rasgos de personalidad como variable moderadora.

2. La evolución de la demanda terapéutica, que opera como indicador procesual de cambio. En la que se empleó una doble triangulación a su vez: una fase cualitativa en la que se realizó un análisis de contenido para identificar la naturaleza de la demanda expresada; y una fase cuantitativa, en la que se midió la prevalencia de los tipos de demanda.
3. La evolución de la sintomatología aguda, que actúa como variable secundaria para controlar fluctuaciones clínicas no atribuibles a la intervención.
4. La realización de grupos triangulares de jóvenes y de profesionales.

Según Conde (1993, 2008) los grupos triangulares son una técnica cualitativa de investigación que se sitúa entre la entrevista personal y el grupo de discusión tradicional, caracterizándose por su tamaño reducido, generalmente de tres participantes. Esta configuración genera una dinámica particular marcada por la tensión entre el "yo" narrativo (la expresión individual) y el "nosotros" representativo (la construcción grupal), lo que da lugar a un discurso diferente al de entrevistas o grupos focales más grandes. Sus características principales son:

a) Tamaño pequeño: usualmente tres personas, lo que obliga a los participantes a posicionarse individualmente desde el inicio para mantener la dinámica.
b) Producción discursiva específica: el discurso es menos homogéneo y más tenso, con predominancia de funciones fática (mantener la comunicación) y referencial indirecta, diferente a la función expresiva de entrevistas o la metalingüística de grupos focales.
c) Dinámica intensa**:** debido a la pequeña cantidad de integrantes, cada uno está más expuesto y la interacción se basa en la tensión entre puntos de vista individuales y la construcción grupal.
d) Intermedio entre entrevista y grupo de discusión: combina la profundidad de la entrevista personal con la interacción grupal, pero sin la fuerza o peso del discurso grupal típico de grupos más grandes.

Ruiz Ruiz (2012) y Conde (1993) destacan que el grupo triangular es especialmente útil para captar el componente vivencial y emocional de los participantes, y resulta adecuado en

investigaciones donde existe una fuerte implicación personal y convivencia intensa, como ocurre en contextos sociosanitarios o educativos, y como es el caso del Servicio de Día Beinke tal como se ha descrito en capítulos anteriores de esta tesis. Además, subrayan que esta técnica permite un equilibrio entre la expresión individual y la interacción grupal, facilitando la emergencia de discursos personales en situaciones de alta carga emocional.

Esta convergencia de métodos mixtos (cuantitativos y cualitativos) optimiza la validez de constructo al cruzar datos psicométricos estandarizados con indicadores dinámicos de proceso.

Para la evaluación del apego, se optó por utilizar la versión reducida del cuestionario Camir (Camir-R), un instrumento validado que mide las diferentes representaciones de apego en función de las experiencias pasadas y presentes de la persona, así como el funcionamiento familiar. El Camir-R se compone de 32 preguntas en formato auto-reporte, utilizando una escala tipo Likert del 1 al 5. Este cuestionario permite analizar siete dimensiones específicas de apego: 1) seguridad: 2) preocupación familiar; 3) interferencia parental; 4) valoración de la autoridad; 5) permisividad parental; 6) autosuficiencia y rencor hacia los padres; y 7) traumatismo infantil. La introducción de las respuestas en un programa de Excel facilita el análisis de los resultados, proporcionando datos cuantitativos que son fundamentales para evidenciar los cambios en el apego (Balluerka et al., 2011).

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millón, permite una evaluación sistemática de la personalidad y la detección de trastornos relevantes. Este instrumento se basa en el modelo de personalidad de Millón y consta de 160 preguntas con respuesta en formato verdadero o falso, lo que permite analizar 31 dimensiones que abarcan aspectos fundamentales de la personalidad y su relación con la sintomatología clínica como son: la fiabilidad, trasparencia, deseabilidad, alteración, introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, oposicionista, auto punitivo, tendencia limite, difusión de la identidad, desvaloración de sí mismo, desagrado por el propio cuerpo, incomodidad respecto al sexo, inseguridad con los iguales, insensibilidad social, discordancia familiar, abusos en la infancia, trastornos de alimentación,

inclinación al abuso de sustancias, predisposición a la delincuencia, propensión a la impulsividad, sentimientos de ansiedad, afecto depresivo y tendencia al suicidio (Millon, 2011).

Con el propósito de entender los procesos de transformación subjetiva que experimentan las personas atendidas durante la intervención, se optó por un análisis cualitativo centrado en las demandas expresadas en dos momentos significativos del proceso. En primer lugar, se ha considerado la demanda inicial, formulada al inicio de la intervención. Esta demanda, a menudo marcada por una lógica asistencial, tiende a no reflejar necesidades más profundas, en gran medida debido a la falta de un vínculo de confianza suficiente entre la persona atendida y el profesional. En segundo lugar, se ha analizado la demanda reformulada, que generalmente surge después de un periodo de seis meses, coincidiendo con la etapa de confianza básica. En este punto, la relación entre el profesional y la persona atendida se ha fortalecido, lo que permite una expresión más auténtica de las necesidades internas y los procesos de cambio. También puede ser debido a un aumento de la conciencia de problema por parte de la persona atendida enmarcado en la propia relación educativa.

El análisis comparativo de ambas demandas facilita la identificación de desplazamientos en los contenidos, enfoques y niveles de introspección de los participantes. Además, cada demanda se ha contextualizado a través del modelo transteórico del cambio de ProchasKa y Diclemente, lo que permite determinar el estadio del cambio en el que se encontraba cada persona en el momento de la reformulación inicial y en la reformulación posterior (Prochaska & DiClemente, 1983). Esta triangulación entre el contenido de las demandas y el estadio de cambio no solo revela que aspectos del discurso de las personas han cambiado, sino también en qué medida han avanzado en su disposición subjetiva hacia el cambio.

La información para este análisis se ha extraído de los informes profesionales, específicamente del informe inicial de evaluación y del informe de seguimiento semestral elaborado por el equipo técnico. Estos documentos recogen de manera sistemática tanto las demandas expresadas como las observaciones del equipo sobre la evolución de la persona atendida, lo que permite llevar a cabo un análisis riguroso y contextualizado del proceso de intervención. Este enfoque metodológico se justifica

por la capacidad para enfocar las dinámicas de cambio subjetivo y el impacto de la relación educativa en el desarrollo personal de las personas atendidas.

Por último, dentro del diseño metodológico de esta investigación se ha incorporado el análisis de la sintomatología aguda que presentan las personas jóvenes atendidas en el momento inicial de la intervención, con el objetivo de observar su evolución en relación con el proceso vincular y los efectos de la intervención psicosocioeducativa.

En la fase inicial del acompañamiento terapéutico, muchas de las personas presentan manifestaciones sintomáticas de alta intensidad, tales como conductas violentas, consumo problemático de sustancias, autolesiones o ideación/comportamiento suicida. Esta sintomatología suele constituir el motivo de derivación al recurso y es registrada de forma sistemática en el informe inicial de evaluación, elaborado por el equipo técnico tras las primeras sesiones de evaluación inicial. Transcurridos seis meses desde el inicio de la intervención, y coincidiendo con la etapa de confianza básica, se realiza un informe de seguimiento que incluye, entre otros aspectos, una valoración profesional sobre la evolución de dicha sintomatología. Para ello, se categoriza el nivel de remisión de esta en tres grados: remisión alta, remisión parcial o remisión escasa, permitiendo establecer una lectura cualitativa comparativa respecto al estado inicial.

Este análisis permite observar el impacto del proceso vincular y del trabajo psicosocioeducativo en la estabilización sintomática de las personas atendidas. La elección de este indicador se fundamenta en su relevancia clínica y social, así como en su utilidad para captar el tránsito de una fase de desregulación aguda hacia escenarios de mayor contención emocional y seguridad subjetiva.

La información ha sido extraída directamente de la documentación técnica habitual del recurso, lo cual garantiza su validez ecológica y su pertinencia contextual dentro del marco del análisis empírico.

3. El proceso de investigación.

Esta investigación se desarrolla en la Comunidad Autónoma del País Vasco, concretamente en el municipio de Bilbao, y se focaliza en el Servicio de Día Beinke. La elección de este contexto responde a la posibilidad de acceder a un recurso de intervención orientado a jóvenes en situación de exclusión social grave y que presentan una sintomatología aguda y compleja, y en el que se implementa el Modelo de Vinculación Emocional Validante. La recopilación de datos incluye información recopilada en los expedientes del servicio desde diciembre de 2016 hasta agosto de 2024.

Se solicitó el consentimiento informado tanto a los participantes como a la Diputación Foral, así como a la dirección del programa Beinke y a los responsables técnicos de la entidad. Este procedimiento garantiza la ética y la validez del estudio, asegurando que los derechos y la dignidad de los participantes sean respetados en todo momento.

3.1. Análisis cuantitativo: herramientas de medida.

En el análisis cuantitativo de la presente investigación se emplearon diversas herramientas estandarizadas con la finalidad de analizar de manera objetiva y sistemática las variables centrales del estudio. Para la medición de los estilos de apego se utilizó el cuestionario Camir-R, mientras que la estructura de la personalidad fue evaluada mediante el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). Asimismo, se realizó un análisis exhaustivo de la demanda y se monitorizó la evolución de la sintomatología clínica de los participantes. Estas evaluaciones se llevaron a cabo en dos momentos temporales: al inicio de la intervención y tras un periodo mínimo de seis meses de implementación del Modelo de Vinculación Emocional Validante. La aplicación combinada de estos instrumentos permitió realizar un análisis riguroso y multidimensional de los datos, facilitando una comprensión integral de los factores implicados en la intervención y su impacto sobre los estilos de apego en la población objeto de estudio.

- ## Cuestionario Camir-R.

De acuerdo con Lacasa y Muela (2014), el Camir-R ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas, lo que lo convierte en una herramienta confiable tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación con jóvenes y adultos. Presenta una validez factorial, convergente y de decisión que indica que el Camir-R mide adecuadamente las dimensiones teóricas para las que fue diseñado, que se relaciona de manera esperada con otras medidas similares y que es útil para tomar decisiones clínicas o de investigación (Balluerka et al., 2011; Molina et al., 2018; Bárez et al., 2024).

Está compuesto como decíamos en párrafos anteriores por 32 ítems a los que los participantes responden utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo). La administración del cuestionario requiere aproximadamente de 15 a 20 minutos.

La estructura interna del Camir-R se organiza en siete dimensiones. Las cinco primeras se centran en las representaciones de apego: (1) *Seguridad*: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; (2) *Preocupación Familiar*: ansiedad de separación y preocupación excesiva por las figuras de apego; (3) *Interferencia de los padres*: sobreprotección y control parental; (4) *Valor de la autoridad de los padres*: evaluación de la autoridad y jerarquía familiar; y (5) *Permisividad parental*: falta de límites y guía en la infancia. Las dos dimensiones restantes se refieren a la estructura familiar: (6) *Autosuficiencia y rencor hacia los padres*: rechazo a la dependencia emocional y sentimientos de rencor; y (7) *Traumatismo infantil*: recuerdos de falta de disponibilidad y experiencias traumáticas en la infancia.

La utilización del Camir-R en esta investigación ha resultado ser una estrategia eficaz para el análisis de las dinámicas subyacentes en el contexto de la intervención. Gracias a su estructura sistemática y validada, permitió recopilar datos de manera rigurosa y realizar un análisis en profundidad, lo que ha facilitado la identificación de patrones de apego y la detección de relaciones significativas entre las variables estudiadas.

- ## Cuestionario MACI.

Para la evaluación de los elementos endógenos relacionados con aspectos de la personalidad se empleó el cuestionario Millón Adolescent Clinical Inventory (MACI), un instrumento diseñado por Theodore Millón en 1993.

El MACI ha demostrado ser también una herramienta válida y confiable, como se ha evidenciado en diversas investigaciones que han confirmado su validez y confiabilidad (Hiatt & Cornell, 1999; Blimentritt & Van Voorhis, 2004; Pinto & Grillo, 2004).

El MACI consiste en un cuestionario autoadministrado, cuya aplicación requiere aproximadamente 30 minutos. El instrumento comprende 160 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso), orientados a identificar y analizar patrones de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos relevantes:

1. Patrones de personalidad: identifica prototipos o estilos de personalidad característicos como introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, oposicionista, autopunitivo y tendencia límite. Estas escalas reflejan conflictos predominantes en la polaridad placer-dolor, actividad-pasividad y orientación hacia sí mismo u otros, y permiten identificar rasgos que pueden relacionarse con trastornos de personalidad como el esquizoide, límite o masoquista.
2. Preocupaciones expresadas: analiza áreas problemáticas o preocupaciones relevantes tales como difusión de identidad, desvalorización de sí mismo, desagrado del propio cuerpo, incomodidad frente al sexo, inseguridad respecto a iguales, insensibilidad social, discordancia familiar y abusos en la infancia. Estas escalas permiten identificar dificultades o inquietudes específicas que pueden estar afectando el bienestar psicológico y social del joven.
3. Síndromes clínicos: detecta la presencia de síntomas o problemas clínicos como trastornos de alimentación, abuso de sustancias, predisposición a la delincuencia, propensión a la

impulsividad, sentimientos de ansiedad, afecto depresivo y tendencia al suicidio. Estas escalas ayudan a descubrir posibles trastornos psicopatológicos.

Asimismo, el MACI incluye además escalas modificadoras que permiten controlar tendencias de respuesta, tales como la escala de transparencia, que mide la veracidad de las respuestas, la escala de deseabilidad, que evalúa la inclinación a presentar una imagen socialmente deseable, y la escala de alteración, que examina la propensión a devaluarse. Adicionalmente, se incorpora una escala de fiabilidad para verificar la atención y comprensión de los ítems por parte de las personas que responden al cuestionario.

Aunque el MACI está pensado fundamentalmente para un rango de edad de 13 a 18 años, varios estudios avalan su uso en jóvenes de más de 18 años, sobre todo en contextos complejos de transición hacia la adultez como es el caso de los jóvenes atendidos en el Servicio de Día Beinke (Salekin et al., 1997; Hiatt & Cornell, 1999; Pinto & Grilo, 2004; Hilsenroth & Cromer, 2007).

- ## Análisis de la demanda.

En el proceso de establecimiento de la relación terapéutica con las personas atendidas, la demanda es un elemento más a tener en cuenta ya que suele reflejar tanto sus necesidades como sus expectativas respecto a cómo la intervención puede brindarles apoyo. Esta relación es facilitada por la aplicación de la metodología de Vinculación Emocional Validante, que permite abordar de manera individualizada y empática las demandas expresadas por los jóvenes.

No obstante, es frecuente que esa demanda inicial de los jóvenes esté condicionada por una actitud de desconfianza hacia el mundo adulto, fruto de experiencias previas negativas o de intervenciones anteriores que resultaron insatisfactorias o inconclusas. En este contexto, la demanda suele centrarse más en aspectos utilitaristas vinculados a la obtención de recursos, dejando en un segundo plano los procesos internos, cuyo cambio es fundamental para lograr un impacto positivo y duradero de la intervención. A lo largo del proceso, el objetivo es construir una relación terapéutica que, idealmente, evolucione hacia el establecimiento de una confianza básica. Este vínculo de

confianza facilita, en etapas posteriores, una reformulación de la demanda inicial, permitiendo que la persona atendida incorpore progresivamente aspectos más profundos y desarrolle una mayor conciencia sobre su problemática real y sus necesidades emocionales.

La recogida de esta información sobre la demanda se realiza en Beinke de manera sistémica a través de informes técnicos elaborados en dos momentos clave: durante la evaluación inicial y seis meses después, en el seguimiento. Ambos informes, documentan la evolución y la situación actual de la persona atendida respecto a sus demandas, además de otros aspectos.

Para el análisis de la demanda, se empleó una estrategia de análisis de contenido cualitativo que permitió identificar, registrar y comparar la demanda inicial de las personas atendidas con su posterior reformulación a lo largo del proceso de intervención. Ambas demandas fueron analizadas mediante un proceso de categorización inductivo-deductivo, que permitió identificar temas centrales, patrones de transformación discursiva y niveles de profundidad subjetiva.

Este enfoque cualitativo se integró con una transformación cuantitativa de la información obtenida mediante la codificación sistemática de los datos y el uso de fuentes documentales técnicas. De este modo, se configuró una metodología mixta capaz de combinar la profundidad interpretativa y contextual del análisis cualitativo con la capacidad de síntesis y comparación del análisis cuantitativo. Esta aproximación metodológica posibilitó un análisis sistematizado y consistente de la evolución subjetiva de las demandas de las personas atendidas objeto de estudio de esta tesis, aportando una visión integral del proceso de cambio experimentado durante la intervención.

Las categorías obtenidas se relacionaron con los estadios definidos en el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente, desarrollado teóricamente en el Capítulo 2 de esta tesis. Esta relación permitió situar a cada persona en un punto específico de su disposición al cambio, ofreciendo una visión integral del proceso transformativo.

Se utilizó un procedimiento sistemático de codificación, los datos resultantes se introdujeron en un software estadístico IBM SPSS Statistics 27 (SPSS) para su análisis, lo que permitió transformar

los registros cualitativos en variables cuantificables y facilitar un análisis descriptivo y correlacional, asegurando una lectura empírica de los procesos de cambio subjetivo vinculados a la intervención.

- ### Evolución de la sintomatología aguda.

En relación con el análisis de la sintomatología aguda presente en las personas atendidas, se ha empleado una herramienta metodológica basada en el análisis de registros documentales estandarizados, concretamente los informes técnicos de evaluación inicial y seguimiento semestral.

A partir del informe inicial se ha extraído de forma sistematizada la presencia de sintomatología aguda como puede ser la violencia, los consumos, las autolesiones o las ideaciones o conductas suicidas. Esta información ha sido recogida como parte de la evaluación. De esta forma, se ha elaborado una matriz de datos en la que se codificó la presencia o ausencia de cada una de estas manifestaciones clínicas para cada caso.

Seis meses después, en el informe de seguimiento, se recogió la valoración profesional sobre la remisión de dicha sintomatología, categorizada en tres niveles: remisión significativa (bastante), remisión parcial (poco) y ausencia de remisión (nada). Esta categorización ha sido transformada en variables ordinales y codificada numéricamente para su tratamiento estadístico. Toda esta información fue organizada en una base de datos y procesada con el SPSS.

Esta herramienta metodológica, de carácter cuantitativo y basada en registros clínicos, permite captar de forma empírica la evolución de indicadores críticos de desregulación subjetiva, ofreciendo evidencia sobre la eficacia de la intervención en la estabilización sintomática de las personas jóvenes atendidas.

3.2. Análisis cualitativo: proceso metodológico.

Esta fase cualitativa pretende complementar el enfoque cuantitativo ya compartido en apartados anteriores. De tal forma, se orienta a posibilitar una exploración del significado que

atribuyen o subyace en las personas participantes con respecto al vínculo establecido, a los cambios percibidos y a los factores que han podido favorecer el proceso de transformación o cambio.

Este proceso metodológico cualitativo persigue una lógica explicativa secuencial dentro de un diseño mixto complementario. En primer lugar, se han extraído los resultados cuantitativos y, con base en ellos, se ha diseñado la exploración cualitativa pretendiendo comprender en profundidad los fenómenos observados. Es decir, la investigación cualitativa se ha desarrollado como una fase explicativa complementaria del diseño metodológico general y con el objetivo de ahondar en la comprensión de los resultados obtenidos en el proceso cuantitativo.

Esta aproximación sigue un modelo mixto secuencial (QUAN-qual), donde la información cualitativa se emplea para contextualizar, matizar e interpretar los hallazgos cuantitativos, especialmente aquellos relacionados con el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante (Estalayo et al., 2021) en el proceso psicosocial, educativo y terapéutico del que han formado parte las personas objeto de esta investigación.

A partir del análisis cuantitativo se identificaron ciertos elementos de cambio significativos. Estos resultados permitieron la formulación de una serie de preguntas orientadas a explorar las vivencias subjetivas, asociadas al estilo de apego, a la experiencia del acompañamiento realizado, a la trasformación de la autoimagen y la imagen de los otros y los factores o elementos del Modelo de Vinculación Emocional Validante que han podido configurarse como facilitadores del cambio en los patrones de apego.

Esta tesis no ha pretendido certezas, más bien, ha buscado aproximaciones y en este apartado lo ha realizado por medio de la escucha discursiva de las personas protagonistas de la intervención: las personas jóvenes atendidas y los profesionales que configuran el equipo multidisciplinar que las acompaña.

- Grupos triangulares.

Dentro del planteamiento metodológico de producción discursiva de grupo, se ha seleccionado la técnica de grupos triangulares, como espacio intermedio entre el "yo" de las entrevistas abiertas y el "nosotros" de los grupos de discusión (Conde, 2008). Estos grupos también recogidos en la bibliografía como triadas grupales se instauran en una metodología cualitativa intermedia entre la entrevista en profundidad y los grupos de discusión o grupos focales.

Los grupos triangulares constituyen un espacio social y simbólico de mediación entre las entrevistas abiertas personales más orientadas hacia la expresión o capacitación de la estructura profunda y simbólica de cada arquetipo de personalidad y la tradicional práctica de los grupos de discusión. Se trata de una mediación que toma una forma circular (Colectivo IOÉ, 1997).

Según el Colectivo IOÉ (1997), los grupos triangulares permiten conocer los diferentes puntos de vista y las diferentes expectativas de aquellas personas que representan nuevas tendencias o formas de liderazgo en un colectivo y se aplican a aquellas personas que se muestran más significativas o novedosas, tres o cuatro, del sector social.

A través de esta estrategia de grupo reducido, tres personas, se ha generado un espacio seguro que ha favorecido la apertura emocional y la interacción significativa entre los participantes que comparten trayectorias similares.

El grupo triangular ha demostrado su utilidad como técnica de investigación en diversos contextos y para múltiples cuestiones (Colectivo IOÉ, 1997; Taboada, 2009; Ruiz, 2012), pero ha tenido un relativamente escaso desarrollo metodológico. En el trabajo de Ruiz (2012), se destaca la producción discursiva característica de esta estrategia y principalmente en base a esta característica se ha seleccionado como técnica de investigación en esta tesis.

La elección del grupo triangular como técnica cualitativa en esta tesis se sustenta en su potencial para favorecer esa producción discursiva para estimular la expresión significativa, genuina y

contextualizada. Es decir, propiciar relatos con sentido, coherentes con la vivencia subjetiva y enmarcados en el contexto de los participantes.

Esta estrategia ha permitido, por tanto, generar un espacio dialógico que equilibra la interacción social con la reflexión individual, generando así un discurso más matizado y menos estandarizado. Además, desde la pretensión de favorecer significados complejos que posiblemente no aflorarían en entrevistas individuales, por falta de resonancia, ni en grupos grandes, por presión social o autocensura. Es decir, al abordar temáticas delicadas o sensibles como puede ser el sufrimiento emocional, los vínculos afectivos o la sintomatología aguda, el formato triangular favorece una mayor espontaneidad y autenticidad en las narraciones, al tiempo que reduce el riesgo de discursos performativos, defensivos o excesivamente racionalizados. De tal forma, en la configuración triangular el grupo es lo bastante íntimo como para que emerja lo subjetivo, pero lo bastante social como para que surjan procesos de co-construcción narrativa. Esta dialéctica entre lo individual y colectivo estimula que se expresen emociones, sentidos y resignificaciones. Por tanto, facilita una producción discursiva rica en matices afectivos, narrativos y simbólicos.

Para Ruiz (2012), el grupo triangular no es más que un tipo o formato reducido de grupo de discusión. Desde la perspectiva de Conde (2008), el grupo triangular se presenta como una forma no convencional de grupo discusión, caracterizada por su enfoque atípico o heterodoxo.

De acuerdo con Ruiz (2012), en el grupo triangular sus participantes están más expuestos como individuos que en el grupo de discusión. Al ser un grupo reducido, sus participantes están más obligados desde el principio a actuar desde posicionamientos individuales para mantener la dinámica. Por otro lado, lo reducido del grupo hace que el discurso grupal tenga menos fuerza o menos peso como elemento aglutinante del grupo. Este apunte de Ruiz (2012) se tiene en cuenta, pero el discurso grupal para esta tesis no tiene tanta relevancia como los cambios individuales que hayan logrado en el proceso. Por todo ello, se valora como una fortaleza en lugar de como una debilidad.

Este formato se caracteriza por reunir a tres participantes en un mismo espacio de conversación. Además, pretende promover la co-construccion del discurso, facilitando que todas las

personas participantes se escuchen, se identifiquen en las vivencias ajenas y profundicen en sus propias experiencias a partir de la resonancia grupal. También, pretende generar una dinámica más fluida y cercana que los grupos focales convencionales, al disminuir la presión social y los efectos de inhibición propios de grupos más amplios.

- ## Proceso metodológico.

El presente apartado describe el proceso metodológico cualitativo desarrollado con el objetivo de profundizar en la comprensión de las vivencias subjetivas vinculadas a la intervención desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV). Para ello, se han realizado dos grupos triangulares diferenciados, uno conformado por personas jóvenes participantes en la intervención y otro integrado por profesionales implicados en su implementación.

Para su desarrollo se ha seleccionado a tres personas jóvenes que llevaban más de un año en el Servicio de Día Beinke y que ya habían transitado a través de diferentes fases y etapas del acompañamiento desde el VEV. La elección de estas personas fue intencionada, atendiendo a los siguientes criterios. En primer lugar, a la diversidad de género, en segundo lugar, que hubieran estado el tiempo suficiente para que se hubiera logrado la vinculación y, por último, que hubiera una disposición y capacidad suficiente para verbalizar sus vivencias en un espacio grupal reducido.

En el grupo triangular de profesionales se seleccionaron tres personas también. La elección de estas personas también fue intencionada, atendiendo a los siguientes criterios. En primer lugar, la diversidad de género. En segundo lugar, que llevasen desarrollando su práctica profesional en el Servicio de Día Beinke más de cinco años y con un expertise en el VEV y, por último, que al menos un miembro del grupo triangular hubiese contribuido a la creación del VEV.

Los seis participantes de los dos grupos compuestos por un hombre y dos mujeres respectivamente participaron voluntariamente, previo consentimiento informado y garantizando la confidencialidad de sus aportaciones.

Las preguntas se formularon en dos lenguajes distintos, uno adaptado a las personas jóvenes y otro orientado a los profesionales, con el fin de obtener discursos adecuados a las características de cada uno de los dos grupos.

El primer grupo de jóvenes fue realizado el 16 de mayo de 2025, en un espacio habitual de reunión dentro del propio servicio, sin interrupciones externas. La sesión tuvo una duración aproximada de 70 minutos. El segundo grupo de profesionales se realizó el 19 de mayo de 2025, en un espacio habitual de reunión dentro del propio programa, sin interrupciones externas. La sesión tuvo una duración de 90 minutos.

El proceso seguido para la elaboración de las preguntas a plantear a los grupos triangulares partió en primer lugar de los objetivos de la tesis, con el fin de identificar las dimensiones clave que debían abordarse en esta fase cualitativa. Esta revisión, permitió redefinir el foco de atención en torno a aquellas experiencias subjetivas que se consideraban relevantes para la comprensión de los cambios observados.

Tras esto, se realizó una aglutinación de los resultados cuantitativos más relevantes por cada uno de los objetivos. Es decir, se agruparon los resultados cuantitativos más significativos de la tesis en función de los objetivos que se abordaban. Este paso fue esencial para establecer conexiones entre los datos numéricos y las vivencias que se pretendía explorar a través de los grupos triangulares.

A partir de cada objetivo y sus resultados asociados, se formularon varias preguntas abiertas siguiendo una cuasi metodología de lluvia de ideas, orientadas a facilitar la producción discursiva espontanea de los participantes. Estas preguntas buscaban explorar no solo hechos, sino también significados, emociones, procesos internos y transformaciones percibidas. La elección se realizó atendiendo a los criterios de claridad, adecuación al perfil de los participantes y potencial resonancia emocional. Las preguntas se adaptaron a dos registros lingüísticos, uno para jóvenes y otro para profesionales, cuidando el lenguaje inclusivo, directo y accesible en ambos casos.

Este procedimiento aseguraba que las preguntas utilizadas en los grupos triangulares estuvieran directamente relacionadas con los principales hallazgos cuantitativos, permitiendo así una auténtica triangulación metodológica coherente y significativa, y a su vez, favoreciendo la coherencia interna del diseño mixto, fortaleciendo la relación entre los datos estadísticos y las narrativas subjetivas.

Objetivo específico 1: Identificar las dimensiones del estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio que presentan mayor susceptibilidad de transformación tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Personas jóvenes

¿Cómo os llevabais con la gente antes de empezar el proceso, por ejemplo, con adultos, amigos, pareja?, ¿Confiabas fácil u os costaba? Y ahora, ¿notáis cambios? ¿Cuáles? ¿Notáis que ha cambiado algo la forma en la que os relacionáis o confiáis en los demás? ¿En qué cosas lo notáis más? ¿Sentís que ahora os veis de otra manera? ¿Habéis cambiado algo en cómo os valoráis, cómo os habláis o cómo os sentís? ¿Qué cosas de las que hicisteis en el proceso os ayudaron más a cambiar: el trato, alguna conversación, actividades, etc.? ¿Todo esto que ha cambiado lo notáis también fuera de Beinke, en otros lugares?

Profesionales

¿Cómo describiríais la forma en que las personas jóvenes se relacionaban con los demás antes de empezar en Beinke? Y ahora notáis cambios, ¿cuáles? ¿Qué diferencias notáis ahora en la forma que tienen de relacionarse o confiar en los demás? ¿Qué cosas han cambiado más? ¿Creéis o sentís que han cambiado la forma en que se ven desde que empezó la intervención? ¿En qué aspectos? ¿Qué aspectos del proceso o de la relación creéis que han influido más en esos cambios? Aspectos del modelo VEV que han funcionado: ¿creéis que esos cambios en la forma de relacionarse se han mantenido fuera del contexto de Beinke? ¿En qué situaciones lo habéis notado?

Objetivo específico 2: Analizar los cambios en los indicadores de funcionamiento interno de las personas jóvenes objeto de estudio tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Personas jóvenes

¿Creéis que las cosas duras que habéis vivido antes siguen afectándoos igual o ha cambiado algo en como lo lleváis ahora? ¿Creéis que hay diferencias en como reguláis ahora las emociones y como las regulabais antes? Y la forma de pensar, ¿creéis que es más reflexiva ahora que antes? ¿Creéis que, ante un momento de crisis, ahora actuaríais igual que antes?

Profesionales

¿Creéis que las historias adversas vividas continúan afectándoles de igual modo o veis que se observan cambios en como las manejan tras la intervención? ¿Si comparáis la regulación emocional que presentaban al inicio o la capacidad de mentalización, observáis diferencias con respecto al inicio del proceso? ¿Creéis que actúan de la misma manera ahora que antes de iniciar el proceso cuando presentan desregulación emocional? ¿Ha cambiado algo la manera en la que gestionan situaciones de crisis?

Objetivo específico 3: Valorar el impacto que tiene el Modelo de Vinculación Emocional Validante en la reducción de la problemática conductual de las personas jóvenes objeto de estudio.

Personas jóvenes

Antes de iniciar en Beinke, ¿cómo reaccionabais cuando estabais con mucho enfado o disgusto? ¿Solíais hacer algo que ahora ya no hacéis? ¿Qué cosas de Beinke creéis que os han ayudado a cambiar esas formas de actuar?

Profesionales

¿Valoráis que la sintomatología presentada al inicio ha cambiado durante la intervención? ¿Qué aspectos de la VEV creéis que han ayudado más a remitir significativamente la sintomatología aguda?

A partir de este desarrollo metodológico previo, las preguntas se estructurarían para su interpretación en torno a cuatro áreas temáticas clave diseñadas para explorar en profundidad el impacto de la intervención basada en el VEV desde una perspectiva tanto del profesional como de las personas jóvenes atendidas. Las cuatro áreas temáticas seleccionadas fueron:

1. **Impacto general del VEV y del acompañamiento profesional.** Se pretendía indagar en los efectos generales de la intervención desde dos miradas complementarias. Por un lado, el saber técnico y la experiencia profesional, y por otro, la vivencia subjetiva de las personas jóvenes participantes. Esta doble perspectiva permitiría identificar coincidencias y tensiones en torno al sentido otorgado a la intervención.
2. **Transformaciones en el estilo de apego.** La finalidad era explorar la posible capacidad transformadora del VEV en relación con el estilo de apego, prestando especial atención a indicios de segurización. Se abordarían elementos como la disponibilidad emocional percibida, la confianza emergente y la experiencia de vínculos emocionalmente correctores, en contraste con patrones vinculares previos. Todo ello también desde dos miradas diferenciadas, por un lado, el saber técnico de los profesionales en torno a ello y por otro, la vivencia subjetiva de las personas atendidas.
3. **Impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización.** Aquí se buscaba la conversación o el dialogo hacia los cambios percibidos en la capacidad de identificar, expresar y regular emociones, así como en el desarrollo de la capacidad de mentalización que estaría directamente relacionada, es decir, la capacidad de comprender los propios estados mentales y los de los demás.
4. **Cambios en la sintomatología aguda y vivencia subjetiva del malestar.** En esta última área se pretendía el abordaje del impacto de la intervención en la remisión de la sintomatología aguda, explorando si las personas jóvenes percibían un mayor bienestar emocional y el acceso a herramientas más adaptativas para afrontar situaciones de malestar o conflicto. Se diseñó un guion estructurado para llevarlo a los grupos triangulares.

Tras este análisis, se elaboró un guion estructurado que permitió explorar, de manera sistemática y comparativa, las percepciones tanto de los profesionales como de los jóvenes implicados en el programa Beinke. Este guion sirvió como hoja de ruta para la investigadora en la conducción de los dos grupos triangulares, asegurando que las temáticas clave fueran abordadas desde ambas perspectivas y facilitando así un análisis más enriquecedor y contrastado de la experiencia vivida.

A continuación, se presenta el guion estructurado utilizado en ambos grupos triangulares:

Pregunta 1

Jóvenes: ¿Qué os parece los más importante, o lo que más valoráis del acompañamiento que se ha realizado desde Beinke?

Profesionales: ¿En qué creéis que impacta más la VEV?

Pregunta 2:

Jóvenes: ¿Cómo te llevabas con tus personas de referencia antes de empezar en Beinke, confiabas fácil o te costaba? Y ahora, ¿notas cambios? ¿En qué?

Profesionales: ¿En qué creéis que ha podido impactar más la VEV si atendemos al estilo de apego de las personas jóvenes? ¿Entre el estilo de apego inseguro evitativo y el estilo de apego inseguro ansioso preocupado, en cual creéis que la VEV ha presentado mayor capacidad transformadora? ¿Creéis que tras la intervención desde el modelo se ha logrado segurizar el estilo de apego? ¿En cuáles?

Pregunta 3:

Jóvenes: ¿Crees que hay diferencias en como regulas ahora tus emociones y como las regulabas antes? ¿Y en tu forma de pensar, crees que es más reflexiva ahora que antes?

Profesionales: ¿Si comparáis la regulación emocional que presentaban al inicio o la capacidad de mentalización, observáis diferencias con respecto al inicio del proceso? ¿Cuáles?

Pregunta 4:

Jóvenes: ¿Cómo reaccionabais cuando estabais muy enfadados o angustiados?, ¿Ahora habéis encontrado nuevas formas de gestionar? ¿Veis mejorías? ¿Cuáles? ¿Qué cosas de Beinke creéis que os han ayudado a cambiar?

Profesionales: ¿Valoráis que la sintomatología presentada al inicio ha cambiado durante la intervención? ¿Qué aspectos de la VEV creéis que han ayudado a remitir significativamente la sintomatología aguda?

La conversación generada en ambos grupos fue grabada y posteriormente transcrita de manera literal, preservando el lenguaje original, las emociones expresadas y las interacciones entre participantes. El material transcrito fue sometido a un análisis temático inductivo basado en la codificación abierta y axial. En este procedimiento se incluyó la lectura exploratoria del material transcrito para familiarización con el discurso, la identificación de unidades de significado relacionadas con las dimensiones teóricas del apego y el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Además, se ha realizado una agrupación de los discursos en categorías emergentes y subcategorías, siguiendo criterios de recurrencia, densidad y profundidad.

Con el objetivo de abordar de forma comprensiva la experiencia de transformación en el servicio, el análisis cualitativo se ha estructurado en tres fases complementarias y secuenciales.

En una primera fase, se procedió al análisis del grupo triangular realizado con las personas jóvenes. Esta primera fase permitió acceder de forma directa a los discursos de quienes han transitado por este proceso en primera persona, recogiendo sus vivencias, percepciones y significados atribuidos al cambio personal, al acompañamiento recibido y a las dinámicas relacionales experimentadas.

En una segunda fase, se analizó el grupo triangular realizado con los profesionales del servicio. Este grupo aportó una visión situada desde la práctica educativa, permitiendo comprender como se conceptualiza y vive el acompañamiento desde el rol profesional, y que elementos consideran clave para facilitar los procesos de transformación en las personas jóvenes a las que acompañan.

Finalmente, se llevó a cabo una tercera fase con un análisis comparativo e interpretativo de ambos grupos, con el objetivo de identificar puntos de encuentro, divergencias y complementariedades entre las percepciones de las personas jóvenes atendidas y los profesionales. Esta comparación no busca establecer una jerarquía entre discursos, sino más bien favorecer una lectura dialógica que permita triangular la comprensión de los procesos observados, enriquecer la interpretación y reforzar la coherencia entre los datos cuantitativos y cualitativos.

Este recorrido progresivo de la vivencia individual al contraste de miradas ha permitido articular una interpretación más profunda, relacional y situada de los efectos del proceso, respetando la voz de las personas y el contexto de intervención.

CAPÍTULO 6: Resultados análisis cuantitativo.

En este capítulo se presentan de manera detallada los resultados obtenidos del análisis cuantitativo, con el objetivo de ofrecer una visión exhaustiva y comprensible de los principales hallazgos derivados del análisis de la población objeto de estudio. La estructura del capítulo responde al propósito de abordar, de forma ordenada y coherente, las distintas dimensiones evaluadas y los cambios observados permitiendo también comprender las relaciones entre las distintas variables estudiadas y la eficacia de la intervención implementada.

En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, abarcando tanto los datos generales como aquellos específicos que resultan relevantes para la interpretación de los resultados.

A continuación, el capítulo profundiza en el análisis del estilo de apego, evaluado mediante el cuestionario Camir-R. Se expone la evaluación inicial, que permite establecer una línea base sobre la que comparar los efectos de la intervención, y posteriormente se presentan los resultados obtenidos tras seis meses de intervención, lo que posibilita valorar la evolución de los estilos de apego. La comparación entre ambas evaluaciones ofrece una perspectiva dinámica sobre los posibles cambios

experimentados, permitiendo identificar patrones de mejora, estancamiento o retroceso. Además, se realiza un análisis psicométrico exhaustivo del instrumento utilizado, abarcando la fiabilidad, las dimensiones evaluadas, el comportamiento de los ítems y la estructura factorial, con el objetivo de garantizar la solidez de los resultados y la validez de las conclusiones extraídas a partir de los datos obtenidos.

El tercer bloque del capítulo aborda los cambios psicológicos asociados al estilo de apego, utilizando el cuestionario MACI como herramienta principal de análisis. Se analiza la evolución de los participantes en distintos bloques temáticos, tales como los prototipos de personalidad, las preocupaciones expresadas, la presencia de síndromes clínicos y la imagen que los sujetos tienen de sí mismos y de los demás. Este enfoque permite captar la complejidad y multidimensionalidad de los cambios psicológicos, más allá de la mera modificación del estilo de apego. Asimismo, se examina el impacto diferencial de la intervención en diversas variables psicológicas, a través de análisis por escalas y comparaciones pretest-postest, utilizando pruebas estadísticas como la t de Student y el cálculo del tamaño del efecto. Este análisis cuantitativo permite valorar la magnitud de los cambios y su relevancia clínica, aportando evidencia sobre la eficacia de la intervención en distintos ámbitos psicológicos.

Seguidamente, se dedica un apartado al análisis de la demanda, entendida como la motivación, expectativas y necesidades que expresan al inicio y durante el proceso de intervención. Se describe la demanda inicial, su reformulación a los seis meses y se exploran las asociaciones entre la demanda y el estilo de apego, así como con los estadios del cambio. Este análisis resulta especialmente relevante para comprender el proceso de transformación de los jóvenes objeto de estudio, identificar factores facilitadores o inhibidores del cambio y adaptar futuras intervenciones a las necesidades reales de la población atendida.

Finalmente, el capítulo aborda la evolución de la sintomatología aguda, prestando especial atención a la presencia de síntomas al inicio del estudio y a su remisión tras seis meses de intervención. Se analizan las asociaciones entre la remisión sintomática y el estilo de apego, desglosando los

resultados en función de variables críticas como la violencia, los consumos, las autolesiones y la ideación o tentativa de suicidio. Este apartado permite valorar el impacto de la intervención sobre los problemas más graves y urgentes, así como identificar posibles factores de riesgo o protección asociados al estilo de apego.

1. Características sociodemográficas de la población objeto de estudio.

1.1. Variables estructurales.

La población objeto de estudio de esta investigación está compuesta por un total de 67 personas jóvenes atendidas en el Servicio de Día Beinke, de las cuales el 38,8% se corresponden con el género femenino, un 55,2% con el género masculino y un 6% no se corresponde con el género de nacimiento o son personas pertenecientes al género no binario.

Si atendemos a los datos oficiales más recientes según el "Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia" del Ministerio de Juventud e Infancia, a 31 de diciembre de 2023 en España había un total de 17.112 menores en acogimiento residencial, de los cuales 10.881 eran varones (63,6%) y 6.230 eran mujeres (36,4%).

Esta proporción se mantiene estable en los últimos años y es similar en los grupos de mayor edad, donde se concentran la mayor parte de los casos de problemas de conducta, por tanto, el porcentaje de mujeres en el Servicio de Día Beinke, aunque ligeramente superior, es similar a las cifras generales de presencia de mujeres en este tipo de dispositivos.

La media de estancia de los jóvenes objeto de estudio en el servicio a 24 septiembre, última fecha de recogida de datos para el análisis cuantitativo, fue de 2 años y 3 semanas.

En la siguiente tabla se reflejan la distribución porcentual conforme a la edad de las personas jóvenes objeto de investigación:

Tabla 1

Edad de las Personas Jóvenes Atendidos en el Servicio de Día Beinke

Edad	Porcentaje
17 años	1,5
18 años	38,8
19 años	26,9
20 años	13,3
21 años	9,0
22 años	6,0
23 años	3,0
25 años	1,5
Total	100

Como se puede observar en los datos anteriores, la mayoría de los jóvenes cuentan con edades comprendidas entre los 18 y los 19 años, constituyendo el 65,7% de la población objeto de estudio.

A continuación, se presenta la distribución de las personas participantes en función de su país de nacimiento. Este dato permite contextualizar la composición sociodemográfica de los jóvenes investigados en términos de diversidad cultural y origen geográfico.

Tabla 2

Lugar de Nacimiento

Lugar de Nacimiento	Porcentaje
España	56,7
Latinoamérica	16,4
Magreb	17,9
Europa	7,5
Asia	1,5
Total	100

Según los datos el 56,7% de estos jóvenes ha nacido en España, lo que indica que más de la mitad del grupo es de origen nacional.

En cuanto a la población extranjera, los jóvenes de origen magrebí constituyen el 17,9%, seguidos por los procedentes de Latinoamérica con un 16,4%. Los jóvenes originarios de otros países europeos (excluyendo España) representan el 7,5%, mientras que la proporción menor corresponde a jóvenes de origen asiático, con un 1,5%. En conjunto, el 43,3% de esta población es de origen extranjero.

Esta distribución refleja la diversidad cultural y geográfica del grupo, con una predominancia de la población local, pero también una presencia significativa de jóvenes migrantes provenientes de regiones con elevada movilidad hacia España, como Latinoamérica y el Magreb.

Cabe destacar que esta proporción de jóvenes de origen extranjero está sobrerrepresentada en comparación con la población general española de jóvenes, donde aproximadamente el 17% corresponde a nacidos en el extranjero, frente al 43,3% observado en este grupo.

Esta diferencia sugiere que el grupo objeto de estudio concentra una mayor diversidad y presencia migratoria que la media nacional, pero tal y como ocurre en general en los recursos de protección a la infancia y atención a jóvenes en dificultad, según distintos estudios (Ruiz & López-Riba, 2020), donde se da también una sobrerrepresentación de población de origen extranjero.

En la siguiente tabla se muestra la distribución porcentual del nivel educativo alcanzado por este grupo de jóvenes.

Esta variable permite comprender su proceso formativo, información que puede ser relevante para interpretar otras dimensiones del análisis, como las trayectorias vitales previas.

Tabla 3

Nivel de Formación Académica Reglada Finalizada al Ingreso en el Servicio

Nivel de formación	Porcentaje
Educación Primaria	37,3
1º ESO	7,5
2º ESO	14,9
3º ESO	13,4
4º ESO	22,4
1º FP Grado Medio	1,5
2º FP Grado Medio	3
Total	100

Nota. Las siglas ESO se corresponden con Educación Secundaria Obligatoria, y las siglas FP con Formación Profesional.

En cuanto al nivel de formación alcanzado por estos jóvenes en el momento de su ingreso en el Servicio de Día Beinke, se observa que el nivel más frecuente corresponde a la educación primaria, alcanzando un 37,3%. A continuación, le siguen las personas que han finalizado 4º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con un 22,4%. El resto de los niveles de la ESO se distribuyen de manera más dispersa: 2º de la ESO representa el 14,9%, 3º de la ESO EL 13,4 % y 1º de la ESO el 7,5%. Por último, un pequeño porcentaje de jóvenes había iniciado un ciclo formativo de grado medio, con un 1,5% que había superado el primer curso y un 3% que había completado el segundo curso.

Estos resultados muestran que la mayoría de estos jóvenes, atendiendo a la edad que corresponde a cada nivel educativo, no habían alcanzado dicho nivel en el momento de iniciar su proceso en el servicio, concentrándose su formación en los estadios más básicos. Esta distribución refleja, por tanto, un perfil educativo con importantes dificultades de acceso a itinerarios formativos superiores, situación que ha podido tener implicaciones en su desarrollo personal y profesional, influyendo en su situación de exclusión social.

En conjunto, los datos presentados permiten esbozar un primer perfil sociodemográfico de estas personas jóvenes, en su mayoría hombres, pero con una presencia importante de mujeres,

personas nacidas mayoritariamente en España, pero con una sobrerrepresentación de jóvenes de origen extranjero con respecto a la sociedad en general, especialmente del Magreb y Latinoamérica, y con trayectorias educativas marcadas por niveles de formación muy básicos, y cuya estancia media en el servicio es de 2 años y 3 semanas.

Estos elementos ofrecen una primera aproximación al contexto vital de las personas participantes. A continuación, se abordan las características específicas que permiten profundizar en la complejidad de esta población y en los factores que inciden en su proceso psicosocioeducativo y terapéutico.

1.2. Variables situacionales.

Se considera fundamental profundizar en las características específicas que definen la complejidad de la población atendida en el servicio. La población está compuesta por personas jóvenes con trayectorias marcadas por múltiples factores de vulnerabilidad, que inciden de forma directa en sus procesos de desarrollo, inclusión y acompañamiento. Con el fin de comprender de manera más integral sus necesidades y potencialidades, en este apartado se presentan los resultados referidos a diversas dimensiones: la presencia de adversidades significativas durante la infancia, la existencia de diagnósticos de salud mental, la manifestación de conductas problemáticas, la discapacidad, medidas de apoyo, así como la red social o familiar disponible y la intervención realizada con la misma. Estas variables permiten dimensionar la heterogeneidad y la intensidad de los apoyos requeridos por esta población.

Uno de los elementos clave para comprender esta complejidad es la presencia de adversidades significativas durante la primera infancia. Diversos estudios han señalado la relación entre las experiencias tempranas adversas y el desarrollo posterior de dificultades emocionales, conductuales y sociales, como vimos en el marco teórico de esta tesis. Por ello, se ha recogido información relativa a la existencia o no de dichas adversidades en la historia vital de estos jóvenes,

entendidas como situaciones de negligencia, maltrato, abandono, violencia intrafamiliar, pérdida de figuras significativas, entre otras.

Tabla 4

Presencia de Adversidades en la Infancia

Adversidades en la infancia	Porcentaje
Si consta	89,6
No consta	10,4
Total	100

Los resultados muestran que el 89,6% de estos jóvenes han vivido adversidades significativas en su infancia. Esta elevada proporción da cuenta de la carga emocional y experiencial que arrastran muchas de ellas desde etapas muy tempranas, lo que puede influir tanto en su desarrollo psicosocial como en su relación con las figuras de cuidado y los espacios institucionales.

Solo en un 10,4% de los casos, no consta la presencia de este tipo de experiencias, lo cual podría deberse tanto a la ausencia real de adversidades como a la falta de información documentada. Estos datos refuerzan la necesidad de abordajes sensibles al trauma y de una intervención centrada en el reconocimiento y reparación de experiencias tempranas dolorosas.

La presencia de diagnósticos en el ámbito de la salud mental constituye otro de los indicadores clave para comprender la complejidad de la población objeto de estudio. Se ha registrado si las personas participantes cuentan con al menos un diagnóstico de salud mental filiado en su historial clínico. Este dato resulta especialmente relevante para interpretar tanto las trayectorias vitales como las necesidades de apoyo psicosocial y sanitario a lo largo del proceso de intervención.

Tabla 5

Diagnóstico de Salud Mental Filiado

Diagnóstico	Porcentaje
Si	89,6
No	10,4
Total	100

Los resultados muestran que un 89,6% de los jóvenes objeto de estudio cuentan con al menos un diagnóstico de salud mental filiado. Este dato refleja una alta prevalencia de dificultades de salud mental, el cual coincide incidentalmente con el porcentaje de personas que han experimentado adversidades en la primera infancia. Esta coincidencia, que puede ser espuria, sugiere no obstante una posible relación entre experiencias tempranas adversas y el desarrollo posterior de problemáticas de salud mental, en línea con la evidencia existente sobre los efectos del trauma infantil en el bienestar psicológico futuro.

La elevada proporción de diagnósticos también pone de relieve la necesidad de una intervención especializada y coordinada con los servicios de salud mental, que contemple el impacto del sufrimiento psíquico en los procesos de inclusión y autonomía.

Dentro del análisis de las características específicas de la población, se ha recogido información sobre la presencia de diversas conductas problemáticas que pueden tener también un impacto directo en la vida cotidiana de estos jóvenes y en el modo en que se desarrolla la intervención. Se han considerado cuatro dimensiones especialmente relevantes: la presencia de conductas violentas, la presencia de conductas autolíticas y/o autolesiones, ideación o conducta suicida y consumo de sustancias. Estos comportamientos a menudo están asociados a contextos de sufrimiento emocional, trauma y exclusión social, y permiten dimensionar el nivel de riesgo y la necesidad de respuestas especializadas desde un enfoque integral.

Tabla 6

Desarrollo de Conductas Problemáticas

Tipos de Conductas	Si	No	No consta	Total
Conducta violentas	61,2	38,8	-	100
Conducta autolítica y/o autolesiones	28,4	71,6	-	100
Ideación o conducta suicida	14,9	85,1	-	100
Consumo de sustancias	65,7	11,9	22,4	100

Los resultados reflejan una presencia importante de conductas violentas, el 61,2% de estos jóvenes han desarrollado comportamientos violentos en algún momento de su proceso en el servicio, lo que supone un reto importante para el equipo de profesionales en términos de manejo de situaciones de crisis y abordaje conductual.

Los datos muestran también que el 28,4% de los jóvenes atendidos en el Servicio de Día Beinke han presentado autolesiones o conductas autolíticas, cifra ligeramente superior a la reportada en la población general joven española, donde la prevalencia ronda el 25% (Fundación Manantial, 2023; SEUP, 2021). Este resultado es coherente con la literatura científica, que señala una mayor incidencia de conductas autolesivas en jóvenes en situación de vulnerabilidad o exclusión social (González-Forteza et al., 2022). En cuanto a la ideación o conducta suicida, el 14,9% la han manifestado, una proporción inferior al 23,8% de la población general joven (Barómetro Juventud y Salud, 2023).

Por último, el consumo de sustancias es otra de las conductas problemáticas que aparecen en un porcentaje muy alto, un 65,7%, sobre todo si lo comparamos con los datos oficiales disponibles más recientes sobre el consumo regular de sustancias ilegales (excluyendo alcohol) entre la población joven española que es de un 16,5%, según el Informe de Indicadores Clave sobre Drogas y Adicciones 2024 del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), dependiente del Ministerio de Sanidad.

Estos datos confirman la alta complejidad de la población atendida, con múltiples indicadores de riesgo psicosocial que requieren de una intervención especializada, interdisciplinar y sostenida en el tiempo. La coexistencia de estas conductas problemáticas con las experiencias de adversidades en la infancia y los diagnósticos de salud mental previamente expuestos refuerza la necesidad de trabajar desde enforques específicos, centrados en la contención y en la validación emocional, la reducción de daños y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento.

La valoración de la discapacidad constituye también otro de los aspectos clave para caracterizar la complejidad de esta población de jóvenes objeto de estudio. No contar con una valoración de la discapacidad puede implicar barreras adicionales en los procesos de inclusión social relacionadas con el acceso a determinados recursos, apoyos o prestaciones. En la siguiente tabla se recogen los datos referidos a la existencia o no de una discapacidad, y en caso de tenerla si ha sido reconocida y de qué tipo es, además de incluir aquellos jóvenes que se encuentran en tramitación del reconocimiento de una posible discapacidad.

Tabla 7

Distribución Porcentual según Existencia de Discapacidad, Tipo y Reconocimiento de la misma

Reconocimiento del tipo de discapacidad	Porcentaje
No tiene	56,7
Física, Motora o Sensorial	3
Intelectual	3
Psíquica	31,3
En trámite	6
Total	100

Los resultados muestran que el 43.3% de las personas jóvenes objeto de nuestra investigación presentan algún tipo de discapacidad reconocida, porcentaje muy elevado con respecto a la prevalencia en la población joven general en España de esta edad que es aproximadamente de un 1,4%, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en su estudio más reciente sobre

discapacidad en España (Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia, EDAD 2020).

También la distribución del tipo de discapacidad reconocida varía considerablemente con respecto a la población joven española de 16 a 24 años. En esta población con reconocimiento de discapacidad el tipo de discapacidad se distribuye porcentualmente de la siguiente manera según el Observatorio de la Juventud en su Informe sobre Juventud de 2020: física (28%), intelectual (27%), sensorial (18%), psíquica (22%), otras (5%). Mientras que en nuestra población objeto de estudio esta distribución es: física, motora o sensorial (7%), intelectual (7%), psíquica (72%), en trámite (14%). Se observa una alta prevalencia de discapacidad psíquica y muy elevada respecto a la población joven general de esa edad en España según el estudio. Este conjunto de datos refuerza la necesidad de articular itinerarios de atención que tengan en cuenta tanto los reconocimientos oficiales como las situaciones funcionales reales de las personas jóvenes, especialmente en aquellos casos en los que la discapacidad psíquica se combina con otros factores de vulnerabilidad o riesgo psicosocial.

La existencia de medidas de apoyo jurídicas, tales como tutelas, curatelas o figuras equivalentes, representa un indicador relevante a la hora de valorar el grado de protección y acompañamiento formal con el que cuentan las personas jóvenes. Estas medidas pueden estar vinculadas a situaciones de desprotección, a la presencia de discapacidad o a la necesidad de apoyo en la toma de decisiones. A continuación, se presentan los datos sobre la existencia o no de dichas medidas en la población analizada.

Tabla 8

Presencia de Medidas de Apoyo jurídicas para este Grupo de Jóvenes

Medidas de apoyo jurídicas	Porcentaje
Si tiene	17,9
No tiene	77,6
En trámite	4,5
Total	100

Los resultados muestran que la mayoría de estos jóvenes, un 77,6%, no dispone de este tipo de medidas de apoyo. La baja proporción de medidas activas de apoyo, en contraste con el nivel de complejidad y vulnerabilidad previamente descritos, sugiere un desajuste entre las necesidades de apoyo y la respuesta institucional recibida. Esta brecha puede tener implicaciones en términos de protección jurídica, acceso a recursos específicos y sostenibilidad del acompañamiento psicosocioeducativo, especialmente en los casos en que la autonomía se ve comprometida por razones de salud mental, discapacidad o ausencia de red sociofamiliar.

La implicación del entorno familiar y social en los procesos de intervención representa también un factor clave en el proceso. La presencia de figuras significativas que participen activamente puede ofrecer soporte emocional, facilitar la adherencia a los procesos y favorecer la continuidad de los apoyos más allá del recurso institucional. A continuación, se recogen los datos sobre que miembros del entorno familiar o cercano se han implicado de forma activa en el proceso de intervención.

Tabla 9

Sistema Sociofamiliar Implicado en el Proceso de Intervención.

Figuras familiares	Porcentaje
Padre	3
Madre	19,4
Ambos progenitores	11,9
Hermanos/as	4,5
Familia extensa	10,4
Pareja	3
Ninguno	47,8
Total	100

Los resultados muestran que en un 47,8% de los casos no ha habido ninguna figura sociofamiliar implicada activamente en la intervención, lo que pone de manifiesto un alto nivel de desvinculación o fragilidad en los sistemas de apoyo informal. En el resto de los casos, la participación familiar se ha distribuido de forma diversa. Siendo la madre en solitario la figura de referencia más importante (19,4%) seguida por ambos progenitores (11,9%).

Esta fragmentación y, en muchos casos, ausencia de red sociofamiliar activa, refuerza la idea de una intervención institucional que se ve obligada a asumir funciones de sostén que tradicionalmente recaerían en el entorno próximo. Asimismo, estos datos evidencian la necesidad de incorporar estrategias que promuevan, en la medida de lo posible, la reconstrucción o activación de vínculos significativos como parte del proceso de acompañamiento integral.

Además del sistema familiar, resulta fundamental explorar la existencia de una red social activa en la vida de las personas jóvenes. La red social, entendida como el conjunto de relaciones significativas más allá del núcleo familiar, amistades, referentes comunitarios, vínculos generados en espacios educativos o laborales, puede desempeñar un papel crucial en los procesos de inclusión y autonomía. La siguiente tabla recoge la información disponible sobre la existencia o no de red social en los casos analizados.

Tabla 10

Presencia de Red Social

Red social	Porcentaje
No consta	80,6
Si	19,4
Total	100

Los resultados muestran que en un 80,6% de los casos no se cuenta con información que haya podido confirmar la existencia de una red social. Este dato podría estar relacionado tanto con la falta real de vínculos como con la dificultad de identificar y valorar estos vínculos en los procesos de

evaluación e intervención. En cualquier caso, la baja visibilidad de redes sociales activas refuerza la imagen de aislamiento social y debilidad vincular que caracteriza a buena parte de esta población. Ello subraya la importancia de incorporar estrategias orientadas al fortalecimiento de redes comunitarias, al desarrollo de competencias relacionales y a la participación en espacios grupales y colectivos como parte del trabajo psicosocioeducativo.

Además de registrar la presencia o ausencia de red familiar y social, resulta relevante analizar si ha desarrollado una intervención sociofamiliar específica durante el proceso educativo. Este tipo de intervención busca activar, reparar o fortalecer los vínculos significativos, así como mejorar la dinámica relacional y el entorno de apoyo de la persona joven. A continuación, se presentan los datos relativos a la implementación de este tipo de intervención.

Tabla 11

Intervención Sociofamiliar Realizada Durante la Estancia en el Servicio

Intervención sociofamiliar	Porcentaje
No	47,8
Si	52,2
Total	100

Los datos muestran que en el 52,2% de los casos se ha llevado a cabo una intervención sociofamiliar específica. Este dato revela, por un lado, la voluntad y capacidad del recurso para promover intervenciones centradas en el entorno sociofamiliar de las personas jóvenes y, por otro, las dificultades reales que existen de llevarlas a cabo, ya que casi en la mitad de los casos no se han podido realizar.

La complejidad de los vínculos, las rupturas prolongadas, la ausencia de referentes estables o las resistencias propias del contexto familiar pueden ser factores que expliquen la no intervención en ciertos procesos. Estos datos refuerzan la importancia de seguir apostando por un enfoque relacional,

que incorpore a las familias y redes significativas cuando sea posible, y que acompañe también los procesos de desvinculación o reconfiguración vincular cuando no lo sea.

El análisis de las características específicas de la población objeto de estudio permite dimensionar con mayor profundidad la complejidad de las personas jóvenes atendidas en el servicio. La elevada presencia de adversidades en la infancia, diagnósticos de salud mental, conductas problemáticas y discapacidad psíquica pone de manifiesto trayectorias marcadas por el sufrimiento, la exclusión y la acumulación de factores de vulnerabilidad. A ello se suma una red familiar y social frecuentemente debilitada o ausente, lo que refuerza el aislamiento y la falta de referentes significativos en muchos casos. Aunque en más de la mitad de las situaciones se ha logrado desarrollar una intervención sociofamiliar específica, los datos evidencian la necesidad de seguir profundizando en estrategias que aborden de forma integral los aspectos relacionales, emocionales y comunitarios de las personas jóvenes.

Este análisis contextualiza y respalda, tal como se argumentó en capítulos previos de la tesis, la limitada plasticidad de los patrones de apego en los casos de personas que presentan trayectorias vitales atravesadas por múltiples adversidades, es decir, por situaciones de alta complejidad y acumulación de factores de vulnerabilidad, tal y como hemos descrito en este análisis socio-demográfico de nuestra población objeto de estudio.

Por ello, el análisis en este contexto debe centrarse, a partir de ahora, en identificar aquellos componentes de los estilos de apego que presentan mayor susceptibilidad al cambio.

2. Estilos de apego: evaluación y evolución. Cuestionario Camir-R.

En este segundo apartado se aborda el análisis del estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio, para ello se ha utilizado el cuestionario para la evaluación del apego Camir-R, descrito ya en capítulo anteriores.

2.1. Evaluación inicial.

La primera aplicación del cuestionario Camir-R se realizó al inicio de su proceso en el servicio. Se presentan a continuación los datos obtenidos, que permiten observar el predominio de determinados estilos de apego dentro de la población analizada.

Tabla 12

Estilos de Apego en la Primera Pasación a la Población Objeto de Estudio con el Camir-R

Estilo de apego	Frecuencia	Porcentaje
Apego Seguro	7	10,4
Apego Inseguro Ansioso	15	22,4
Apego Inseguro Evitativo	38	56,7
NS/NC	7	10,4
Total	67	100

Los resultados muestran que el estilo de apego predominante es el apego inseguro evitativo, presente en un 56,7% de los casos. Este estilo de apego suele caracterizarse por una tendencia a la autosuficiencia defensiva, dificultades para reconocer o expresar emociones y desconfianza en la disponibilidad del otro, elementos que pueden dificultar la vinculación con figuras de cuidado o de referencia.

El 22,4% presenta un apego inseguro ansioso, donde la necesidad de aprobación, el temor al abandono y la hipersensibilidad emocional suelen estar muy presentes. En conjunto, estos datos revelan que un 79,1% de la población analizada presenta un estilo de apego inseguro, y tan solo el 10,4% de estos jóvenes presenta apego seguro, lo que es especialmente preocupante, ya que refleja un predominio abrumador de formas de vinculación que se asocian con dificultades en la regulación emocional, en la construcción de relaciones de confianza y en la percepción de apoyo social, mientras

que la presencia de seguridad en el apego es considerada como un factor protector clave para el bienestar psicológico y la resiliencia ante situaciones adversas.

El análisis pone de relieve además una diferencia importante entre nuestra población objeto de estudio y los datos obtenidos en otros estudios sobre poblaciones más normativas. Por ejemplo, en el metaanálisis realizado por Van Ijzendoorn et al. (1999), donde se analizaron 33 de estudios sobre estilos de apego basados en la Entrevista de Apego de Adultos, el porcentaje de personas con estilos de apego seguro ascendía al 58%, mientras que en nuestro grupo de jóvenes objeto de estudio es tan solo del 10,4%.

De la misma manera en la investigación realizada por la propia autora de esta tesis en su Trabajo Final de Máster sobre una muestra de estudiantes de la Universidad de Deusto, también el apego seguro aparecía en un porcentaje elevado, el 63% de las personas analizadas (Mendikote, 2017)

Pero también las personas que presentan apegos inseguros en nuestra población objeto de estudio presentan diferencias con respecto a las personas con apegos inseguros de los mencionados estudios, especialmente en el estilo de apego evitativo, estilo que aparece en el metaanálisis de Van Ijzendoorn et al. (1999) en un 24%, en el estudio de Mendikote en un 8,8% pero en nuestra población objeto de estudio en un 56,7%.

Esta comparación permite visualizar el grado de desviación respecto a perfiles más normativos en cuanto a las formas de vinculación afectiva expresadas a través del estilo de apego. El contraste refuerza la especificidad y la vulnerabilidad relacional de nuestra población objeto de estudio, particularmente en lo que respecta a la prevalencia de estilos de apego inseguros.

El bajo porcentaje de apego seguro en la población de jóvenes analizada indica no solo un déficit en las relaciones interpersonales, sino también una potencial dificultad en el desarrollo emocional y social de estas personas.

Además, puede contribuir a la aparición de comportamientos problemáticos, lo que aumenta la complejidad del entorno en el que se desenvuelven. Para averiguar los cambios producidos en los

estilos de apego tras la intervención psicosocioeducativa y terapéutica mediante el Modelo de Vinculación Emocional Validante, se llevó a cabo una segunda aplicación del cuestionario Camir-R para la evaluación del apego, transcurridos seis meses de intervención.

2.2. Evaluación después de seis meses de intervención.

Dado que el estilo de apego no constituye un rasgo inmutable, sino una construcción relacional dinámica susceptible de modificación a partir de experiencias significativas y vínculos reparadores, resulta fundamental disponer de herramientas de evaluación comparativa que permitan identificar posibles cambios a lo largo del tiempo.

La segunda administración del cuestionario Camir-R ha proporcionado información relevante para determinar si la intervención implementada ha promovido una reducción de los estilos de apego inseguros y un fortalecimiento de los estilos de apego seguros.

En el ámbito del acompañamiento psicosocial, este tipo de evaluación longitudinal no solo posibilita la valoración objetiva de la eficacia de la intervención, sino que también contribuye a visibilizar el potencial transformador de las relaciones validantes y sostenidas en el tiempo. En este sentido, la segunda medición (postest) permitió analizar si se habían producido modificaciones en las representaciones vinculares de las personas jóvenes participantes, especialmente en lo relativo a la consolidación de vínculos seguros, la expresión emocional y la disponibilidad interpersonal asociadas a los distintos estilos de apego.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en comparación con la primera aplicación del cuestionario Camir-R:

Tabla 13

Comparativa de Estilos de Apego de la Primera a la Segunda Aplicación del Cuestionario Camir-R

Estilos de apego	Frecuencia 1ª medida	Porcentaje 1ª medida	Frecuencia 2ª medida	Porcentaje 2º medida
Apego Seguro	7	10,4	9	13,4
Apego Inseguro ansioso	15	22,4	9	13,4
Ansioso Inseguro evitativo	38	56,7	21	31,3
NS/NC	7	10,4	28	41,8
Total	67	100	67	100
Chi cuadrado		15,092		
Significación		,005		
V de Cramer		,622		

El análisis estadístico muestra que el estilo de apego difiere de manera significativa entre la primera medición realizada al inicio y la segunda medición llevada a cabo posteriormente, ya que el valor del chi-cuadrado es de 15,092 con una significación de 0,005, lo que indica que el cambio observado entre la primera y la segunda medida no es producto del azar y que la relación entre estas dos variables es fuerte, tal como lo confirma el valor de la V de Cramer de 0,622.

Los resultados de esta segunda medición evidencian modificaciones en la distribución de los estilos de apego, sin embargo, es relevante destacar que un 41,8% de las personas no respondieron al cuestionario, lo que pone de manifiesto tanto las resistencias como los bloqueos que aún persisten en la población objeto de estudio. Este fenómeno, analizado en capítulos previos, subraya la complejidad inherente a la transformación de los estilos de apego y la necesidad de incorporar la triangulación metodológica para profundizar en el análisis de los factores que configuran los patrones vinculares, así como para identificar tendencias emergentes de cambio.

Es importante destacar que la población objeto de estudio presenta un historial significativo de experiencias adversas tempranas, caracterizadas por la inestabilidad relacional, la carencia de

figuras de apego consistentes y la exposición a contextos de negligencia, abandono o maltrato, tal y como se ha detallado en el apartado de características sociodemográficas. Estas condiciones han propiciado la consolidación de patrones de apego inseguro, manifestándose en dificultades marcadas para la regulación emocional, la confianza interpersonal y la construcción de vínculos afectivos seguros. La internalización de modelos operativos inseguros, resultado de trayectorias vinculares disruptivas, se traduce en una elevada prevalencia de desconfianza, hipervigilancia afectiva y estrategias defensivas de evitación o ansiedad ante la proximidad emocional. Por tanto, la intervención con este perfil de jóvenes implica abordar no solo la modificación de representaciones internas profundamente arraigadas, sino también la reparación de heridas relacionales acumuladas, lo que convierte el proceso de transformación de los estilos de apego en un desafío de alta complejidad para la intervención psicosocioeducativa y terapéutica con este grupo de jóvenes objeto de estudio.

No obstante, el estilo de apego seguro se incrementa ligeramente, pasando de un 10,4% al 13,4%, lo que puede interpretarse como una señal incipiente de avance en la capacidad de establecer vínculos más estables y confiables. También se reduce el porcentaje de apego inseguro evitativo, que es ahora del 31,3% mientras que era de un 56,7% en la primera aplicación, este dato podría asociarse a una mayor conexión emocional y al reconocimiento del otro como figura de apoyo. La disminución del estilo de apego inseguro evitativo es un dato muy significativo desde la perspectiva de la teoría del apego, especialmente en contextos de intervención psicosocial.

El apego evitativo se caracteriza por la inhibición emocional, la autosuficiencia defensiva y la desconfianza hacia los vínculos afectivos. Las personas con este estilo de apego tienden a minimizar sus necesidades emocionales y a mantener distancia en las relaciones, muchas veces como resultado de experiencias tempranas de cuidado inconsistente, frio o rechazante. Por eso, una modificación en sentido positivo puede estar indicando que, a lo largo de la intervención, estas personas han experimentado relaciones suficientemente seguras y validantes como para empezar a flexibilizar sus defensas y abrirse, aunque sea parcialmente, al contacto emocional.

También puede estar relacionado no solo con la naturaleza de la intervención, sino también con las características propias de las personas jóvenes con este estilo de apego. Desde la teoría del apego, se entiende que las personas con apego evitativo han desarrollado modelos internos que les enseñan a minimizar o reprimir sus necesidades emocionales, debido a experiencias tempranas de cuidado invalidante o negligente. En este sentido, la metodología de intervención aplicada, la vinculación emocional validante, podría haber tenido un impacto particularmente relevante en este grupo, al ofrecer un espacio seguro para la expresión emocional, sin forzar la apertura ni la dependencia.

La intervención podría haber permitido que estas personas con un estilo de apego evitativo experimentaran una forma distinta de vinculación, caracterizada por la aceptación y la validación de sus emociones, lo que habría favorecido una reducción progresiva de sus defensas emocionales en los primeros seis meses de aplicación. Además, dado que los estilos de apego evitativo suelen ser más resistentes al cambio, es posible que este grupo haya mostrado un mayor margen de transformación debido a la naturaleza de la metodología utilizada, que facilita la construcción de experiencias emocionales correctoras.

Por otra parte, el estilo de apego ansioso también se modifica, reduciéndose de un 22,4% a un 13,4%, es un dato que podría también reflejar el impacto potencial de la intervención en los patrones emocionales y vinculares de los participantes. El apego ansioso se caracteriza por una alta necesidad de cercanía y validación externa, junto con una profunda preocupación por el rechazo o la disponibilidad del otro, lo que puede generar un ciclo de ansiedad y conductas de búsqueda constante de aprobación o atención. En este sentido, la intervención podría haber tenido un efecto moderador al proporcionar un espacio donde las personas jóvenes experimentaron una mayor seguridad en sus relaciones, lo que les permitió reducir la intensidad de la ansiedad vinculada al miedo al abandono o la inseguridad de los lazos afectivos.

La disminución del apego ansioso podría interpretarse como el resultado de un proceso de reestructuración de las expectativas emocionales y relacionales, a través de un acompañamiento

basado en la validación y el apoyo emocional consistente. Las personas participantes habrían podido empezar a internalizar nuevas formas de relación más equilibradas, lo que disminuiría su necesidad de constante reafirmación externa. La intervención, al proporcionar un entorno seguro, podría haber contribuido a disminuir los niveles de ansiedad vinculados al apego, favoreciendo una mayor auto regulación emocional y una relación más tranquila con los demás.

El resultado más llamativo es el aumento de personas que no han contestado al cuestionario en esta segunda medida, que asciende al 41,8%. Este incremento puede interpretarse desde múltiples factores como pueden ser las dificultades en la adherencia al proceso, rotación o salida del servicio, resistencia al trabajo emocional en una fase de intervención más avanzada, o incluso desconfianza hacia el instrumento o el vínculo con la figura del profesional.

En conjunto, los datos evidencian pequeños avances en términos de cambio de los patrones de apego, pero también subrayan los límites de dicho cambio en procesos que requieren tiempo, continuidad y condiciones relacionales estables. El elevado porcentaje de no respuesta es un indicador relevante que debe ser tenido en cuenta como expresión, también, del estilo de vinculación y del momento vital de muchas de estas personas y que puede ser interpretado desde múltiples factores como pueden ser las dificultades en la adherencia al proceso, la resistencia al trabajo emocional en una fase de intervención más avanzada, o incluso la desconfianza hacia el instrumento o hacia el vínculo con la figura del profesional.

Es importante tener en cuenta que estos resultados se han obtenido tras un periodo relativamente corto de intervención, seis meses. En este tiempo, los cambios en los estilos de apego, aunque incipientes, deben ser valorados si se considera que se trata de patrones relacionales profundamente arraigados, modelados a lo largo de años de experiencias adversas. Los datos, deben leerse, por tanto, como una fotografía parcial de un proceso aún en curso, en el que la construcción de los vínculos seguros requiere de tiempo, estabilidad, coherencia relacional e intervenciones sostenidas que prioricen la función relacional como eje central del acompañamiento, como lo hace el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Con el objetivo de dimensionar adecuadamente los cambios experimentados en el estilo de apego a lo largo del proceso de intervención, se llevó a cabo un análisis estadístico comparativo entre la evaluación inicial y la realizada tras seis meses de intervención.

Para ello, se calcularon las diferencias de medias entre ambos momentos mediante la aplicación de la prueba t de Student para muestras relacionadas, con el fin de determinar la significación estadística de los cambios observados. Además, se estimó el tamaño del efecto utilizando el índice d de Cohen, una medida estandarizada que cuantifica la magnitud de la diferencia entre dos medias en unidades de desviación estándar.

Este índice permite valorar la relevancia práctica de los cambios detectados, más allá de su significación estadística, y facilita la comparación de resultados entre estudios, lo que aporta un marco interpretativo sobre la importancia real de las diferencias encontradas.

Tabla 14

Análisis Estadístico de la Evolución del Apego tras Seis Meses de Intervención

Parámetros Estadísticos	Resultados
Media pre-test	2,51
Desviación típica pre-test	0,683
Media post-test	2,18
Desviación típica post-test	0,97
t de Student	2,245
Grados de libertad	38
Valor $p < 0.05$	0,031
d de Cohen	0,38

La diferencia entre el primer estilo de apego y el segundo, seis meses después, arroja una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p=0,031. Este resultado indica que los cambios observados en el estilo de apego no se deben al azar, sino que reflejan una evolución

relevante a lo largo del proceso. La t de Student obtenida (t=2,245) refuerza esta conclusión, mostrando que la magnitud de la diferencia es suficientemente consistente como para superar el umbral de significación.

La d de Cohen de 0,38 se interpreta como un efecto entre pequeño y moderado según los criterios habituales de Cohen (efecto pequeño: d ≈ 0,2; moderado: d ≈ 0,5; grande: d ≈ 0,8). Pero el ámbito de las Ciencias Sociales, donde las variables suelen estar influidas por múltiples factores y el control experimental presenta mayores dificultades, encontrar efectos pequeños o moderados es bastante común y, a menudo, relevante. Un tamaño del efecto de 0,38 indica que la intervención y el cambio han tenido un impacto perceptible sobre la variable de interés, aunque no sea de gran magnitud.

En este sentido, en Ciencias Sociales, un efecto de esta magnitud puede considerarse relevante desde una perspectiva práctica, ya que incluso cambios pequeños pueden tener implicaciones importantes para la comprensión de los fenómenos sociales o la planificación de intervenciones futuras (Prentice & Miller, 1992; Lakens, 2013; Funder & Ozer, 2019). Así, aunque la magnitud del efecto sea modesta, su significación estadística y el contexto disciplinario permiten afirmar que el cambio observado es destacable y útil, por tanto, este resultado evidencia que la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante promueve una transformación en el estilo de apego de los jóvenes objeto de estudio y, por tanto, produce un impacto en los patrones de apego.

Tras realizar el análisis comparativo de la distribución general de los estilos de apego en las dos aplicaciones del cuestionario Camir-R, los resultados sugieren la necesidad de realizar un examen más sistemático y desagregado. El objetivo debe ser ahora identificar que dimensiones específicas del apego muestran mejores avances, estancamientos o retrocesos, y como estas se relacionan con el modelo de intervención aplicado. Este enfoque metodológico permitirá discernir los patrones diferenciales de respuesta a la intervención, aportando evidencia empírica sobre su eficacia en componentes específicos del constructo de apego.

2.3. Análisis psicométrico del Camir-R.

- ### Análisis desagregado por dimensiones.

El Camir-R, una herramienta auto informada que permite explorar la representación interna del vínculo a través de siete dimensiones que recogen aspectos clave del apego desde una perspectiva multidimensional. Las siete dimensiones que exploran la representación interna, según Balluerka et al. (2011), son las siguientes:

Dimensión 1. Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Esta dimensión evalúa la disponibilidad y el apoyo que las figuras de apego proporcionan a la persona. Hace referencia a la percepción de haber sido querido por dichas figuras, la posibilidad de confiar en ellas y la disponibilidad para acudir en su apoyo en momentos de necesidad. Incluye ítems que remiten tanto al pasado como al presente, y se asocia con la experiencia de un apego seguro.

Dimensión 2. Preocupación Familiar. Se refiere a la percepción de una elevada ansiedad de separación de los seres queridos y a un nivel alto de preocupación actual por las principales figuras de apego. Esta dimensión está vinculada con estilos de apego inseguro ansioso preocupado en la actualidad.

Dimensión 3. Interferencia de los padres. Centrada en los recuerdos de una infancia caracterizada por la sobreprotección parental, el miedo constante y una sensación de inseguridad ante la posibilidad de ser abandonado. Está relacionada con experiencias pasadas que influyen en las representaciones internas de la relación con los cuidadores principales.

Dimensión 4. Valor de la autoridad de los padres. Evalúa la percepción positiva respecto a los valores internos de la estructura familiar relacionados con la autoridad y la jerarquía. Se refiere a la valoración de la autoridad parental como un aspecto positivo en la estructura familiar.

Dimensión 5. Permisividad parental. Hace alusión a los recuerdos de una infancia en la que existieron escasos límites y guías por parte de los padres, lo que puede reflejar una estructura familiar permisiva.

Dimensión 6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres. Esta dimensión aborda los sentimientos de rechazo hacia la dependencia emocional y afectiva, así como posibles sentimientos de rencor hacia los seres queridos. Se centra en el presente y está relacionado con estilos de apego inseguro evitativos.

Dimensión 7. Traumatismo Infantil. Se refiere a los recuerdos de experiencias de violencia, amenazas o falta de disponibilidad por parte de las figuras de apego durante la infancia. Está asociado con un estilo de apego inseguro desorganizado.

Es importante destacar que las dimensiones 2,4 y 6 se enfocan en aspectos del presente, mientras que las dimensiones 3,5 y 7 remiten a experiencias pasadas. La dimensión 1 abarca tanto el pasado como el presente. Además, las dimensiones 1, 2 y 6 se relacionan con diferentes estilos de apego (seguro, ansioso y evitativo, respectivamente), mientras que las dimensiones 4 y 5 hacen referencia a aspectos de la estructura familiar.

Con el objetivo de analizar la evolución de las dimensiones medidas en los dos momentos temporales (pretest y postest), se procedió a una recodificación sistemática de los datos mediante la creación de variables de cambio. Esta transformación ha permitido identificar si los valores correspondientes a cada dimensión aumentaban, se mantenían o disminuían entre ambas mediciones, revelando una mejora, un estancamiento o un bloqueo respecto a la evolución de los patrones de apego.

De esta forma, se facilitó la interpretación de los efectos de la intervención o del paso del tiempo sobre las siete dimensiones analizadas, permitiendo no solo observar tendencias individuales, sino también establecer patrones generales. Además, esta recodificación sirvió de base para análisis estadísticos comparativos orientados a determinar la significación de los cambios observados.

Tras el análisis, de las 7 dimensiones en las que se desagrega la medición de los estilos de apego con la herramienta Camir-R, dos de ellas, la dimensión 1 de seguridad y la dimensión 6 de autosuficiencia y rencor hacia los padres, presentan mejoras en las medidas tras el periodo de intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Tabla 15

Dimensión 1. Seguridad: Disponibilidad y Apoyo en las Figuras de Apego

Dimensión	Tipo de cambio	Porcentaje Válido	Porcentaje sin NS/NC
Seguridad	Aumenta	34,3	59
	Se mantiene	11,9	20,5
	Disminuye	11,9	20,5
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100

Los datos revelan que un 34,3% de las personas jóvenes objeto de estudio mejoran su puntuación en esta dimensión tras seis meses de intervención, lo que sugiere una mayor consolidación de la percepción de seguridad con respecto a los vínculos afectivos. Esta mejora es especialmente relevante si se considera que esta dimensión integra ítems que remiten tanto a la experiencia relacional pasada como al vínculo presente, y es una de las dimensiones llave para promover la transformación en los patrones de apego.

La dimensión de seguridad se relacionacon aspectos emocionales profundos y, en algunos casos, dolorosos, relacionados con el pasado vincular y las figuras de apego, lo que podría haber generado evitación o bloqueo en la respuesta al instrumento. Esta ausencia de respuesta, lejos de restar valor al dato, refuerza la idea de que este instrumento interpela con especial intensidad a las personas jóvenes evaluadas, evidenciando la necesidad de abordajes progresivos y seguros en la intervención.

Tabla 16

Dimensión 6. Autosuficiencia y Rencor hacia los Padres

Dimensión	Tipo de cambio	Porcentaje Válido	Porcentaje sin NS/NC
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	Aumenta	14,9	25,6
	Se mantiene	11,9	20,5
	Disminuye	31,3	53,9
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100

En esta dimensión se abordan aspectos clave del estilo de apego inseguro evitativo en el presente, se centra en los sentimientos de rechazo y dependencia emocional y afectiva, así como en la presencia de emociones de rencor o ambivalencia hacia las figuras significativas. Esta dimensión permite explorar la manera en la que las personas jóvenes se vinculan actualmente con sus seres queridos y como gestionan su necesidad de cercanía emocional frente a la independencia.

Los resultados muestran que un 31,3% de las personas participantes disminuyen su puntuación en esta dimensión, lo que indica una reducción en los sentimientos de autosuficiencia defensiva y en el rencor hacia sus figuras parentales o de apego. Este hallazgo es de gran relevancia ya que sugiere un proceso de flexibilización en el vínculo presente, una mayor apertura a la dependencia saludable y una posible reconciliación emocional con sus figuras significativas. Dicho cambio podría estar mediado por una experiencia del VEV, capaz de ofrecer un ambiente seguro que permite revisar creencias defensivas y responder desde nuevas formas de relación. En contraste con estos datos, las cinco dimensiones restantes no presentan mejoras destacables en sus puntuaciones. Esto podría indicar que dichas dimensiones requieren de procesos de cambio más prolongados en el tiempo o abordajes más específicos y focalizados. No obstante, que la dimensión de seguridad, que

constituye el núcleo estructural del apego, muestre una mejora significativa, puede tener un efecto catalizador en el futuro desarrollo de otras dimensiones evaluadas.

Tabla 17

Distribución Porcentual de la Evolución del Resto de las Dimensiones del Camir-R

Dimensión	Tipo de cambio	Porcentaje Válido	Porcentaje sin NS/NC
Preocupación Familiar	Aumenta	37,3	64,1
	Se mantiene	6,0	10,3
	Disminuye	14,9	25,6
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100
Traumatismo Infantil	Aumenta	29,9	51,3
	Se mantiene	6,0	10,2
	Disminuye	22,4	38,5
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100
Percepción autoridad de los padres	Aumenta	22,4	38,5
	Se mantiene	14,9	25,6
	Disminuye	20,9	35,9
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100
Interferencia de los padres	Aumenta	34,3	59
	Se mantiene	9,0	15,4
	Disminuye	14,9	25,6
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100

Permisividad parental	Aumenta	25,4	43,6
	Se mantiene	17,9	30,8
	Disminuye	14,9	25,6
	NS/NC	41,8	0
	Total	100	100

A diferencia de lo observado en las dimensiones de seguridad y de autosuficiencia y rencor hacia los padres, las restantes cinco dimensiones del instrumento no presentan impactos tan positivos.

Una posible interpretación es que puede deberse a la naturaleza estructural y más rígida de estas dimensiones, en comparación con las que si evolucionan. Mientras que la dimensión de seguridad y la de autosuficiencia y rencor hacia los padres captan experiencias afectivas y relacionales del presente actual o del proceso de transformación, las otras dimensiones abordan contenidos más estables, cristalizados o incluso traumáticos del pasado de las personas, como el caso de la dimensión del traumatismo infantil, la percepción de autoridad de los padres o la permisividad parental, cuyas representaciones tienden a consolidarse tempranamente y pueden requerir procesos terapéuticos más largos y profundos para modificarse.

Además, dimensiones como la preocupación familiar o la interferencia de los padres reflejan no solo percepciones subjetivas sino también realidades relacionales actuales que pueden no haber cambiado durante el periodo de intervención de seis meses. Asimismo, esta percepción se puede ver influida por la comparación con otras personas y la forma en la que pueden estar establecimiento la relación con los profesionales. Si la estructura familiar o las dinámicas parentales se mantienen, es comprensible que estas dimensiones no reflejen una evolución positiva, incluso si la persona experimenta cambios internos en otras áreas. Además, la mejora en la situación de un miembro del sistema facilita la capacidad de pensar en los demás, lo que a su vez genera un aumento en el nivel de

preocupación por el bienestar de los otros, pudiendo estar relacionado con una mejoría en la mentalización.

Otro factor relevante es el tipo de intervención implementada en el contexto investigado. Dado que la propuesta se basa en el Modelo de Vinculación Emocional Validante, su impacto más directo se orienta a generar sentimientos de seguridad en la relación, confianza, contención, validación, autonomía y, por ende, reducción de actitudes defensivas, pero no necesariamente transforma vivencias pasadas intensamente negativas. Tampoco es posible modificar entornos familiares que se mantienen activos si el sistema familiar al completo presenta resistencias para iniciar un abordaje especifico.

Por último, se puede observar como en la dimensión de traumatismo infantil se observa un incremento. En el contexto de la relación madre-hijo, se observa un fenómeno complejo en el que, a pesar de la percepción de una crianza deficiente, persiste un vínculo afectivo significativo. Esta dualidad se manifiesta en el reconocimiento de las deficiencias en el cuidado maternal, especialmente cuando el individuo comienza a interactuar con profesionales en el ámbito educativo y psicológico. A través de estas interacciones, se evidencia un aumento en la confianza de la persona joven para abordar experiencias traumáticas, como el abuso sexual, que podrían haber permanecido no reveladas en ausencia de un entorno seguro y comprensivo.

La ausencia de mejoras relevantes en estas cinco dimensiones no implica un fracaso de la intervención, sino que subraya la complejidad y profundidad de ciertas vivencias afectivas, cuya transformación suele requerir de un abordaje sostenido en el tiempo, así como una articulación individual, familiar, grupal y estructural.

Sin embargo, el cambio observado en las dimensiones de seguridad y autosuficiencia y rencor hacia los padres evidencia la capacidad de la intervención para activar procesos de reorganización vincular y emocional, especialmente en aquellas áreas donde las personas aún mantienen una apertura al cambio y a nuevas experiencias de relación.

Los y las profesionales juegan un papel crucial ya que a medida que las personas se sienten seguras, se vuelven más conscientes de la naturaleza de su crianza y del impacto que esta ha tenido en su desarrollo emocional y psicológico. Este proceso de toma de conciencia puede llevar una reevaluación de las experiencias vividas y a un reconocimiento de los efectos perjudiciales de la violencia y el abuso en la infancia. Por lo tanto, las interacciones con profesionales no solo fomentan la expresión de experiencias traumáticas, sino que también contribuyen a una mayor comprensión de los patrones de comportamiento y afecto en las relaciones.

El siguiente paso metodológico, es calcular el Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones, con el objetivo de evaluar su consistencia interna, es decir, el grado en que los ítems que componen cada dimensión están correlacionados entre sí y permiten una interpretación coherente y sólida de los resultados.

- ## Fiabilidad del instrumento mediante Alfa de Crombach.

Uno de los estadísticos que mide la fiabilidad de los ítems es el Alfa de Crombach que de acuerdo con Rodríguez-Rodríguez y Reguant-Álvarez (2020), es una fórmula general para estimar la fiabilidad de instrumentos tanto para ítems con respuestas dicotómicas, o de más de dos valores, como es nuestro caso. Es uno de los tipos de coeficiente de consistencia interna y expresa esta consistencia interna a partir de la covariación entre los ítems del instrumento, de manera que cuanto mayor es la covariación, mayor puntuación Alfa (Barrios & Cosculluela, 2013). Es decir, que en la medida en que los ítems que componen cada dimensión evalúan de forma coherente el mismo constructo más cerca se encuentre el valor del Alfa de Cronbach a 1, mayor es la consistencia interna, y se considera adecuado cuando presenta valores iguales o superiores a 0,70 (George & Mallery, 2003), si bien valores próximos a 0,60 pueden considerarse aceptables en investigaciones exploratorias. Los autores sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de Alfa de Cronbach.

El Alfa de Cronbach permite, por tanto, detectar el grado en que los ítems miden de forma coherente un mismo constructo, lo cual garantiza la validez de las conclusiones obtenidas en relación con las variables estudiadas. Realizar este análisis asegura que el instrumento mantiene su robustez y pertinencia contextual, ya que un instrumento fiable en una población general puede no comportarse del mismo modo en otra población con características particulares como es nuestro caso.

Tabla 18

Alfa de Crombach de las Escalas que Constituyen el Camir-R

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos	N de elemento
Seguridad: Disponibilidad y apoyo 30.Cuando yo era niño mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo. 6.Cuando yo era niño sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos. 3.En caso de necesidad, estoy seguro de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo. 13.Cuando yo era niño encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte. 11.Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos. 7.Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general positivas. 21.Siento confianza en mis seres queridos.	,864	,864	7
Preocupación Familiar 12.No puedo concentrarme sobre otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas. 14.Siempre estoy preocupado por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos. 32.A menudo me siento preocupado, sin razón, por la salud de mis seres queridos. 18.Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos. 31.La idea de una separación momentánea de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud. 26.Cuando me alejo de mis seres queridos no me siento bien conmigo mismo.	,836	,835	6
Traumatismo Infantil 1.Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles. 28.Cuando era niño había peleas insoportables en casa. 23.Cuando yo era niño tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos. 10.Cuando yo era niño a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables. 17.Cuando yo era niño teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	,778	,782	5

Percepción autoridad de los padres 29.Es importante que el niño aprenda a obedecer. 19.Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia. 5.En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	,777	,787	3
Permisividad Parental 22.Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería. 15.Cuando era niño tenían una actitud de dejarme hacer. 2.Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.	,519	,514	3
Autosuficiencia y rencor hacia los padres 8.Detesto el sentimiento de depender de los demás. 16.De adolescente nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones. 9.Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas. 24.A partir de mi experiencia de niño, he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	,479	,483	4
Interferencia de los padres 25.Cuando yo era niño se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionado. 27.Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos. 20.Mis padres no se han dado cuenta de que un niño cuando crece tiene necesidad de tener vida propia. 4.Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.	,344	,355	4

Los resultados del Alfa de Cronbach en la tabla anterior se han ordenado de mayor a menor ya que un valor más alto indica que los ítems están correlacionados entre sí y que miden un mismo constructo. Es decir, se han colocado las dimensiones en orden, las dimensiones que más fiabilidad presentan en la parte de arriba y las que menos consistencia presentan en la parte de debajo de la tabla.

En las cuatro primeras dimensiones del cuestionario: seguridad, preocupación familiar, percepción autoridad de los padres y traumatismo infantil, los valores superan ampliamente el umbral 0,7 considerado aceptable, lo que sugiere que los ítems de estas escalas están midiendo de forma coherente los constructos propuestos.

Sin embargo, las dimensiones de permisividad parental, autosuficiencia y rencor hacia los padres e interferencia de los padres, presentan niveles bajos de fiabilidad interna. Esta baja consistencia interna puede deberse a formulaciones demasiado generales o heterogéneas de los ítems, a escasa identificación emocional de las personas participantes con el contenido de algunos ítems o a la influencia de experiencias familiares diversas, lo que genera mayor dispersión en las respuestas.

En el caso de la dimensión de autosuficiencia y rencor hacia los padres, resulta especialmente relevante revisar esta baja fiabilidad, ya que se había observado un cambio positivo en los resultados. Por tanto, la interpretación de dicho cambio debe hacerse con cautela, al considerar que la baja consistencia interna limita la confianza en la precisión del constructo medido.

Aun así, el hallazgo no debe descartarse, sino reinterpretarse a la luz de otros enfoques propiciados por la triangulación metodológica utilizada en la investigación. Esta actitud contribuye a fortalecer la calidad metodológica del estudio y a ofrecer una mirada crítica y rigurosa sobre los instrumentos utilizados.

- ## Análisis factorial.

Con el fin de ampliar la comprensión de la estructura interna del instrumento y valorar su coherencia psicométrica más allá de las dimensiones inicialmente propuestas, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales.

Esta técnica estadística multivariante permite identificar agrupaciones de ítems que comparten varianza común, lo que facilita identificar factores latentes en los datos y contrastar si la organización teórica del instrumento se corresponde con su comportamiento empírico en una población concreta, este análisis complementa los resultados obtenidos en los análisis anteriores:

Tabla 19

Análisis Factorial de la Dimensión de Seguridad

Dimensión de seguridad	Componentes	
	1	2
¿Las relaciones durante mi niñez me parecen positivas?	,870	
¿Cuándo era niño encontré cariño en mis seres queridos para no buscarlo fuera?	,832	
¿Me hacían sentir de niño que les gustaba compartir su tiempo conmigo?	,809	
¿Cuándo era niño mi sistema me ha dado lo mejor de sí mismos?	,601	,537
¿Estoy seguro de que puedo contar con el apoyo de mis seres queridos?		,874
¿Siento confianza en mis seres queridos?		,827
¿Cuándo era niño, sabía que encontraría consuelo en mis seres queridos?	,423	,546

El análisis factorial de componentes principales aplicado a la dimensión de seguridad ha revelado una estructura bidimensional, lo que sugiere que el constructo no se comporta de manera unitaria en esta población, sino que se compone de dos factores psicológicamente diferenciables, aunque complementarios.

El primer componente agrupa cuatro ítems relacionados con las experiencias tempranas de seguridad emocional. Estos ítems hacen referencia a como fueron percibidas las relaciones de cuidado durante la infancia, al recuerdo del afecto recibido, al tiempo compartido con las figuras significas y a la valoración positiva de los vínculos primarios. Se trata, por tanto, de un componente que refleja la seguridad retrospectiva, asociada al apego temprano y a la calidad emocional de los vínculos en la niñez.

El segundo componente en cambio recoge tres ítems, que se centran en la seguridad actual o vivencial, es decir, en la confianza presente en las relaciones cercanas y en la expectativa de apoyo emocional en el aquí y en el ahora. Aunque incluye un ítem retrospectivo ("cuando era niño, sabía que encontraría consuelo en mis seres queridos"), este se alinea con los otros dos por el contenido centrado en la experiencia subjetiva de consuelo y disponibilidad emocional, más allá del momento temporal.

Esta diferenciación es conceptualmente consistente con la teoría del apego, que distingue entre modelos internos de funcionamiento construidos en la infancia y experiencias actuales que pueden confirmar, desafiar o modular esos modelos. En consecuencia, estos hallazgos permiten afirmar que la dimensión de seguridad evaluada en este instrumento integra tanto recuerdos pasados como percepciones actuales de seguridad afectiva.

Desde una perspectiva aplicada, esta estructura de dos factores puede ser de gran utilidad para identificar diferencias individuales en la evolución de cada tipo de seguridad (pasada y presente) a lo largo del proceso de intervención. Y sugiere que la intervención realizada puede generar mejoras más rápidas en la percepción del apoyo actual, mientras que la reconstrucción de memorias tempranas puede requerir más tiempo o estrategias específicas.

Tabla 20

Análisis factorial de la Dimensión Interferencia de los Padres

Interferencia de los padres	**Componentes**	
	1	**2**
¿Lo controlaban todo; resultados escolares, amistades, etc.?	,759	
¿Se preocuparon tanto que en ocasiones me sentía aprisionado?	,715	-,458
¿Mis padres no se han dado cuenta de que un niño debe tener vida propia cuando crece?	,671	,430
¿Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido?		,901

El análisis factorial exploratorio de la dimensión de interferencia de los padres muestra la existencia también de dos componentes, lo que sugiere la existencia de dos núcleos temáticos diferenciados dentro de esta dimensión.

El primer componente agrupa tres ítems que hacen referencia a la vivencia subjetiva de control y sobreprotección por parte de los progenitores durante la infancia. Expresiones como “mis padres lo controlaban todo”, “me sentía aprisionado de todo lo que se preocupaban por mi “y “mis padres no se han dado cuenta de que un niño cuando crece debe tener vida propia”, reflejan un relato de interferencia parental percibida como invasiva, que limita la autonomía y el desarrollo individual.

Este componente parece capturar con claridad la experiencia emocional de sentirse restringido en el proceso de individuación, lo cual se asocia con formas de apego inseguro, especialmente el tipo inseguro ansioso.

El segundo componente está compuesto únicamente por un ítem. Este ítem, aunque vinculado al tema de la autonomía, introduce un cambio de perspectiva generacional, ya no se trata de una vivencia del pasado, sino de una visión proyectada hacia el rol parental propio. Este contenido apunta a una toma de conciencia crítica sobre la propia experiencia vivida y un deseo de ruptura de este patrón en la crianza futura.

Por tanto, este ítem no mide la interferencia directa, sino más bien un deseo de reparación o mejora intergeneracional, lo que podría explicar que se haya separado de los demás en el análisis factorial.

Tabla 21

Análisis Factorial de la Dimensión Autosuficiencia y Rencor hacia los Padres

Autosuficiencia y rencor	Componentes	
	1	2
¿De adolescente nadie de mi entorno entendía mis preocupaciones?	,800	
¿Desde mi experiencia de niño, he comprendido que nunca somos suficientemente buenos?	,790	
¿Detesto el sentimiento de depender de los demás?	,642	,510
¿Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas?		,929

El análisis factorial de componentes principales aplicado a la dimensión de autosuficiencia y rencor hacia los padres reveló una estructura bifactorial, lo que sugiere que esta dimensión contiene también dos componentes diferenciados que representan aspectos distintos pero relacionados con el estilo de apego.

El primer componente agrupa tres ítems que aluden a una combinación de sentimientos de incomprensión, desvaloración y rechazo hacia la dependencia emocional. Este grupo de ítems refleja una vivencia emocional compleja que une el rencor, soledad afectiva y necesidad de autoafirmación. La interpretación de este componente apunta a una forma defensiva de autosuficiencia desarrollada como reacción a experiencias de invalidación emocional o expectativas parentales excesivas. Esta configuración es típica de personas con modelos internos de apego inseguro evitativo, donde el vínculo con los cuidadores ha estado teñido de exigencia, desaprobación o distancia afectiva.

El segundo componente contiene un único ítem. Aunque se vincula temáticamente con la autosuficiencia, este ítem expresa de forma más directa una afirmación de independencia total, sin matices de crítica parental o conflicto afectivo. Se trata de una autosuficiencia más radical y generalizada, que puede interpretarse como el extremo conductual del primer componente, pero que aparece separado por su carga específica y su formulación tajante.

Desde una perspectiva interpretativa, la separación de este ítem en un segundo componente puede indicar que, para algunas personas, la autosuficiencia no está necesariamente ligada al rencor, sino que puede presentarse como un estilo relacional aprendido, incluso sin una vivencia emocional de sentimientos explícitos. Este hallazgo permite matizar la dimensión original, distinguiendo entre una autosuficiencia reactiva y emocionalmente cargada (componente 1) y un autosuficiencia instrumental o defensiva (componente 2).

Este tipo de diferenciación es especialmente relevante para intervención social y psicológica, ya que permite ajustar las estrategias de acompañamiento según el tipo de vínculo que haya detrás del deseo de autonomía.

En el resto de las dimensiones analizadas, preocupación familiar, traumatismo infantil, autoridad de los padres y permisividad parental, el análisis factorial de componentes principales no arrojó una estructura multifactorial, sino que todos los ítems se agruparon en un único componente por dimensión. Esto indica que en nuestro grupo de jóvenes objeto de estudio dichas dimensiones presentan una estructura unidimensional coherente, es decir, los ítems que las componen miden el mismo constructo sin subestructuras diferenciadas. Esta consistencia interna respalda la validez de la configuración original del instrumento en estas dimensiones y refuerza la pertinencia de su uso como escalas únicas en el análisis de resultados y en el diseño de intervenciones posteriores.

3. Cambios psicológicos asociados al estilo de apego: MACI.

3.1. Evolución por bloques temáticos.

Es importante atender a los elementos psicológicos endógenos desde la perspectiva del estilo de apego porque algunos de estos elementos como puede ser la autoimagen, el sentimiento de valía, la regulación emocional o las expectativas relacionales, están profundamente influidos por las experiencias vinculares tempranas y configuran la manera en que las personas se relacionan consigo mismas y con los demás a lo largo de la vida. Atendiendo al estilo de apego, estas experiencias

tempranas generan modelos internos de funcionamiento que influyen en como una persona se percibe a sí misma y a los demás. Para ello, se ha utilizado el inventario clínico de Millon, el cuestionario MACI. El cuestionario está formado por 160 ítems y 31 escalas empíricamente validadas agrupadas en tres bloques temáticos, prototipos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos.

A continuación, se presentan los resultados del análisis. Para ello se ha elaborado una primera tabla en la que se recogen para cada escala de cada bloque temático, cuales mejoran, cuales empeoran o cuales se mantienen tras la intervención con el Modelo VEV.

Tabla 22

Evolución de las Escalas de cada Bloque Temático Medidas con el MACI

	MEJORAN	SIN CAMBIOS	EMPEORAN
Prototipos de personalidad		INTROVERTIDO	
	INHIBIDO PESIMISTA SUMISO HISTRIÓNICO		
			RUDO REBELDE EGOCÉNTRICO
	CONFORMISTA OPOSICIONISTA AUTOPUNITIVO TENDENCIA LÍMITE		
Preocupaciones			DIFUSIÓN IDENTIDAD
	DESVALORACIÓN DE SÍ MISMO DESAGRADO PROPIO CUERPO		
			INCOMODIDAD FRENTE AL SEXO INSEGURIDAD CON LOS IGUALES INSENSIBILIDAD SOCIAL
	DISCORDANCIA FAMILIAR ABUSOS EN LA INFANCIA		
Síndromes clínicos	TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN		
			ABUSO DE SUSTANCIAS PREDISPOSICIÓN A LA DELINCUENCIA PROPENSIÓN A LA IMPULSIVIDAD
	SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD AFECTO DEPRESIVO TENDENCIA AL SUICIDIO		

Para completar el análisis, en la siguiente tabla se recogen los datos relativos a la evolución de los diferentes bloques temáticos, considerando ahora los distintos estilos de apego. De este modo, se analiza específicamente en qué tipo de apego (seguro, ansioso o evitativo) se encuentran las personas jóvenes objeto de estudio que han presentado un empeoramiento en las escalas evaluadas por el MACI. De la misma manera, se examina la distribución de los estilos de apego entre aquellas personas jóvenes objeto de estudio que han experimentado una mejoría en dichas escalas.

Tabla 23

Distribución de la Evolución de las Escalas de cada Bloque Temático Medidas con el MACI con Respecto a los Distintos Estilos de Apego

	ESCALAS	EMPEORAN %				MEJORAN %			
		Evitativo	Ansioso	Seguro	N	Evitativo	Ansioso	Seguro	N
Prototipos de personalidad	Introvertido	40	60	0	100	40	40	20	100
	Inhibido	100	0	0	100	75	25	0	100
	Pesimista	60	40	0	100	54	36	9	100
	Sumiso	33,3	33,3	33,4	100	75	25	0	100
	Histriónico	60	20	20	100	45,4	45,4	9,2	100
	Egocéntrico	80	0	20	100	62,5	37,5	0	100
	Rebelde	81,8	18,2	0	100	50	25	25	100
	Rudo	77,7	22,3	0	100	37,5	12,5	50	100
	Conformista	66,6	33,4	0	100	66,6	25	8,4	100
	Oposicionista	50	50	0	100	45,4	36,3	9,3	100
	Auto punitivo	50	50	0	100	50	37,5	12,5	100
	Tendencia límite	42,8	57,2	0	100	44,4	44,4	14,2	100
Preocupaciones expresadas	Difusión de la identidad	58,4	41,6	0	100	50	25	25	100
	Desvaloración de sí mismo/a	33,4	66,6	0	100	45,4	45,4	9,2	100
	Desagrado propio cuerpo	66,6	33,4	0	100	75	25	0	100
	Incomodidad frente al sexo	46,1	30,7	23,2	100	85,7	14,3	0	100
	Inseguridad respecto a iguales	80	20	0	100	66,6	33,4	0	100
	Insensibilidad social	62,5	25	0	100	50	50	0	100
	Discordancia familiar	75	12,5	12,5	100	54,5	27,3	18,2	100
	Abusos en la infancia	80	20	0	100	57,2	28,5	14,3	100

Síndromes clínicos	Trastornos de alimentación	0	100	0	100	87,5	12,5	0	100
	Abuso de sustancias	88,8	11,2	0	100	25	50	25	100
	Predisposición a la delincuencia	80	20	0	100	50	50	0	100
	Propensión a la impulsividad	66,6	16,4	0	100	100	0	0	100
	Sentimientos de ansiedad	100	0	0	100	80	20	0	100
	Afecto depresivo	33,4	66,6	0	100	54,6	36,4	0	100
	Tendencia al suicidio	66,6	33,4	0	100	62,5	31,2	6,3	100

- ## Prototipos de personalidad.

El análisis de los cambios observados en los prototipos de personalidad del MACI, revela una tendencia generalizada en la que el estilo de apego evitativo aparece con un peso destacado tanto en los casos de empeoramiento como en los de mejoría, lo cual sugiere que este estilo de apego está estrechamente vinculado con los perfiles de personalidad más susceptibles a experimentar variaciones significativas tras la intervención desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV).

En prototipos como introvertido, pesimista, egocéntrico, rebelde, rudo y conformista, las personas con un estilo de apego evitativo presentan porcentajes elevados tanto entre quienes empeoran como entre quienes mejoran, lo cual puede interpretarse como una alta sensibilidad al cambio, aunque no necesariamente en una dirección concreta. Esto sugiere que los perfiles evitativos podrían estar en una posición ambivalente ante la intervención, donde algunos pueden beneficiarse de este proceso de apertura y vinculación, mientras que otros podrían activar mecanismos de defensa ante la misma.

En cambio, el estilo de apego inseguro ansioso aparece con mayor intensidad en los casos de empeoramiento en los prototipos de introvertido y tendencia límite, lo cual indica una posible intensificación de la reactividad emocional o la dependencia afectiva en contextos de cambio. Esta asociación refuerza la idea de que los perfiles ansiosos pueden presentar mayor vulnerabilidad a los

efectos emocionales de la intervención, especialmente si no se satisfacen de manera clara sus necesidades de seguridad y validación.

Cabe destacar que el estilo de apego seguro tiene menor presencia general en los extremos, como cabía esperar, pero aparece con mayor claridad en los casos de mejoría lo que sugiere un posible efecto protector del estilo de apego seguro frente a rasgos de personalidad disfuncionales o extremos. Esta presencia indica que las personas con apego seguro tienen una mayor probabilidad de beneficiarse del proceso sin derivar en reacciones defensivas o desorganizadas.

En conjunto los datos muestran que los distintos estilos de apego asimilan y responden a los procesos de intervención de manera distinta también, actuando como un modulador del cambio, en particular, los estilos inseguros y especialmente el evitativo, que responden con una mayor variabilidad emocional y conductual, mientras que el apego seguro muestra una evolución más estable y adaptativa.

- ## Preocupaciones expresadas.

En este segundo se observa de nuevo que los estilos de apego inseguros son predominantes tanto en quienes empeoran como en quienes mejoran, mientras que el apego seguro sigue apareciendo como factor protector.

En primer lugar, se observa que el estilo de apego evitativo es el perfil que más frecuentemente aparece asociado al empeoramiento de preocupaciones relacionadas con el yo (como la difusión de la identidad, la desvaloración de sí mismo o el desagrado corporal), con los vínculos (discordancia familiar, inseguridad ante los iguales) y con experiencias del pasado (como los abusos infantiles). Esto podría deberse a que la intervención moviliza contenidos defensivamente encapsulados, activando el malestar que había sido hasta entonces evitado o reprimido. Esta reacción inicial puede ser interpretada como un efecto de movilización emocional más que como un retroceso clínico, lo que refuerza la importancia de acompañar adecuadamente los procesos de apertura emocional en este perfil.

Ahora bien, ese mismo estilo de apego evitativo también predomina en los casos de mejora, especialmente en preocupaciones relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, la interacción social o los conflictos familiares. Esta doble presencia, tanto en el empeoramiento como en la mejoría, sugiere que el estilo de apego evitativo, lejos de ser un estilo rígido e impermeable al cambio, reacciona de manera polarizada ante la intervención, dependiendo de factores como la calidad del vínculo terapéutico, el grado de confianza y la intensidad emocional del contenido abordado. Es decir, cuando se sienten suficientemente seguros, los evitativos parecen capaces de cuestionar sus defensas y revisar sus esquemas de funcionamiento, lo que se traduce en mejoría en áreas que tradicionalmente les generan malestar.

Por su parte, el estilo de apego inseguro ansioso también está presente de manera constante, aunque en menor proporción que el evitativo. Aparece con más frecuencia en el empeoramiento de dimensiones vinculadas a la autoimagen y la necesidad de aceptación, como la desvaloración de sí mismo, lo cual es coherente con su hipersensibilidad al juicio externo y a la falta de validación. No obstante, también se registra una representación significativa del estilo de apego inseguro ansioso entre quienes mejoran en estas mismas dimensiones, lo que indica que la intervención, al ofrecer contención emocional y validación, puede ayudar a mitigar la dependencia emocional y la inseguridad relacional que caracterizan este estilo.

Finalmente, aunque en menor proporción, el estilo de apego seguro se asocia con algunas mejoras específicas, especialmente en los aspectos como difusión de la identidad, discordancia familiar, abusos en la infancia y la desvalorización de sí mismo/a. Su menor presencia puede explicarse porque este grupo de jóvenes partía, en general, de un mejor posicionamiento emocional. Por tanto, los cambios positivos observados en ellos son menos dramáticos, pero más estables y consistentes, y reflejan una mayor capacidad de procesamiento emocional, lo que les permite integrar nuevas experiencias sin activar defensas intensas.

El análisis conjunto del bloque muestra que las preocupaciones expresadas no son rígidas, y pueden modificarse tras una intervención basada en la vinculación. El estilo de apego influye en la

dirección del cambio, pero no lo determina de forma definitiva, todos los estilos, incluidos los más inseguros, muestran potencial de transformación. El apego evitativo, en particular, aparece como un estilo de alto riesgo, pero también de alta respuesta al cambio si se ofrecen las condiciones relacionales adecuadas. El apego seguro es clave como facilitador de una mejora sostenida.

Este bloque aporta una base esencial para analizar cómo la intervención influye en las dimensiones subjetivas del malestar psicológico., y permite articular un discurso clínico centrado no solo en el apego, sino también en la evolución de la narrativa personal, la regulación emocional y la representación del yo.

- ## Síndromes clínicos.

Los síndromes clínicos que recoge el MACI permiten observar la intensidad del malestar psicológico expresado por las personas jóvenes y su relación con patrones emocionales desregulados, comportamientos autodestructivos o impulsivos y riesgos significativos para la salud mental. Analizar los cambios en estas dimensiones permite evaluar si la intervención ha logrado una contención efectiva del sufrimiento emocional y una reorganización del funcionamiento psicológico más allá del cambio en el apego.

Los resultados revelan un patrón complejo, el estilo de apego inseguro evitativo predomina claramente entre quienes empeoran en la mayoría de los síndromes clínicos, lo que sugiere una fuerte resistencia al cambio y una tendencia a mantener mecanismos defensivos incluso cuando se expresa sufrimiento psicológico. Esto es especialmente notorio en las escalas de trastornos de alimentación, ansiedad, impulsividad, predisposición a la delincuencia, tendencia al suicidio, donde el porcentaje de evitativos que emporan oscila entre un 66% y un 100%.

No obstante, también se observa que entre quienes mejoran en estos síndromes, sigue habiendo un número considerable de personas con un estilo de apego evitativo, lo cual introduce una paradoja interesante, aunque el evitativo es el perfil más resistente, es también uno de los que más

cambia. Esto podría explicarse por la posibilidad de que, en ciertos casos, las dinámicas grupales o intervenciones individuales, hayan favorecido una flexibilización mínima de sus defensas.

Los perfiles ansiosos, por su parte, muestran una presencia más destacada entre quienes mejoran en abuso de sustancias, lo que podría deberse a que el estilo de apego inseguro ansioso, más volcado hacia la búsqueda de conexión emocional, resulta más permeable a la intervención que ofrezca contención y validación.

En conjunto, este bloque confirma que los síndromes clínicos mantienen también una fuerte relación con los estilos de apego inseguros, especialmente el evitativo. La intervención ha sido capaz de generar algunas transformaciones importantes, pero estas se dan de forma fragmentaria.

3.2. Impacto diferencial de la VEV en variables psicológicas.

Tras haber analizado los cambios experimentados entre la primera y la segunda medida del MACI en función del estilo de apego, se evidenció que ciertos estilos de apego mostraban mayor permeabilidad al cambio psicológico a lo largo de la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Este dato permite ahora profundizar en un segundo nivel de análisis, centrado no tanto en que estilo de apego cambia más, sino en que dimensiones psicológicas son más sensibles al cambio independientemente del estilo de apego.

- ### Análisis por escalas.

El presente apartado se enfoca en identificar las escalas del MACI que presentan una mejoría significativa tras seis meses de intervención, lo cual permite delimitar las áreas del funcionamiento psicológico más permeables a los efectos de una intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Analizar el impacto diferencial por escalas permite comprender mejor no solo la eficacia de la metodología empleada, sino también los mecanismos de cambio que se activan en las personas jóvenes participantes.

Tabla 24

Análisis de la Mejora en las Escalas del MACI en las que Impacta el VEV

	Escala	Mejora Frecuencias	Mejora Porcentaje
Prototipos de personalidad	Introvertido	5	12,8
	Inhibido	4	10,2
	Pesimista	11	28,2
	Sumiso	8	20,5
	Histriónico	11	28,2
	Egocéntrico	8	20,5
	Rebelde	8	20,5
	Rudo	8	20,5
	Conformista	12	30,7
	Oposicionista	11	28,2
	Auto punitivo	8	20,5
	Tendencia límite	9	23,1
Preocupaciones expresadas	Difusión identidad	8	20,5
	Desvaloración de sí mismo	11	28,2
	Desagrado propio cuerpo	8	20,5
	Incomodidad frente al sexo	7	17,9
	Inseguridad respecto a los iguales	3	7,7
	Insensibilidad social	6	15,4
	Discordancia familiar	11	28,2
	Abusos en la infancia	14	35,9
Síndromes clínicos	Trastornos de alimentación	8	20,5
	Abuso de sustancias	4	10,2
	Predisposición a la delincuencia	4	10,2
	Propensión a la impulsividad	3	7,7
	Sentimientos de ansiedad	5	12,8
	Afecto depresivo	11	28,2
	Tendencia al suicidio	16	41

El análisis permite observar el impacto de la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante, con mejoras más relevantes en determinadas dimensiones psicológicas que en otras.

El hallazgo más relevante de este análisis se sitúa en la escala de tendencia al suicidio donde se observa el porcentaje de mejora más elevado (41%). Este dato constituye uno de los aportes importantes de esta tesis, ya que pone de manifiesto el potencial transformador del Modelo VEV en el abordaje del sufrimiento psíquico más extremo. La reducción de indicadores asociados a la ideación o comportamiento suicida refleja no solo un descenso de la sintomatología sino una reconstrucción del sentido de la vida y del vínculo con los demás a través de una experiencia sostenida de contención y validación emocional, así como una construcción de seguridad efectiva. Esta mejora cobra aún más sentido si se considera que estas personas partían de contextos de alta vulnerabilidad y riesgo social, lo que refuerza el valor de la intervención centrada en la persona como eje de transformación.

Además de este resultado central, se destaca otra escala con importante sensibilidad al cambio, que refleja un efecto transformador especialmente relevante en aspectos nucleares del malestar psicológico. Esta escala es la relativa a abusos en la infancia (35,9%). El cambio significativo en esta área sugiere que la intervención logra incidir directamente en los cimientos emocionales e identitarios de las personas jóvenes objeto de estudio, facilitando procesos de resignificación y fortalecimiento del yo.

Después están las escalas con una sensibilidad nada desdeñable (28,2%), en las que también se observan avances relevantes, aunque de menor magnitud. Estas dimensiones abarcan aspectos como afecto depresivo, desvalorización de sí mismo/a, discordancia familiar y prototipos de personalidad como pesimista, histriónico y oposicionista. Se trata de indicadores de funcionamiento más defensivo o desorganizado, que muestran una evolución positiva, indicando que el VEV no solo impacta en el malestar emocional sino también en patrones conductuales y estructuras de personalidad.

En conjunto, estos datos evidencian que la intervención centrada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante tiene un impacto mayor en aquellas dimensiones relacionadas con el vínculo, la autoimagen, la regulación emocional y el trauma.

- ## Comparación pretest-postest del MACI: t de Student y tamaño del efecto.

Con el objetivo de fortalecer la validez de los hallazgos observados en el análisis anterior y avanzar hacia una lectura más precisa del impacto de la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante, se ha realizado un análisis estadístico complementario de las dos escalas que presentan un mayor grado de mejoría como son la tendencia al suicidio y abusos en la infancia.

En primer lugar, la t de Student para muestras relacionadas permite determinar si las diferencias observadas en estas escalas antes y después de la intervención son estadísticamente significativas, es decir, si el cambio no puede atribuirse al azar. En segundo lugar, se ha utilizado el coeficiente de correlación de r de Pearson para analizar la asociación lineal entre variables continuas. Este estadístico resulta especialmente relevante para identificar y cuantificar la fuerza y la dirección de las relaciones entre la mejora observada en determinadas escalas psicológicas y otras variables clave, tales como los estilos de apego. La interpretación de los coeficientes obtenidos permite valorar tanto la magnitud como la significación estadística de dichas correlaciones, aportando una visión más rigurosa de los patrones relacionales subyacentes.

Además, se ha calculado la d de Cohen como indicador del tamaño del efecto, lo que permite ir más allá de la significación estadística y valorar la relevancia práctica de los cambios producidos. Esta medida es especialmente pertinente en contextos de intervención psicosocial, donde no solo importa si un cambio es significativo, sino también que tan importante es ese cambio en términos de transformación psicosocial. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 25

Análisis Estadístico Complementario de las Escalas del MACI de Mayor Mejoría

Escalas	Tendencia al suicidio	Abusos en la infancia
Media 1ª medida	61,92	71,9
Desviación típica	25,84	22,29
Media 2ª medida	54,72	78,46
Desviación típica	16,16	28,1
t de Student	2,15	-1,7
gl	38	38
p-valor	.038	.098
d de Cohen	0,31	0,25

Se observa una reducción significativa en la tendencia al suicidio tras la intervención. El p-valor (0,038) es menor que el umbral habitual de 0,05, lo que indica que la diferencia entre las medias es estadísticamente significativa. El tamaño del efecto (d de Cohen = 0,31) sugiere una mejora de pequeña a moderada en la tendencia al suicidio. La t de Student de 2,15 indica que la diferencia entre las medias (antes y después de la intervención) es estadísticamente significativa para un nivel de significación de 0,05 (p = 0,038). Esto significa que la probabilidad de que la diferencia observada se deba al azar es menor del 5%. La t positiva refleja que la media de la segunda medida es menor que la de la primera, lo que corresponde a una reducción significativa en la tendencia al suicidio.

En las puntuaciones sobre abusos en la infancia, se observa un aumento en la media tras la intervención. Sin embargo, el p-valor (0,098) es mayor que 0,05, lo que indica que no hay evidencia suficiente para afirmar que el cambio sea estadísticamente significativo. El tamaño del efecto (d de Cohen = 0,25) apunta a un efecto pequeño y la t de Student de -1,7 indica que la media de la segunda medida es mayor que la de la primera, lo que corresponde a un aumento en las puntuaciones sobre abusos en la infancia. Sin embargo, el valor absoluto de la t (1,7) no supera el valor crítico para un nivel de significación de 0,05 con 38 grados de libertad (que suele estar alrededor de 2,02 para una

prueba bilateral). El p-valor (0,098) es mayor que 0,05, lo que indica que no existe evidencia suficiente para afirmar que el cambio sea estadísticamente significativo. El signo negativo de la t simplemente refleja la dirección del cambio (aumento).

Estos resultados evidencian que ciertas dimensiones psicológicas pueden comenzar a modificarse con intervenciones psicosociales sostenidas, especialmente en lo que respecta a la ideación suicida, pero también sugieren que otros aspectos más estructurales del malestar psicológico podrían requerir más tiempo o estrategias complementarias para cambiar significativamente.

4. Análisis de la demanda.

Tras analizar el impacto de la intervención desde una perspectiva psicométrica, el siguiente paso se ha centrado en explorar la naturaleza y evolución de las demandas expresadas por las personas jóvenes objeto de estudio al inicio del proceso y nuevamente transcurridos seis meses. Este análisis permite incorporar una mirada más cualitativa y contextual, que da cuenta no solo de los cambios internos evaluados mediante escalas, sino también de cómo las propias personas conceptualizan y expresan sus necesidades, preocupaciones y objetivos a lo largo del proceso de intervención.

El punto de partida ha consistido en identificar y sistematizar las demandas recogidas en ambos momentos, con el fin de establecer las tendencias generales, que tipos de preocupaciones son más frecuentes, cuales se mantienen en el tiempo y cuales muestran una evolución significativa. Este enfoque permite visibilizar los cambios subjetivos en las prioridades y percepciones personales, lo que resulta clave para comprender el sentido que las personas jóvenes objeto de estudio atribuyen a su proceso y al acompañamiento recibido.

4.1. Demanda al inicio de la intervención.

A continuación, se presenta una tabla que recoge el análisis de frecuencias y porcentajes relativos a las demandas iniciales expresadas por las personas atendidas al comienzo de la

intervención. Este análisis permite identificar el tipo de demanda que dio sentido a la solicitud de apoyo, es decir, el "para que" de la intervención desde la perspectiva de las personas jóvenes objeto de estudio. Las demandas han sido categorizadas en cuatro grandes grupos en función de su grado de elaboración y naturaleza del contenido expresado:

- Ausencia de demanda: No se expresa ninguna necesidad ni se reconoce utilidad en el acompañamiento educativo.
- Demanda asistencial: Centrada en necesidades tangibles o externas. Por ejemplo, necesito una vivienda o necesito una prestación económica.
- Demanda subjetivada: Implica una elaboración personal que vincula la intervención con el cambio interno o la mejora relacional. Por ejemplo, necesito ayuda para regular mi impulsividad porque me expulsan de todas las casas en las que convivo.
- Demanda mixta: Combina elementos de la demanda asistencial y de la demanda subjetivada, mostrando tanto necesidades materiales como conciencia de dificultades emocionales o conductuales.

El análisis de estas frecuencias proporciona una primera aproximación a las tendencias generales en la forma de comprender la intervención por parte de las personas jóvenes atendidas, y permite valorar en qué medida hay una disposición inicial a implicarse en un proceso de cambio o una expectativa más centrada en la resolución de problemas concretos.

Tabla 26

Distribución del Tipo de Demanda Inicial

Tipo de Demanda inicial	Frecuencia	Porcentaje
No demanda	5	7,5
Demanda asistencial	40	59,7
Demanda mixta	19	28,3
Demanda subjetivada	3	4,5
Total	67	100

Los resultados muestran que la mayoría de las personas jóvenes objeto de estudio, el 59,7%, presentan una demanda de tipo asistencial al inicio de su proceso. Este dato refleja una tendencia clara a concebir la intervención como un recurso instrumental, orientado a resolver situaciones urgentes como la necesidad de una vivienda, ayudas económicas o cobertura básica. Este enfoque asistencial, si bien legitimo en contextos de alta vulnerabilidad, indica un punto de partida en el que la dimensión subjetiva del malestar aún no ha sido elaborada o reconocida.

Un 28,4% expresa una demanda mixta, lo que supone un dato significativo, ya que estas personas integran en su discurso tanto necesidades prácticas como aspectos relacionados con su mundo emocional o conductual. Esta categoría representa un puente entre la demanda asistencial y la subjetivación plena, y sugiere un mayor nivel de implicación personal en el proceso, así como una disposición a vincular el acompañamiento con cambios internos.

Por otro lado, solo un 4,5% presenta una demanda plenamente subjetivada, lo que indica que muy pocas personas inician la intervención con una conciencia clara de su malestar interno y con una demanda orientada al trabajo personal. Este dato confirma que los procesos de subjetivación no suelen estar presentes en la demanda inicial y, refuerza la necesidad de que el proceso de intervención contemple espacios que favorezcan la elaboración emocional y el fortalecimiento del yo.

Finalmente, un 7,5% de los casos no explicita ninguna demanda inicial, lo que puede interpretarse como una forma de rechazo, desconfianza o desconexión respecto a la función del recurso. Esta ausencia plantea un reto importante para la intervención, ya que requiere construir desde cero un vínculo y un sentido compartido de proceso.

Estos datos evidencian que la intervención con el VEV no parte, en la mayoría de los casos, de una demanda subjetivada, sino que se debe trabajar activamente en la construcción de significado, vinculación y elaboración, especialmente en contextos marcados por trayectorias de exclusión, desconfianza hacia el mundo adulto y ruptura de vínculos significativos.

4.2. Reformulación de la demanda a los seis meses.

Una vez transcurridos seis meses de intervención con el Modelo VEV, se ha realizado un nuevo análisis de las demandas expresadas por las personas jóvenes objeto de estudio con la finalidad de identificar posibles cambios en la forma de comprender y posicionarse frente a la intervención. Esta reformulación de la demanda resulta clave para evaluar no solo la evolución del proceso, sino también el grado en que las personas han podido elaborar, resignificar o profundizar en su propio malestar.

Del mismo modo que en el análisis inicial, las demandas han sido clasificadas en las cuatro categorías señaladas: ausencia de demanda, demanda asistencial, demanda subjetivada y demanda mixta. Esta categorización permite observar no solo si las demandas se mantienen o cambian, sino también, en qué dirección se produce dicho cambio, si hay una mayor implicación personal, una toma de conciencia o, por el contrario, una cronificación de la demanda asistencial o un abandono voluntario de su proceso educativo.

La tabla que se presenta a continuación muestra las frecuencias y porcentajes correspondientes a cada tipo de demanda reformulada tras seis meses de intervención:

Tabla 27

Distribución de la Reformulación del Tipo de Demanda

Reformulación del tipo de demanda	Frecuencia	Porcentaje
No demanda	13	19,4
Demanda Asistencial	1	1,5
Demanda subjetivada	49	73,1
Demanda Mixta	4	6,0
Total	67	100

Los datos tras seis meses de intervención muestran un cambio sustancial en el modo en que las personas jóvenes comprenden y expresan sus necesidades. La evolución más significativa se observa en el aumento exponencial de la demanda subjetivada, que pasa del 4,5% en el inicio al 73,1%

en este segundo momento. Este resultado refleja una profunda transformación en la manera de posicionarse frente a la intervención, evidenciando una mayor elaboración del malestar, una apropiación del proceso personal y una implicación activa en el propio cambio.

Este incremento en la subjetivación de la demanda no solo indica que las personas jóvenes objeto de estudio han logrado poner palabras a su mundo interno, sino que también señala la eficacia del Modelo de Vinculación Emocional Validante como metodología que favorece procesos de introspección, regulación emocional y construcción de sentido en la intervención. Es un dato que habla de agencia, empoderamiento y capacidad reflexiva por parte de las personas jóvenes objeto de estudio, que, en su mayoría, iniciaron el proceso desde posiciones defensivas, asistenciales o incluso sin demanda explícita.

En contraste, el porcentaje de demandas asistenciales desciende drásticamente al 1,5% lo que sugiere que la centralidad de lo material cede terreno frente a la emergencia de lo subjetivo, sin que ello implique negar las necesidades concretas, sino integrarlas dentro de un marco más amplio de comprensión personal. De igual forma, la demanda mixta se reduce al 6%, posiblemente como efecto del momento hacia una mayor integración y elaboración emocional, ya que muchas de estas personas podrían haber migrado hacia una categoría más netamente subjetivada.

El dato de mayor complejidad en su interpretación lo aporta la categoría de ausencia de demanda, que asciende a 19,4% lo que implica que casi una de cada cinco personas no reformula la demanda o se desvincula del proceso. Esta cifra, si bien puede deberse a múltiples factores como abandono prematuro del proceso, resistencias, fallas en el establecimiento de la relación o simplemente falta de confianza para expresarlo, plantea un reto importante para la intervención y es necesario seguir explorando que condiciones favorecen o dificultan el tránsito.

En conjunto, estos resultados ofrecen una radiografía clara del efecto de la intervención en términos de subjetivación y apropiación del proceso. El notable aumento de la demanda subjetivada constituye una de las evidencias más potentes del impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante, no solo como herramienta de contención y regulación, sino como motor de transformación.

Con el objetivo de respaldar cuantitativamente la relevancia de los cambios observados en la demanda inicial y en la reformulación de la demanda, se ha realizado un análisis estadístico de los datos mediante pruebas de significación de chi cuadrado y el cálculo de la V de Cramer.

Tabla 28

Análisis Estadístico de la Demanda Inicial y de la Demanda Posterior

Tipos de demanda	Chi cuadrado	V de Cramer
Demanda inicial y demanda posterior	,001	,383

El análisis estadístico entre la demanda inicial y su reformulación tras seis meses de intervención arroja un valor de chi cuadrado de 0,001, lo que indica que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa. Es decir, el cambio observado en la forma de demandar ayuda por parte de las personas jóvenes objeto de estudio no se debe al azar, sino que refleja una transformación consistente y relevante a lo largo del proceso de intervención.

Además, la V de Cramer presenta un valor de 0,383, lo que, siguiendo los criterios de intervención habituales en Ciencias Sociales, se considera una asociación de magnitud moderada a fuerte. Esto significa que existe una relación clara y sustantiva entre el tipo de demanda que las personas formulan al inicio y la forma en la que son capaces de reformularla tras haber transcurrido los seis meses de intervención.

Este resultado valida empíricamente una de las hipótesis centrales de esta tesis, que la intervención basada en el modelo de vinculación emocional validante favorece procesos de simbolización y elaboración subjetiva, permitiendo que muchas personas jóvenes pasen de una posición inicial marcada por una demanda asistencial hacia formas más complejas y reflexivas de solicitar ayuda.

El valor elevado de la V de Cramer sugiere que no se trata simplemente de un cambio aislado o superficial, sino de un desplazamiento estructural en la manera en que las personas se sitúan frente

a la intervención, frente a sus necesidades y frente a los otros como posibles figuras de ayuda. Así, la reformulación de la demanda se convierte en un indicador clínico y educativo de cambio real, con implicaciones directas tanto para la evaluación de procesos como para la planificación de intervenciones sostenidas en el tiempo.

4.3. Asociación entre demanda y estilos de apego.

Con el fin de profundizar en la comprensión del modo en que el estilo de apego se vincula con la capacidad de las personas jóvenes objeto de estudio para formular o reformular su demanda, se ha realizado un análisis de asociación entre ambas variables en dos momentos clave del proceso de intervención, al inicio y tras seis meses de la intervención.

Para ello se ha aplicado la prueba de chi cuadrado con el objetivo de determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre el estilo de apego y la forma en que se expresa la demanda. Asimismo, se ha calculado la V de Cramer para evaluar la fuerza de dicha asociación, lo cual permite valorar si esta relación es débil, moderada o fuerte en términos del efecto.

Se pretende observar si la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante favorece que los estilos de apego más inseguros evolucionen hacia posiciones más elaboradas y capaces de formular una demanda más consciente y compleja.

Tabla 29

Análisis Estadístico de las Demandas con respecto al Estilo de Apego

Tipos de demanda y estilos de apego	Chi cuadrado	V de Cramer
Demanda inicial y estilos de apego iniciales	,714	,167
Reformulación de la demanda y estilos de apego posteriores	,004	,378

En el análisis de asociación entre el estilo de apego inicial y la demanda formulada al inicio del proceso, se obtiene un valor de chi cuadrado de 0,714 y una V de Cramer de 0,167. Estos resultados

indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre variables en este momento del proceso. Asimismo, el valor V de Cramer se sitúa por debajo del umbral habitual para considerar una asociación débil en Ciencias Sociales (habitualmente a partir de 0,20), lo que sugiere que la relación entre el estilo de apego de base y la capacidad inicial para formular una demanda es escasa o nula.

Este dato es consistente con lo que suele observarse en personas jóvenes con trayectorias marcadas por la desprotección o el conflicto social. Al inicio del proceso, la mayoría se encuentra en posiciones de desconfianza o desorientación, lo que dificulta tanto la conciencia subjetiva de sus necesidades como su expresión a través de una demanda clara. En este sentido, el estilo de apego por sí solo no marca diferencias significativas en el establecimiento de la relación, dado que el impacto del contexto vital y estructural tiende a homogeneizar las formas de presentación inicial del malestar.

Sin embargo, tras seis meses de intervención se produce un cambio importante. La asociación entre el estilo de apego en la segunda medida y la reformulación de la demanda pasados seis meses desde el inicio, arrojan un valor de chi cuadrado de 0,004, lo que indica una relación estadísticamente significativa, y una V de Cramer de 0,378, lo cual, siguiendo los criterios específicos de interpretación para Ciencias Sociales, puede considerarse una asociación moderada-alta.

Este hallazgo es especialmente relevante ya que indica que una vez desplegado el proceso de intervención basado en el Modelo de Vinculación Emocional Validante, comienzan a emerger diferencias estructurales entre estilos de apego en la capacidad de las personas para construir una demanda más subjetiva, reflexiva y compleja. En otras palabras, el estilo de apego deja de ser solo una variable de base, y pasa a ser un indicador dinámico del impacto del proceso relacional y psicosocioeducativo vivido.

La magnitud del cambio en la asociación entre ambas variables (de 0,167 a 0,378 en la V de Cramer) sugiere que la intervención ha producido transformaciones estructurales en el modo en que las personas jóvenes objeto de estudio se vinculan, se perciben y expresan sus necesidades. Este resultado respalda la idea de que el Modelo de Vinculación Emocional Validante promueve una

evolución psíquica que permite pasar de la supervivencia o la demanda asistencial a la elaboración subjetiva de una necesidad de ayuda real y compartida.

Dado que los resultados anteriores han mostrado una transformación significativa en la forma en que las personas jóvenes objeto de estudio reformulan su demanda a lo largo del proceso, y que dicha evolución guarda una relación con los estilos de apego, el siguiente paso en el análisis ha sido profundizar en la dimensión especifica de seguridad en el apego. Esta dimensión, como se ha señalado previamente, representa el eje más estructurante del modelo teórico del presente estudio, ya que da cuenta del grado en que las personas se perciben a sí mismas y a los otros como disponibles, seguros y confiables.

Con el fin de comprobar si el desarrollo de una mayor seguridad vincular guarda relación con la capacidad de construir una demanda subjetivada, se ha realizado un nuevo análisis estadístico entre ambas variables. Para ello, se ha empleado nuevamente la prueba de chi cuadrado y la V de Cramer.

Tabla 30

Análisis de las Demandas con respecto a la Dimensión de Seguridad

Tipos de demanda y dimensión de seguridad	Chi cuadrado	V de Cramer
Demanda inicial y dimensión de seguridad inicial	,601	,615
Reformulación de la demanda y dimensión de seguridad posterior	,995	,406

El análisis entre la demanda inicial y la dimensión de seguridad del apego al inicio del proceso, muestra un valor de chi cuadrado de 0,601, lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en el momento de inicio de la intervención. Es decir, la dimensión de seguridad no guarda una asociación clara con la forma en que formulan su demanda inicial. A pesar de que el valor V de Cramer es elevado (0,615), este dato debe leerse con cautela, ya que no hay significación estadística que lo respalde, lo que sugiere que esta asociación podría deberse a fluctuaciones aleatorias de los datos. En este sentido, puede afirmarse que la dimensión de seguridad

en las etapas iniciales no actúa como una variable discriminante en cuanto al tipo de demanda formulada.

Posteriormente sigue sin existir relación estadísticamente significativa, ya que el valor de la chi cuadrado (0,995) indica que la relación no alcanza el umbral de significación estadística habitual, aunque el valor de V de Cramer (0,406) represente una asociación de magnitud moderada-alta, especialmente relevante en el contexto de Ciencias Sociales. Lo que sugiere que puede existir una tendencia o patrón en los datos, pero no se dispone de evidencia suficiente para afirmar que la asociación sea significativa estadísticamente.

4.4. Asociación entre demanda y estadios del cambio de Prochaska y DiClemente.

Con la pretensión de profundizar en la comprensión de los procesos de transformación observados, se ha realizado un nuevo análisis complementario que vincula la tipología de la demanda, tanto inicial como reformulada, con los estadios del cambio descritos por Prochaska y DiClemente (1983), y analizados en capítulos anteriores en esta tesis.

Este modelo teórico, ampliamente utilizado en el ámbito de la psicología de la intervención, describe una secuencia de fases por las que transitan las personas en sus procesos de cambio. Siendo estos: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

La incorporación de esta perspectiva permite interpretar no solo el contenido de las demandas, sino también el nivel de conciencia, disposición al cambio y grado de implicación subjetiva desde el que estas son formuladas. De este modo, se busca identificar si, a lo largo de la intervención, las personas jóvenes objeto de estudio han avanzado en su proceso interno hacia una mayor toma de conciencia, compromiso y acción en relación con su malestar o sus objetivos personales.

A través de este cruce de variables, es posible observar correspondencias entre la evolución de la demanda y el tránsito por los distintos estadios del cambio, lo que proporciona una lectura más dinámica y procesual del impacto de la intervención. Esta mirada aporta un valor añadido al análisis,

al situar las demandas no solo como declaraciones estáticas, sino como indicadores de movimiento interno.

Tabla 31

Análisis de los Estadios Iniciales del Cambio en la Demanda Inicial

Estadios iniciales del cambio	Frecuencia	Porcentaje
No demanda	4	6,0
Pre-contemplativo	44	65,7
Contemplativo	19	28,3
Total	67	100

Los resultados del análisis situacional de los estadios del cambio al inicio de la intervención revelan un punto de partida muy significativo en términos de conciencia y disposición al cambio. La gran mayoría de las personas atendidas, un 65,7%, se encuentran en el estadio de pre-contemplación, lo que indica que no reconocen aun la necesidad de modificar aspectos de su vida o no vinculan su malestar con una responsabilidad propia o con la posibilidad de transformación. Este dato es coherente con lo que suele observarse en los contextos de intervención con personas jóvenes que se encuentran en situación de desprotección, exclusión o cronificación del sufrimiento psicosocial, donde la demanda tiende a ser impuesta por el sistema o inducida desde fuera, más que elaborada internamente.

Un 28,4% de las personas se sitúa en el estadio contemplativo, lo que representa un grupo que ya empieza a tomar conciencia de ciertos malestares, dificultades o necesidades de cambio, aunque no se moviliza activamente para transformarlos. El hecho de que casi un tercio de las personas jóvenes objeto de estudio esté en esta fase desde el inicio, es especialmente relevante, ya que refleja la presencia de una base sobre la cual puede construirse un proceso de intervención con mayores cotas de implicación personal. Estas personas se encuentran en un punto en el que el acompañamiento puede actuar como catalizador de la transición hacia la acción, siempre que se sostenga un vínculo seguro y validante.

Finalmente, el 6% de los casos no manifiesta ninguna demanda ni evidencia disposición al cambio, lo cual puede leerse como una resistencia abierta, una desconfianza generalizada hacia los dispositivos o el mundo adulto, o una desconexión subjetiva frente a su propia situación vital.

En conjunto, estos datos muestran que el punto de partida para la mayoría de las personas jóvenes objeto de estudio es una posición de baja conciencia subjetiva sobre la necesidad de cambio, lo que refuerza la necesidad de metodologías que no exigen de entrada una implicación activa, sino que parten de la acogida, la contención, la validación y la generación de experiencias correctoras durante el establecimiento de la relación.

Una vez analizados los datos iniciales en relación con la demanda expresada por las personas jóvenes objeto de estudio y su correspondencia con los estadios del cambio, el siguiente paso ha sido explorar cómo evoluciona esta demanda a lo largo del proceso de intervención y, en qué medida dicho cambio se relaciona con un mayor nivel de conciencia subjetiva, implicación personal y disposición hacia el cambio.

Para ello, se ha cruzado la información sobre la reformulación de la demanda transcurridos seis meses con los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente (1983), lo cual permite observar no solo si hay un cambio en el contenido de la demanda, sino también el lugar desde el que está reformulada. Este análisis permite visibilizar hasta qué punto la intervención, a través de modelos como el de Vinculación Emocional Validante, son capaces de movilizar procesos internos que favorezcan el paso de fases más defensivas hacia fases de mayor implicación, conciencia y acción.

Este apartado busca, por tanto, ofrecer una lectura dinámica de la evolución psicosocial de las personas jóvenes objeto de estudio, integrando lo expresado verbalmente en su demanda con su posicionamiento subjetivo frente al cambio, lo cual proporciona una mirada más profunda sobre los efectos transformadores del proceso de intervención.

Tabla 32

Análisis de los Estadios Iniciales del Cambio en la Reformulación de la Demanda

Estadios del cambio posteriores	Frecuencia	Porcentaje
No demanda	13	19,4
Pre-contemplativo	2	3
Contemplativo	20	29,8
Preparación	19	28,4
Acción	13	19,4
Total	67	100

Los datos tras seis meses de intervención evidencian una transformación profunda del posicionamiento subjetivo de las personas jóvenes objeto de estudio respecto a su proceso de cambio. Mientras que en el momento inicial predominaba el estadio pre-contemplativo (65,7%), ahora solo el 3% permanece en esa fase, lo que indica una ruptura significativa con la actitud de indiferencia o negación del problema. Este descenso tan pronunciado permite afirmar que la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha tenido un efecto movilizador en los niveles de conciencia y disposición al cambio.

El porcentaje más elevado se concentra ahora en los estadios de contemplación (29,9%) y preparación (28,4%), lo que indica que más de la mitad de las personas jóvenes objeto de estudio han transitado hacia fases en las que reconocen activamente la necesidad de cambio y están comenzando a planificar o tomar decisiones para hacerlo. Esta transición revela una mayor apropiación del proceso, así como un creciente protagonismo subjetivo, donde el malestar deja de ser vivido como algo externo e inmodificable, y empieza a ser situado en relación con sus propias vivencias, comportamientos y vínculos.

Especialmente relevante es el hecho de que un 19,4% se ubica ya en el estadio de acción, lo que implica que una de cada cinco personas ha iniciado cambios concretos en su forma de relacionarse consigo mismas, con los demás o con su contexto vital. Llegar a esta fase en tan solo seis meses es un

indicador de alta implicación, y una muestra del potencial transformador que puede tener la intervención. Este dato, junto con la distribución general de los estadios, permite afirmar que la intervención no solo produce un efecto de contención, sino que también promueve un avance estructural en los procesos de subjetivación y cambio.

Sin embargo, se mantiene un 19,4% de casos en la categoría sin demanda, una cifra que, aunque preocupante, debe ser leída con matices. Algunas personas han podido interrumpir prematuramente su proceso educativo, no haber tenido tiempo suficiente para reformular su demanda por alargar su estancia en etapas previas o seguir en una posición de resistencia por el momento. Este grupo recuerda que el cambio no es homogéneo ni automático, y que existen factores estructurales, biográficos y relacionales que pueden dificultar o ralentizar los procesos de implicación subjetiva.

A continuación, se presentan los análisis de significación estadística chi cuadrado y V de Cramer para determinar si los cambios observados son estadísticamente relevantes y cuál es la fuerza de la asociación entre las variables. La tabla que se presenta a continuación muestra los resultados de chi cuadrado y la V de Cramer en los dos momentos diferenciados de la demanda con respecto a los estadios del cambio, al inicio de la intervención y transcurridos seis meses.

Tabla 33

Análisis Estadístico de las Demandas con Respecto a los Estadios del Cambio

	chi cuadrado	**V de Cramer**
Demanda inicial y estadios del cambio 1	,000	,802
Demanda posterior y estadios del cambio 2	,000	,810

El análisis estadístico entre la demanda inicial y los estadios del cambio en el momento de iniciar la intervención arroja un valor de chi cuadrado de 0,000 lo que indica una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Es decir, la forma en que las personas formulan su demanda al inicio del proceso no es aleatoria, sino que se relaciona estrechamente con el nivel de

disposición al cambio en el que se encuentran. Además, el valor de V de Cramer (0,802) señala una asociación muy fuerte, algo poco común en investigaciones sociales, lo que otorga a este hallazgo de una gran relevancia. Estos resultados sugieren que el grado de simbolización y elaboración subjetiva que permite construir una demanda está profundamente vinculado al estadio motivacional de cambio, siendo más probable que aquellas personas que se encuentran en fases pre-contemplativas o contemplativas formulen demandas más instrumentales, poco reflexivas o elaboradas.

De igual modo, la relación entre la reformulación de la demanda y los estadios del cambio tras seis meses de intervención también presenta un chi cuadrado de 0,000 y una V de Cramer de 0,810, lo que refuerza la relación entre estas dos variables durante la intervención. Esta asociación demuestra que, a medida que las personas avanzan en el proceso de cambio, tienden a reformular su demanda de manera mucho más subjetiva, reflexiva y compleja.

Este hallazgo confirma que el acompañamiento sostenido desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante, transforma profundamente la posición subjetiva de las personas respecto a sus dificultades, malestar o sufrimiento.

En conjunto, los resultados muestran un movimiento amplio y sostenido desde la etapa inicial hacia una posición más activa, consciente y participativa en el proceso de intervención transcurridos seis meses desde el establecimiento de la relación profesional, ofreciendo pistas sobre como acompañar procesos de cambio reales en contextos de alta vulnerabilidad o conflicto social.

5. Evolución de la sintomatología aguda.

Como ya se ha analizado al principio de este capítulo, las personas jóvenes objeto de estudio de esta tesis suelen presentar sintomatología aguda como ansiedad intensa, episodios depresivos, conductas disruptivas, autolesiones o ideación suicida, entre otras, que refleja un alto nivel de sufrimiento psíquico y desregulación emocional. Esta sintomatología no solo afecta su bienestar inmediato, sino que también dificulta su funcionamiento social, relacional y educativo. Como veíamos también, el Modelo de Vinculación Emocional Validante se centra precisamente en crear un entorno

seguro y contenedor, trabajando el vínculo, la validación emocional y la regulación afectiva, por tanto, uno de sus objetivos es la remisión de la sintomatología aguda y la limitación de conductas externalizantes, como paso previo necesario para que estas personas jóvenes puedan avanzar hacia procesos de maduración, inclusión y autonomía.

De esta forma, un análisis de la sintomatología aguda se vuelve necesario porque permite valorar el impacto de la intervención sobre el sufrimiento más urgente y limitante de estas personas jóvenes. Conseguir una mejora en este aspecto es una evidencia relevante de que la metodología de intervención aplicada, influye positivamente en su bienestar psíquico y potencia sus competencias psicosocioeducativas, facilitando así su proceso de inclusión social.

5.1. Presencia de sintomatología al inicio del proceso.

Este análisis se centra en cuatro indicadores clave, seleccionados por su gravedad clínica y su potencial riesgo: conductas violentas, consumo de sustancias, autolesiones e ideación o intentos suicidas. La elección de estos cuatro indicadores responde a su alta carga clínica y social, ya que representan formas de expresión del malestar que generan importantes consecuencias personales, familiares, sociales, comunitarias e institucionales.

En una primera fase, se han recogido la frecuencia de aparición de cada uno de estos síntomas al inicio del proceso, para posteriormente comparar estos datos con su presencia o remisión tras seis meses de intervención.

Esta estrategia analítica permite evaluar si el proceso sostenido desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha favorecido la disminución de la sintomatología aguda, ofreciendo así una medida concreta del efecto de la intervención sobre aspectos críticos del sufrimiento en estas personas jóvenes objeto de estudio.

Tabla 34

Distribución de Frecuencias y Porcentual de la Presencia de Sintomatología Aguda

	Frecuencia			Porcentaje		
	Si	**No**	**Total**	**Si**	**No**	**Total**
Conductas violentas	49	18	67	73,1	26,9	100
Consumo de sustancias	21	46	67	31,3	68,7	100
Autolesiones	22	45	67	32,8	67,2	100
Ideación o intentos de suicidio	10	57	67	14,9	85,1	100

Los resultados obtenidos en relación con la presencia de sintomatología aguda al inicio de la intervención evidencian una alta incidencia de malestar grave. Las conductas violentas, entendidas como expresión conductual de sufrimiento o desregulación emocional, aparecen como el síntoma más prevalente, presente en el 73,1% de las personas jóvenes al inicio de la intervención. Este dato no solo es alarmante, sino que refleja la intensidad del conflicto psíquico que atraviesan, así como las dificultades para canalizar de forma simbólica el malestar en contextos que muchas veces han sido marcados por el abandono o la invalidez subjetiva. En segundo lugar, se sitúan las autolesiones, presentes en el 32,8% de las personas jóvenes objeto de estudio, lo que indica una tendencia importante a la expresión internalizada del sufrimiento, muchas veces relacionada con la necesidad de regulación emocional o castigo corporal o por una función provocativa o destructiva.

El consumo de sustancias, aunque con una prevalencia menor (31,3%), sigue siendo un indicador relevante, ya que puede representar tanto una estrategia compulsiva de evitación del sufrimiento como una forma impulsiva de evasión, de pertenencia grupal o desinhibición. Finalmente, la ideación o tendencia suicida, si bien aparece en un porcentaje menor (14,9%), constituye un dato critico por su gravedad clínica y su potencial riesgo vital. Este indicador requiere especial atención, ya que su sola presencia señala una desesperanza estructural, un aumento del vacío crónico o de fracaso del lazo social. En conjunto, estos datos configuran un perfil de inicio marcado por la sobrecarga sintomática, tanto en su expresión externa como interna.

5.2. Remisión de la sintomatología a los seis meses.

La remisión de la sintomatología aguda no solo constituye un indicador clínico de mejora, sino también una señal de proceso subjetivo en marcha, en tanto que implica una transformación en la forma de gestionar el malestar, de vincularse con otros y de sostener la propia existencia sin recurrir a salidas sintomáticas de riesgo.

La siguiente tabla muestra la remisión o persistencia de los síntomas agudos seleccionados, permitiendo observar en qué medida la intervención ha favorecido un descenso del malestar más agudo y desbordante.

Tabla 35

Distribución de Frecuencias y Porcentual de la Remisión de la Sintomatología Aguda

Remisión	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna remisión	1	1,5
Remisión parcial	27	40,3
Remisión sustancial	34	50,7
Abandono de la intervención	5	7,5
Total	67	100

Los resultados muestran una tendencia positiva en términos de remisión sintomática tras seis meses de intervención. Un 50,7% de las personas jóvenes objeto de estudio han experimentado una remisión sustancial de la sintomatología predominante al inicio de la intervención y que en la mayoría de los casos coincidía con la sintomatología motivo de derivación. Esto sugiere que la intervención ha tenido un efecto transformador en la vivencia y expresión del malestar. Que la mitad del grupo de personas jóvenes objeto de estudio hayan presentado este nivel de remisión de su sintomatología aguda cuando comenzaron el proceso de intervención, es especialmente relevante si se tiene en cuenta la intensidad clínica con la que estas personas comenzaron dicho proceso.

Además, un 40,3% ha presentado una remisión parcial, lo cual indica avances importantes, aunque no completos, lo que puede interpretarse como procesos en marcha que requieren de consolidación. Tan solo un 1,5% ha mostrado ninguna remisión.

Finalmente, el 7,5% que ha abandonado la intervención plantea un reto metodológico y clínico habitual en este tipo de dispositivos, pero no desvirtúa el impacto positivo general de la intervención, que alcanza casi al 93% de las personas que permanecieron en el proceso.

Estos datos apoyan la eficacia del Modelo de Vinculación Emocional Validante como herramienta para contener, validar, acompañar y transformar el sufrimiento psíquico en personas jóvenes atravesadas por problemáticas complejas.

5.2. Asociación entre remisión sintomática y estilo de apego.

En este apartado se explora la relación entre las distintas formas de sintomatología aguda presentadas y el estilo de apego en las personas jóvenes objeto de estudio, tanto al inicio como tras los seis meses de intervención.

El análisis se realiza también en dos tiempos con el objetivo de observar, por un lado, si existe una asociación entre estas manifestaciones clínicas y los estilos de apego y por otro, si la evolución hacia un estilo de apego más seguro se relaciona con la remisión de dicha sintomatología. La comparación entre ambos momentos permite valorar el impacto que tiene el fortalecimiento del apego seguro en la reducción de la sintomatología aguda y pone en evidencia el papel protector del vínculo como eje central en los procesos de reparación subjetiva y estabilización emocional.

A continuación, se presentan los resultados organizados por tipo de sintomatología, incluyendo los valores estadísticos correspondientes que permiten interpretar la fuerza y significación de las asociaciones observadas.

- Conductas violentas.

Con el propósito de comprender mejor la relación entre la manifestación de violencia y el estilo de apego, se han realizado dos análisis comparativos en distintos momentos del proceso de intervención. En primer lugar, se ha analizado la asociación entre la presencia de conductas violentas al inicio de la intervención y el estilo de apego resultante de la primera evaluación durante el establecimiento de la relación, con el fin de explorar como la configuración vincular de base puede estar relacionada con formas de expresión del malestar hacia el entorno.

Posteriormente, se ha cruzado la remisión de la violencia tras seis meses de intervención con el estilo de apego evaluado en el segundo momento, transcurridos seis meses. Este segundo análisis permite observar si la transformación del estilo de apego hacia formas más seguras puede estar relacionado con una disminución de la violencia como síntoma de desregulación emocional.

Tabla 36

Relación entre Conductas Violentas y Estilos de Apego al Inicio y tras Seis Meses de Intervención

	chi cuadrado	V de Cramer
Conductas violentas 1 y estilo de apego 1	,283	,238
Conductas violentas 2 y estilo de apego 2	,027	,370

La tabla ofrece una lectura complementaria del modo en que el vínculo subjetivo con los otros, tal y como lo capta el modelo de apego, se articula con la conducta violenta, tanto como manifestación inicial del malestar como en su posible remisión a lo largo del proceso educativo.

El análisis entre la presencia de conductas violentas al inicio de la intervención y el estilo de apego inicial muestra un valor chi cuadrado de 0,283, lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en este primer momento. Sin embargo, la V de Cramer (0,238) sugiere una asociación débil pero no irrelevante, especialmente en el campo de las Ciencias Sociales, donde los vínculos complejos rara vez se expresan en asociaciones fuertes. Este dato puede interpretarse como un indicio de que, aunque el apego inseguro podría estar relacionado con

expresiones violentas, la violencia no está exclusivamente determinada por el estilo de apego de base, sino también por otros factores como el contexto familiar, el entorno social o experiencias traumáticas.

En cambio, la remisión de la sintomatología de violencia tras seis meses de intervención y el estilo de apego resultante de la segunda evaluación arroja resultados más significativos. El resultado chi cuadrado (0,027) indica que existe una asociación estadísticamente significativa, y la V de Cramer (0,370) muestra una relación moderada, lo cual es relevante en términos interpretativos. Esto sugiere que las personas que han transitado hacia un estilo de apego más seguro presentan mayores niveles de remisión de la conducta violenta, lo que confirma el papel fundamental que juega la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante en la transformación de formas disfuncionales de expresión del malestar.

- ## Consumo de sustancias.

Siguiendo la misma lógica de análisis que el caso de las conductas violentas, se ha explorado la relación entre el consumo de sustancias y el estilo de apego, tanto al inicio de la intervención como tras seis meses de intervención. En un primer momento, se ha cruzado la presencia de consumos con el estilo de apego inicial, con el objetivo de observar si determinadas configuraciones vinculares están asociadas a la búsqueda de regulación emocional a través de dicho consumo.

Posteriormente, se ha analizado la relación entre la remisión del consumo y el estilo de apego reevaluado tras seis meses, buscando identificar si la transición hacia un apego más seguro se asocia con la reducción o desaparición del consumo.

Este doble análisis permite no solo observar patrones de partida, sino también evaluar el impacto del vínculo en la transformación de una de las conductas de mayor riesgo y desestructuración personal en la población joven. La siguiente tabla recoge los resultados de ambos cruces.

Tabla 37

Relación entre Consumo de Sustancias y Estilos de Apego al Inicio y tras Seis Meses de Intervención

	chi cuadrado	V de Cramer
Consumo de sustancias 1 y estilo de apego 1	,362	,218
Consumo de sustancias 2 y estilo de apego 2	,027	,370

En el análisis entre el consumo de sustancias al inicio de la intervención y el estilo de apego inicial, el valor de chi cuadrado (0,362) indica que no hay asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, la V de Cramer (0,218) muestra una relación débil, aunque no desdeñable desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Este resultado sugiere que, aunque puede existir una tendencia a que ciertos estilos de apego inseguros se asocien con el consumo, la relación no es determinante, y probablemente intervienen otros factores estructurales o relacionales como la historia de trauma, el entorno familiar o la accesibilidad a las sustancias, entre otras.

En contraste, el análisis entre remisión del consumo tras seis meses de intervención y el estilo de apego atendiendo a la segunda evaluación, muestra una asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado = 0,027) y una V de Cramer de 0,370 que indica una relación moderada y clínicamente relevante.

Este resultado refuerza la hipótesis de que la seguridad en el apego promovido a través de la intervención contribuye a la disminución del consumo de sustancias como forma de afrontamiento. En otras palabras, el tránsito hacia vinculaciones más seguras y contenedoras facilita otras formas de sostenerse emocionalmente sin recurrir al consumo.

- ## Autolesiones.

En este apartado se analiza la relación entre las conductas autolesivas y el estilo de apego, tanto en el inicio de la intervención como tras seis meses de intervención. Las autolesiones representan una forma intensa y directa de expresión del sufrimiento, habitualmente asociada a

dificultades de regulación emocional. Por ello, se considera fundamental explorar como estas manifestaciones se vinculan con las configuraciones de apego en diferentes momentos del proceso.

En primer lugar, se ha cruzado la presencia de autolesiones al inicio de la intervención con el estilo de apego obtenido de la primera evaluación, con el objetivo de identificar posibles patrones entre formas de vinculación insegura y la aparición de esta sintomatología. Posteriormente, se ha realizado el cruce entre la remisión de esta sintomatología y el estilo de apego evaluado tras seis meses de intervención, para observar si el fortalecimiento de un apego más seguro favorece la remisión de estas conductas. Esta mirada permite comprender hasta qué punto el cambio vincular está relacionado con la transformación de una de las formas más visibles y preocupantes del sufrimiento subjetivo.

Tabla 38

Relación entre Autolesiones y Estilos de Apego al Inicio y tras Seis Meses de Intervención

	chi cuadrado	**V de Cramer**
Autolesiones 1 y estilo de apego 1	,699	,146
Autolesiones 2 y estilo de apego 2	,027	,370

El cruce entre la presencia de autolesiones al inicio de la intervención y el estilo de apego inicial muestra un valor de chi cuadrado de 0,699, lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. La V de Cramer (0,146) refleja una asociación muy débil, lo cual sugiere que, en el momento de iniciar la intervención, las autolesiones no están fuertemente determinadas por el estilo de apego, o bien que esta relación se encuentra diluida por la multiplicidad de factores que intervienen en esta conducta. Este resultado también puede leerse como un indicador de que el sufrimiento que da lugar a las autolesiones puede expresarse transversalmente a distintos estilos de apego.

Sin embargo, el análisis de la remisión de las autolesiones tras seis meses y su relación con el estilo de apego resultante de la segunda evaluación arroja un resultado significativamente distinto.

Con un chi cuadrado de 0,27 y una V de Cramer de 0,370, se evidencia una asociación moderada y estadísticamente significativa.

Este hallazgo indica que las personas que han evolucionado hacia un estilo de apego más seguro presentan una mayor remisión de las conductas autolesivas, lo cual pone de manifiesto la importancia del vínculo en la regulación emocional. La posibilidad de construir relaciones confiables y contenedoras parece actuar como un factor protector que reduce la necesidad de recurrir a la autolesión como única vía de expresión o alivio del malestar psíquico.

- ## Ideación y tentativa suicida.

Uno de los indicadores más sensibles y clínicamente relevantes del malestar subjetivo en las personas jóvenes objeto de estudio es la ideación o tentativa suicida, que presenta una manifestación extrema de desesperanza, desregulación emocional y ausencia de sentido de vida o de sostén afectivo. En este apartado, se analiza su relación con el estilo de apego en dos momentos del proceso, al inicio de la intervención y tras seis meses de intervención.

En primer lugar, se explora la posible asociación entre la presencia de ideación o tentativa de suicidio al inicio de la intervención y el estilo de apego de la evaluación inicial, con el fin de identificar si determinados patrones vinculares inseguros están más asociados a este tipo de sintomatología grave.

En segundo lugar, se analiza la relación entre la remisión de esta sintomatología y el estilo de apego reevaluado tras seis meses de intervención, con el objetivo de valorar si el fortalecimiento del apego seguro se relaciona con una disminución significativa de esta problemática.

Dada la gravedad del suicidio como riesgo vital, este análisis resulta clave para comprender el potencial preventivo del vínculo.

Tabla 39

Relación entre Ideación o Tentativa de Suicidio y Estilos de Apego al Inicio y tras Seis Meses de Intervención

	chi cuadrado	V de Cramer
Ideación-tentativa de suicidio 1 y estilo de apego 1	,669	,152
Ideación-tentativa de suicidio 2 y estilo de apego 2	,027	,370

El análisis de la relación entre ideación o tentativa suicida al inicio de la intervención y el estilo de apego inicial ofrece un valor de chi cuadrado de 0,669 lo que indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables en el momento de comenzar el proceso. La V de Cramer (0,152) señala una asociación débil, poco relevante desde una perspectiva clínica o psicosocial. Este resultado sugiere que el suicidio, como manifestación extrema del sufrimiento, no está directamente ligado a un estilo de apego al inicio, sino que puede estar presente en diversas configuraciones vinculares desorganizadas o frágiles. Esto puede sugerir que la ideación o la tentativa suicida puede responder a un estado de colapso emocional multicausal, no reducible exclusivamente al estilo de apego.

En cambio, el cruce entre la remisión de la ideación o tentativa de suicidio tras seis meses de intervención y el estilo de apego reevaluado en este segundo momento arroja resultados significativamente diferentes. El valor de chi cuadrado de 0,27 indica que la relación es estadísticamente significativa, y la V de Cramer de 0,370 refleja una asociación moderada, clínicamente muy relevante. Este hallazgo subraya que la evolución hacia un apego más seguro se vincula claramente con la disminución o desaparición de la ideación suicida, lo que convierte la intervención desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante en un factor de protección frente a este riesgo vital.

En contextos marcados por la desesperanza, la construcción de un vínculo emocionalmente validante, predecible y seguro no solo sostiene, sino que puede salvar vidas.

CAPÍTULO 7: Resultados análisis cualitativo.

En este capítulo se presentan los hallazgos derivados del análisis cualitativo realizado a partir de los grupos triangulares, conformados tanto por personas jóvenes participantes en el estudio como por profesionales responsables de la implementación del Modelo de Vinculación Emocional Validante en el Servicio de Día Beinke, donde dichas personas jóvenes han sido atendidas. Esta aproximación metodológica permite explorar en profundidad las experiencias, percepciones y dinámicas relacionales que emergen en el contexto de intervención, proporcionando una comprensión integral de los procesos implicados en la aplicación del modelo.

El objetivo del análisis, tal y como se ha descrito en el capítulo de metodología de esta tesis, era analizar las vivencias subjetivas de las personas jóvenes respecto al impacto del modelo, explorando las posibles transformaciones en su estilo de apego y los cambios percibidos en la regulación emocional, la mentalización y en la reducción de la sintomatología durante la intervención, complementando esta perspectiva con las valoraciones y saberes técnicos de las y los profesionales que llevan a cabo la intervención en relación con estos mismos aspectos.

El análisis del material se llevó a cabo desde un enfoque temático, identificando categorías emergentes que permitirían organizar y comprender los sentidos atribuidos por las personas participantes a sus experiencias antes, durante y después del proceso de intervención.

El guion de los grupos triangulares se estructuró en torno a cuatro ámbitos. En primer lugar, el impacto general del Modelo de Vinculación Emocional Validante y del acompañamiento profesional. En segundo lugar, las posibles transformaciones en el estilo de apego. El tercer ámbito de análisis el impacto que el modelo de intervención ha tenido en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización de las personas atendidas. Y, por último, los cambios percibidos en la sintomatología aguda y la consiguiente vivencia subjetiva del malestar. Cada uno de estos ámbitos se dividió a su vez en categorías y subcategorías que se presentan acompañadas de citas textuales

significativas, que ilustran las categorías identificadas y permiten dar voz a las personas participantes, con el fin de mantener la fidelidad interpretativa del análisis.

El grupo triangular de personas jóvenes fue seleccionado del grupo de personas jóvenes objeto de estudio y estuvo conformado por tres participantes con edades comprendidas entre los 20 y los 23 años, dos de ellas identificadas con el género femenino y la tercera con el masculino. En cuanto al país de nacimiento, cada una nació en países diferentes: Rusia, España y Perú.

En lo que respecta al nivel de formación académica, todas las personas jóvenes contaban con estudios de secundaria. Dos de ellas, habían finalizado 4º de la ESO y la tercera había finalizado el primer curso de Bachillerato. Las fechas de incorporación al Servicio de Día Beinke oscilaron entre enero del 2023 y abril del 2024.

Las tres personas jóvenes compartían la experiencia de haber atravesado experiencias significativas en su trayectoria vital en forma de adversidades en la infancia. Las tres relacionadas con abandono. Todas ellas contaban con un diagnóstico de salud mental filiado. En relación con las conductas que interferían en la relación de ayuda, dos de estas personas jóvenes habían presentado historia de autolesión y una de ellas interrupción de la relación de ayuda, además de violencia. Haciendo alusión al periodo de observación inicial, durante el establecimiento de la relación, todas ellas habían protagonizado las mismas conductas en el Servicio de Día Beinke.

En el momento de la recogida de la información, ninguna de las personas jóvenes contaba con discapacidad reconocida ni con medidas de apoyo específicas.

En cuanto a la intervención familiar, dos de ellas han contado con intervención familiar y en dicha intervención han sido ambos progenitores los que han estado activos a lo largo del proceso. Sin embargo, la otra persona joven no ha realizado una intervención familiar en el servicio y no ha contado con ningún miembro de su red familiar nuclear o extensa activo durante el proceso. Por último, respecto a la red social, no ha estado disponible durante el proceso en ninguno de los tres casos.

La selección de este grupo triangular de personas jóvenes participantes en la investigación responde a criterios de relevancia teórica, accesibilidad y diversidad contextual, de acuerdo con los principios de la investigación cualitativa orientada al estudio de fenómenos complejos y relacionales, tal y como ya se explicó en el capítulo de metodología de esta tesis.

Además, todas las personas jóvenes compartían haber atravesado por experiencias de adversidad significativas, contar con un diagnóstico clínico o psicológico, y haber desarrollado conductas asociadas al malestar emocional, como autolesiones o interrupciones de la relación de ayuda en su itinerario vital. Estas características, hacían de este grupo una muestra especialmente valiosa para comprender el impacto subjetivo del acompañamiento en contextos de alta complejidad psicosocial.

Finalmente, se consideró que su participación en el grupo triangular podría ser especialmente relevante, ya que se trataba de personas jóvenes que habían mostrado una disposición reflexiva y comunicativa en el marco de su proceso educativo, lo cual facilitaba una producción discursiva rica y orientada a la comprensión de los procesos vividos.

Desde un enfoque intencionado y no probalístico, este grupo triangular responde a una selección cualitativa informada, cuyo valor no reside en la representatividad, sino en la relevancia de las narrativas generadas en relación con los objetivos planteados en la investigación.

Por otro lado, el grupo triangular de profesionales estuvo compuesto por tres personas del equipo técnico del Servicio de Día Beinke, todas ellas con una implicación directa y prolongada en la intervención psicosocioeducativa con población infanto-juvenil. Se trataba de profesionales con una elevada cualificación y una trayectoria consolidada tanto en el trabajo con personas jóvenes en situación de vulnerabilidad como en la aplicación del Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Las edades de los participantes en este grupo triangular oscilaron entre los 45 y los 48 años, habiendo dos mujeres y un hombre en el grupo. En cuanto a su formación académica, dos tenían

formación en Psicología y la tercera persona en Magisterio. Todas estas personas ocupaban cargos de responsabilidad dentro del Servicio de Día Beinke.

Respecto a la experiencia profesional, la media de años de trabajo con infancia, adolescencia y juventud era de 19,2 años, mientras que la media de experiencia en la aplicación del modelo de 13,5 años. Todas las personas participantes en el grupo triangular formaban parte del equipo estable del Servicio de Día Beinke desde diciembre de 2016.

La elección de estas personas profesionales que conformarían el grupo triangular se realizó siguiendo criterios de idoneidad, pertinencia y saturación teórica, en coherencia con el enfoque metodológico cualitativo de esta investigación. La muestra fue intencionada y estratégica, seleccionando exclusivamente a profesionales del Servicio de Día Beinke que reuniesen tres condiciones fundamentales: 1) contar con una amplia experiencia en la intervención con personas jóvenes en situación de desprotección o conflicto social con una alta complejidad psicosocial; 2) contar con formación específica y continuada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante; y 3) presentar una vinculación directa con el proceso de acompañamiento a las personas jóvenes objeto de investigación de esta tesis.

Por todo ello, se considera que esta selección reúne las condiciones necesarias para aportar información relevante y representativa de los procesos analizados, respetando los principios de adecuación, coherencia interna y pertinencia metodológica propios de la investigación cualitativa.

Por tanto, el propósito de este capítulo no es solo describir los resultados, sino también interpretarlos a la luz del marco teórico y del enfoque de intervención empleado, estableciendo conexiones entre las experiencias subjetivas de las personas intervinientes y los hallazgos obtenidos en el análisis cuantitativo. Con este fin, se han organizado los resultados en base a los cuatro ámbitos compartidos en cada uno de los dos grupos triangulares, añadiendo finalmente un análisis de resultados comparativo entre ambos grupos.

1. Análisis del grupo triangular de las personas jóvenes.

El grupo triangular conformado por las personas jóvenes participantes en el estudio se centró en la exploración de sus experiencias subjetivas, recogidas a través de relatos en primera persona en el marco de una conversación abierta, facilitada por una moderadora, la autora de la tesis. Este planteamiento metodológico permitió la emergencia de narrativas que aportaron una comprensión profunda sobre los procesos de construcción de la confianza en contextos de intervención, así como sobre los factores que favorecen el cambio emocional, relacional y sintomatológico. Asimismo, se evidenció cómo la resignificación de la trayectoria personal puede estar mediada por el establecimiento de vínculos con figuras adultas disponibles, empáticas y consistentes. El análisis temático se estructuró en torno a los cuatro ámbitos previamente definidos, permitiendo una aproximación sistemática y rigurosa a las dimensiones centrales del fenómeno estudiado. A continuación, se describen los resultados más significativos del grupo triangular respecto a las categorías emergentes.

1. Primer ámbito de análisis: el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Este primer ámbito de análisis se centra en las experiencias y significados atribuidos por las personas jóvenes participantes al proceso de intervención basado en el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Se trata de explorar, desde una perspectiva subjetiva y contextualizada, como ha sido vivida esta forma de intervención, que elementos han resultado significativos y que huellas ha dejado en su trayectoria personal y relacional.

A través del grupo triangular, se recogieron relatos que permitieron identificar aspectos clave de la intervención tales como la disponibilidad emocional de las figuras adultas, la flexibilidad en el acompañamiento, la presencia constante, y la capacidad del entorno para sostener y validar la expresión emocional sin juicio. Estas dimensiones, repetidamente mencionadas por las personas

jóvenes participantes, constituyen el núcleo experiencial de lo que interpretan como "ser acompañadas" desde el modelo.

El análisis de este ámbito temático permite situar la intervención no solo como una serie de actuaciones técnicas, sino como una experiencia relacional transformadora, en la que el vínculo psicosocioeducativo y terapéutico se convierte en una vía para el cambio. A continuación, se describen las principales categorías emergentes vinculadas a este primer ámbito.

- ### Primera categoría: desconfianza crónica e intervenciones anteriores inconclusas.

Una de las narrativas más recurrentes en el grupo fue que el establecimiento de la relación estuvo marcado por la desconfianza generalizada hacia el mundo adulto: "A mí al principio me costaba mucho confiar, pero poco a poco fui confiando". Más adelante, al requerirle la razón de esa desconfianza, añade: "Pues porque no os conocía, no me fiaba de vosotros y no sabía que se hacía o como se hacían las cosas en Beinke" (joven 2, grupo triangular).

Esa dificultad inicial para confiar tanto en los y las profesionales como en el servicio en general se constituye como una resistencia hacia las primeras formas de recepción de ayuda y en la mayoría de los casos es debido a experiencias previas que han fracasado o de las que han sido expulsadas estas personas jóvenes.

Este discurso evidencia como el establecimiento de la relación con personas que han atravesado altos niveles de sufrimiento o incluso que han protagonizado intervenciones anteriores inconclusas marca considerablemente el desarrollo de futuras intervenciones. Esta desconfianza inicial también puede estar relacionada, como mencionan, con un marcado temor a ser nuevamente dañados:

> A mí, pues también bastante duro, de verdad, duro, sí. No sé. Pues porque siempre recaía. Era como que quería avanzar muy rápido porque quería estar ya mejor, pero al final siempre

> me caía y siempre volvía a hacerme daño, volvía al comienzo y eso me hacía enfadarme conmigo y volver a estar mal (joven 3, grupo triangular).

- ## Segunda categoría: la construcción progresiva de la confianza.

En el marco de la intervención analizada, la sintonía emerge como el primer paso fundamental en el posible establecimiento de un vínculo significativo. Esta dimensión se refiere a la capacidad de la figura del profesional para conectar con el estado emocional de la persona joven, reconociendo y acogiendo su vivencia sin juicio, lo cual facilita un primer nivel de apertura y disposición al vinculo. Los discursos recogidos en el grupo triangular evidencian que esta sintonía no depende únicamente de las palabras, sino también de la actitud y de la presencia del profesional.

> Para mí, el respeto por cómo me han tratado, eso ha ayudado. La sonrisa, creo que es la mejor parte, pero no sé, creo que es como me tratan. Venir aquí es alegría, me alegra veros y estar con vosotros ya solo desde el momento en que me saludáis, me da alegría. Yo creo que las conversaciones, como habláis con nosotros (joven 2, grupo triangular).

Una vez dada esta sintonía en la relación, la segunda categoría relevante más significativa que emerge del grupo triangular con las personas jóvenes es la construcción progresiva de la confianza en la figura del profesional y en el propio servicio.

> Es como que es un lugar o un ambiente, tranquilo, no sé, seguro. No sé, agradable. Que, aunque es verdad que desconfiemos al principio, es como que la persona con la que estás hablando, porque aquí da igual, que tus tutores no estén, siempre hay alguien que habla contigo cuando llamas o cuando vienes, pues te hacen sentir cómodo, a gusto, no lo sé, por lo menos en mi caso. Es como que es fácil, abrirte a ellos. Me parece gente de confianza, la verdad (joven 3, grupo triangular).

Esta confianza no aparece de forma inmediata, sino que se va consolidando a lo largo del tiempo, a partir de experiencias relacionales sostenidas y coherentes. Un ejemplo de ello es el tiempo que cada una de las personas jóvenes que han participado en el grupo triangular requiere para generar

esa confianza. Desde muy poco tiempo: “Yo un mes o menos creo que tarde en empezar a confiar” (joven 3, grupo triangular), a algo más de tiempo: “Yo por lo menos cuatro o cinco meses” (joven 1, grupo triangular), hasta incluso bastante tiempo: “Yo como un año o por ahí” (joven 2, grupo triangular).

En los relatos recogidos, la desconfianza inicial frecuentemente asociada a vivencias previas de abandono, juicio o discontinuidad, da paso gradualmente, a una percepción del otro como alguien disponible, estable y emocionalmente accesible.

Las personas jóvenes describen como este proceso de apertura ha sido posible gracias a determinadas actitudes y modos de hacer por parte del equipo profesional. Algunos ejemplos pueden ser la presencia constante, la cercanía, la disponibilidad, la paciencia o incluso la capacidad de estar cuando la persona no lo pide. Estas características, vividas de forma reiterada y sin condiciones, permiten reconstruir una expectativa positiva en relación con el vínculo, lo que constituye un elemento clave de transformación del estilo de apego. En palabras de una de las personas jóvenes: “La cercanía, como esa confianza para poder hablar de cualquier cosa. Y que siempre están, aunque sean momentos muy complicados” (joven 2, grupo triangular). Para otra de las personas jóvenes participantes: “Siempre está la persona disponible, mis tutoras, para acompañarme como lo necesite. Siempre para escuchar, aunque yo a veces lo ponga difícil o no quiera” (joven 1, grupo triangular).

- ### Tercera categoría: la disponibilidad.

La disponibilidad se manifiesta en las narrativas de las personas jóvenes como una necesidad relacional clave, estrechamente relacionada con la percepción de apoyo, acogida emocional y presencia constante por parte de las figuras profesionales. Las personas jóvenes valoran que las personas adultas estén disponibles de manera estable, no solo física sino emocionalmente. Se percibe una alta carga afectiva en expresiones como: “Yo estoy de acuerdo con esto… estar siempre ahí… estar presentes” (joven 2, grupo triangular).

La disponibilidad es reconocida por las personas jóvenes como permanencia y adaptabilidad, las figuras profesionales según su propia vivencia están presentes sin imponer, incluso se mantienen presentes en los momentos de resistencia. Esto requiere de un acompañamiento constante y no condicionado por la actitud de la persona joven: “Eso es, la disponibilidad, es como que cuando llamas o vienes siempre tienen un hueco para atenderte, para escucharte… Puedes confiar para que te ayuden y te pueden ayudar de verdad” (joven 3, grupo triangular).

Esta disponibilidad también la asocian con la presencia continua, sin interrupciones ni ausencias simbólicas. Esto refuerza la importancia de la estabilidad relacional como base de seguridad. De tal forma, la disponibilidad significa una respuesta contingente y sin barreras, la accesibilidad real y sin tiempos de espera, refuerza la confianza. La persona joven asocia la disponibilidad con ser escuchado en el momento de la necesidad. Por último, la disponibilidad esta ligada a la eficacia del apoyo recibido, no es solo estar, sino poder actuar y sostener de manera significativa. La confianza nace de esa respuesta consistente.

La subcategoría de la disponibilidad, según la voz de las personas jóvenes, se construye como una presencia activa, constante y accesible, no solo física sino emocional. Se asocia con el hecho de que “siempre están”, “siempre escuchan”, “siempre tienen un hueco”, incluso cuando la persona joven está en crisis, se resiste o atraviesa una recaída. Este tipo de disponibilidad parece constituir el andamiaje fundamental para el desarrollo de relaciones de confianza y para procesos de reparación emocional en contextos de intervención psicosocioeducativa como el Servicio de Día Beinke.

Este tipo de vínculo, sin embargo, no tiene vocación de permanencia. Tal y como expresan las propias personas jóvenes al hablar del carácter temporal del Servicio de Día Beinke: “Es muy bueno porque también hay que volar” (joven 1, grupo triangular).

La temporalidad del recurso implica que, desde el inicio, la relación educativa debe estar orientada no solo a vincular, sino también a preparar para desvincular. En este sentido, el trabajo profesional no se basa en generar dependencia, sino en construir un vínculo seguro, confiable y

limitado en el tiempo, desde el cual, la persona joven puede aprender a confiar más allá de este contexto y generalizarlo a otros.

El paso progresivo de una alta disponibilidad y presencia en las fases iniciales tiene que orientarse hacia una mayor autonomía en las fases finales y se evidencia de esta manera una transición planificada en la forma de la relación, que responde tanto a la consolidación de la confianza como a la necesidad de preparar la desvinculación sin ruptura. Porque esta fase es de gran ansiedad tal y como dejan vislumbrar los propios jóvenes.

> Yo creo que trabajáis bien, a ver, a mí me parece bien porque nos conocéis mucho pero el periodo de estancia y salida lo cambiaría. A ver, no digo que sea corto tampoco, pero un poco más largo pues podría ser de más estancia, yo creo que tendría que durar un año más (joven 2, grupo triangular).

La disponibilidad sostenida permite reparar modelos previos de relación marcados por la ausencia o la incertidumbre. Esta vivencia genera confianza, pero dicha confianza no tiene como fin establecer un vínculo permanente, sino habilitar a la persona joven para nuevas relaciones fuera del servicio. Por tanto, la desvinculación no se improvisa, sino que se trabaja desde el inicio a través de una forma de estar disponible que enseña a confiar y a despedirse sin trauma, como parte esencial del proceso educativo.

2. Segundo ámbito de análisis: el impacto en los estilos de apego.

El enfoque de este segundo ámbito de análisis parte de la premisa de que los estilos de apego no son estructuras fijas, sino patrones relacionales internalizados que pueden reorganizarse a través de nuevas experiencias vinculares, especialmente si estas son emocionalmente coherentes, seguras y reparadoras. En este marco, el Modelo de Vinculación Emocional Validante opera como una estrategia relacional que prioriza la presencia afectiva, el reconocimiento del malestar y la validación de la experiencia subjetiva, ofreciendo a las personas jóvenes modelos alternativos de vinculación,

diferentes a los que han internalizado previamente en contextos de desprotección, ruptura o negligencia.

En este apartado, se analiza a través de los relatos de las personas jóvenes participantes, como del Modelo de Vinculación Emocional Validante en contextos de intervención psicosocioeducativa y terapéutica impacta en la reconfiguración de los modelos internos de apego. Este análisis resulta clave para comprender no solo los efectos individuales del proceso de intervención, sino también el potencial transformador de una práctica profesional que coloca en el centro la relación como herramienta de cambio.

- ## Primera categoría: de la desconfianza inicial a la confianza lograda.

La ausencia de confianza al inicio se alinea con estilos de apego inseguros, tanto evitativos como ansiosos, en los que predomina una expectativa de no disponibilidad o rechazo por parte del otro. Sin embargo, con el tiempo, esta expectativa comienza a modificarse gracias a la experiencia reiterada de adultos emocionalmente disponibles, coherentes y constantes. Para estos jóvenes, esta confianza se expresa a través de la presencia constante y la disponibilidad, incluso cuando la persona joven no está receptiva: “Siempre están, aunque yo a veces, lo ponga difícil o no quiera” (Joven 1, grupo triangular), y se convierte en un anclaje clave para reconstruir la idea del otro como figura segura, un aspecto fundamental desde la teoría del apego: “Aunque tus tutores no estén, siempre hay alguien que habla contigo” (Joven 3, grupo triangular).

- ## Segunda categoría: base segura lograda en el Servicio de Día Beinke.

Las personas jóvenes describen como el Servicio de Día Beinke se convierte en un entorno emocionalmente seguro, en el que pueden pedir ayuda sin miedo al rechazo o al juicio. Esto constituye una base segura desde la cual comienzan a explorar y a vincularse de un modo distinto. Su propio lenguaje da cuenta de una reorganización progresiva de su sistema de apego. El acompañamiento profesional no se vive solo como apoyo técnico, sino como una experiencia emocional significativa que transforma la relación con las figuras adultas:

> Siempre está la persona disponible, mis tutoras, para acompañarme como lo necesite, o los demás educadores. Siempre para escuchar, aunque yo a veces lo ponga difícil o no quiera. Te acompañan en un momento muy difícil, siempre están, aunque no quiera (Joven 1, grupo triangular).

> Es como que cuando llamas o vienes, siempre tienen un hueco para atenderte, para escucharte, si estoy mal llamo o vengo, aunque no estén mis tutores. Pues es un lugar o un ambiente seguro, tranquilo, no sé por lo menos en mi caso. Es como que es fácil abrirte a ellos (Joven 3, grupo triangular).

Estas expresiones muestran como el Servicio de Día Beinke ofrece un espacio de presencia constante, accesible y cálido, que se internaliza como referencia segura en momentos de crisis, sustituyendo esquemas previos de aislamiento o rechazo.

Este tipo de esquema no solo ofrece contención en el presente, sino que genera nuevas representaciones internas del otro como figura accesible y empática, modificando el patrón relacional previo: “puedo hablar con alguien y eso me hace estar mejor” (Joven 3, grupo triangular).

Este tipo de frases indica que la expectativa de disponibilidad ya no está anclada en una única figura, sino que se ha internalizado como posibilidad relacional generalizada, lo cual es un rasgo característico de seguridad en el estilo de apego.

Los resultados del grupo triangular sugieren que la intervención ha favorecido procesos de reorganización del sistema de apego, facilitando el paso desde una desconfianza generalizada hacia una experiencia relacional más segura. A través de la contención, validación, constancia y respeto, las figuras profesionales parecen haberse constituido como figuras de apego secundarias que han posibilitado una experiencia emocional correctora, base para un cambio subjetivo, profundo y sostenido.

- Tercera categoría: reconfiguración de la imagen de sí y de los otros.

La disponibilidad y la presencia se revelan como claves para la reconstrucción de la idea del otro como figura segura, especialmente en personas jóvenes que han experimentado vínculos inestables o negligentes. Cuando la figura del profesional se muestra accesible de manera constante, sin exigir rendimiento emocional ni condicionar la relación a comportamientos específicos, se empieza a quebrar la imagen del otro como imprevisible o dañino.

La presencia sostenida, basada en la coherencia, la escucha activa, la contención y la validación, permite que estas personas jóvenes vivencien una forma de vincular donde el adulto no desaparece ante la dificultad, sino que se mantiene, acompaña y sostiene. Esta experiencia reiterada, que contrasta con modelos relacionales previos, favorece la internalización de una figura disponible y empática, asentando las bases para una reconfiguración del estilo de apego hacia formas más seguras.

La disponibilidad emocional por parte de los y las profesionales no solo transforma la imagen del otro, sino también la propia percepción. El reconocimiento, el respeto y la paciencia recibida permiten que las personas jóvenes empiecen a sentirse vistas como dignas de cuidado y afecto: “Ahora en vez de guárdame todo para mí y hacerme daño, pues comparto lo que siento y esto me ayuda” (Joven 3, grupo triangular).

También expresan cambios en su forma de verse a sí mismas, especialmente en términos de autocuidado, autorregulación y autoestima:

> Yo antes recurría a los cortes, ahora no. Ahora pido más ayuda, antes no pedía ayuda a nadie. Yo ahora pienso más en mí. Antes solo pensaba en los demás. Me ayudan a que yo aprenda a cuidarme. Antes me cortaba mucho, ahora pues intento dejarme ayudar (Joven 3, grupo triangular).

Esta es una expresión del paso de la autolesión o el silencio hacia el autocuidado y el reconocimiento del propio valor, mostrando un avance en la seguridad en sí mismas. La validación genera un efecto espejo que refuerza la autoestima, habilita la expresión emocional y rompe el

aislamiento. Esta mayor apertura emocional y reflexividad son indicios de la tendencia hacia un estilo de apego más seguro, en el que la persona puede regular sus emociones sin perder el vínculo y sin recurrir a estrategias desadaptativas como cortes, huidas o incluso, cierre emocional.

En el discurso aparece un cambio sustancial en la forma de representar a las figuras adultas y a las demás personas jóvenes, pasando de la desconfianza inicial a una imagen más positiva y confiable del otro: “Yo creo que hablar de cosas que te hacen sentir mal por dentro, pues te hace estar más despejado, escuchar la verdad, pues se agradece, aunque a veces no guste” (Joven 3, grupo triangular). Para otra persona joven la representación de la figura del profesional implica una expectativa positiva, componente fundamental de la confianza: “Yo hace unos años pensaba que no podía confiar en vosotros para nada, ahora sé que puedo contar con vosotros para lo que sea, si estoy mal, también puedo contar con vosotros” (Joven 2, grupo triangular). Este cambio supone un reajuste en el sistema de apego, donde el otro deja de ser fuente de peligro o frustración para convertirse en figura confiable, accesible y contenedora.

En conjunto, el análisis del grupo triangular evidencia un transito sostenido desde una posición de desconfianza generalizada hacia formas de confianza relacional más estables y seguras. Este cambio ha sido posible gracias a la vivencia del Servicio como una base segura, entendida no solo como un espacio físico, sino también como un entorno emocionalmente disponible, predecible y respetuoso. La presencia constante, la sintonía afectiva y el cuidado incondicional por parte del equipo de profesionales ha permitido que las personas jóvenes se abrieran a nuevas experiencias de vínculo, resignificando su forma de entender al otro como una figura accesible y digna de confianza. Al mismo tiempo, esta experiencia reparadora ha repercutido directamente en la propia imagen de sí mismas, promoviendo una mayor autoestima, la capacidad de pedir ayuda y la predisposición para obtenerla. Finalmente, la imagen de los demás, también se ha transformado, superando esquemas previos de rechazo o amenaza, y dando paso a representaciones más realistas, cercanas y positivas. Así, se consolida un proceso de reconfiguración del estilo de apego hacia modalidades más seguras, que sienta las bases para una construcción subjetiva más integrada y saludable.

Este punto es central ya que conecta con la dimensión de seguridad en el apego y con la propia imagen. La autoimagen negativa comienza a ser cuestionada en un contexto de reconocimiento y apoyo. Parece que el Modelo de Vinculación Emocional Validante se constituye como un facilitador de ese cambio estructural en la identidad narrativa de la persona joven teniendo un impacto en la transformación de las representaciones internas sobre sí mismas y sobre los demás. Este cambio se manifiesta en una mayor capacidad para identificar emociones, una narrativa más compasiva sobre su historia y una apertura al vinculo con los adultos desde la base de confianza y la percepción de que el servicio actúa como un espacio seguro y de pertenencia. Estas transformaciones son coherentes con una evolución hacia un apego más seguro y que pueden ser leídas como indicadores cualitativos del efecto de la intervención.

3. Tercer ámbito: el impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización.

Otro de los aspectos relevantes del análisis a través del grupo triangular con las personas jóvenes fue la transformación observada en sus capacidades para regular emocionalmente situaciones de malestar y mentalizar sus propias experiencias y las de los demás. Estas transformaciones, expresadas en primera persona, revelan como el acompañamiento desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha contribuido no solo a mejorar el manejo de las emociones difíciles, sino también a favorecer una comprensión más compleja de sí mismas, de los otros y de las situaciones vividas.

- ### Primera categoría: gestión de emociones difíciles.

Los relatos de las personas jóvenes del grupo triangular muestran una evolución en la forma de gestionar emociones difíciles. Antes de la intervención, la tendencia predominante era la desconexión, el aislamiento o la autolesión. La experiencia de sentirse comprendidos, acompañados y validados emocionalmente, les ha permitido incorporar nuevas estrategias más adaptativas para la gestión de estas emociones negativas o desbordantes: Yo ahora cuando me enfado pues vengo aquí

y hablo con los educadores y explico lo que pienso o como me siento, hablar me ayuda, esto me ayuda después a relajarme" (Joven 2, grupo triangular).

> Yo me enfadaba conmigo mismo y no pedía ayuda a nadie, ahora llamo y pido ayuda. Si veo que no puedo más, llamo aquí y pregunto si puedo venir a hablar con mis tutores o con alguien. Aunque no sean ellos, puedo hablar con alguien y eso me hace estar mejor (Joven 3, grupo triangular).

Estos cambios son el resultado de un acompañamiento continúo basado en la presencia afectiva, la disponibilidad emocional y la validación de las vivencias sin juicio, pilares fundamentales de Modelo de Vinculación Emocional Validante.

- ## Segunda categoría: poner palabras a mi estado emocional y al de otros.

También se aprecia una evolución en la capacidad de mentalización, entendida como la capacidad de identificar, reflexionar y poner en palabras los propios estados internos y los de los demás. La intervención ha favorecido el desarrollo de esta competencia al ofrecer un espacio de diálogo emocional sostenido. Una de las personas jóvenes expresa como: "En vez de guardarme todo para mí y hacerme daño pues comparto lo que pienso y esto me ayuda" (Joven 3, grupo triangular). Para otra: "Yo ahora pienso más en mí, antes solo pensaba en los demás y ahora también en mi" (Joven 1, grupo triangular).

En los relatos de las personas se puede observar cómo existe una capacidad emergente de autobservación y priorización de las propias necesidades emocionales. Además, se observa una toma de conciencia del impacto de los pensamientos en el malestar e indica una mayor integración emocional y reflexiva. Por último, muestra una reelaboración de creencias a partir de nuevas experiencias emocionales, lo que implica capacidad de revisar los propios modelos mentales: "Antes pensaba que daba igual hablar con vosotros, y ahora me doy cuenta de que pensaba mal" (Joven 2, grupo triangular).

Este tipo de frases indica no solo una mayor conexión con sus emociones y pensamientos, sino también una relectura crítica de sus representaciones previas. En particular, el reconocimiento de que "pensaba mal" o que actuaban desde la desconfianza muestra una capacidad metacognitiva en desarrollo, fundamental para el cambio.

Además, algunas personas jóvenes expresan de forma explícita el alivio que supone hablar, reconocer lo que sienten y escucharse a sí mismas: "Hablar de cosas que te hacen sentir mal por dentro, te hace estar más despejado. Si tengo que llorar, lloro" (Joven 3, grupo triangular).

Las personas jóvenes describen un proceso de reconocimiento emocional, expresión verbal y autorregulación progresiva. Se observa un andamiaje relacional que les ha permitido explorar sus emociones, dotarlas de sentido y comunicarlas. El acompañamiento contenedor y validante ha favorecido el tránsito desde el *acting out* hacia la mentalización. Las personas jóvenes expresan con claridad como han pasado de la confusión o bloqueo emocional a una mayor capacidad de autorreflexión, lo que refleja la internalización progresiva de una función reflexiva. La presencia constante del otro como figura capaz de nombrar, sostener y dar sentido a las emociones, permite que las personas jóvenes empiecen a desarrollar una mirada más consciente y comprensiva sobre su mundo interno. Con el tiempo, esta capacidad dejará de estar exclusivamente ligada al vínculo con la figura profesional para emerger también en la autopercepción, lo que indica un avance significativo en la autonomía emocional y en la construcción de una subjetividad más integrada y mentalizadora.

1.4. Cuarto ámbito de análisis: el impacto en la sintomatología aguda.

Las narrativas muestran un claro contraste entre las estrategias utilizadas antes de iniciar el proceso y las que las personas jóvenes emplean actualmente. En sus relatos iniciales, aparece con frecuencia el uso de respuestas impulsivas, desbordadas o autoagresivas como forma de manejar el malestar emocional.

- Primera categoría: aumento del control emocional en los momentos de crisis.

Frente a la impulsividad o la pérdida de control emocional característica de la sintomatología aguda, las personas jóvenes relatan ahora una mayor capacidad de contención y uso de estrategias previamente acordadas. Una persona joven comparte: “Yo ahora estoy usando el plan de emergencia que tengo, que hice con mi tutor y me sirve cuando estoy mal, antes me hacía daño” (Joven 3, grupo triangular). Otra persona joven señala: “Yo antes recurría más a los cortes, ahora pido más ayuda” (Joven 1, grupo triangular). Finalmente, una tercera voz destaca el cambio en la gestión de su enfado:

> Creo que ahora gestiono mi enfado de otra manera, vengo, hablo y explico, y esto me ayuda después a relajarme. Hablar me ayuda. Antes me enfadaba y mandaba a todo el mundo por ahí, me iba durante días (Joven 2, grupo triangular).

Aquí se evidencia una clara disposición de la desregulación emocional y una apropiación de recursos internos y externos que les permiten hacer frente a los momentos de crisis sin recurrir a la autolesión o al aislamiento. El recurso a la palabra, a la interacción con los profesionales y a planes previamente acordados denota la adopción de estrategias de regulación más adaptativas y sostenidas.

Del mismo modo, en el discurso aparecen verbalizaciones que evidencian un desplazamiento hacia una mayor reflexividad. Esto puede interpretarse como una señal de reorganización interna compatible con un movimiento hacia la seguridad en el apego. Tambien pueden indicar que la intervención ha estimulado procesos metacognitivos y autorreguladores que fortalecen la agencia personal.

Los resultados del grupo triangular de las personas jóvenes evidencian que el acompañamiento profesional desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha contribuido a la regulación emocional y el desarrollo de capacidades mentalizadoras. El paso de respuestas automáticas y defensivas a estrategias conscientes y relacionales, así como la creciente capacidad para pensar sobre sí mismas y los demás, apunta a una transformación subjetiva. Estos cambios no solo

mejoran la calidad del vínculo actual, sino que constituyen recursos importantes para la autonomía emocional futura.

- ## Segunda categoría: reducción de conductas autolesivas.

Uno de los cambios más relevantes identificados en los relatos de las personas jóvenes es la disminución o desaparición de conductas autolesivas, consideradas manifestaciones claras de sintomatología aguda en estos perfiles. Así lo expresa una persona joven participante: “Yo antes recurría más a los cortes, ahora no. Ahora pido más ayuda, antes no pedía ayuda a nadie, antes me cortaba mucho. Ahora intento dejarme ayudar” (Joven 1, grupo triangular). De manera similar, otra persona joven señala: “Si veo que no puedo más, llamo aquí y pregunto si puedo venir a hablar con ellos o con alguien y esto me hace estar mejor” (Joven 3, grupo triangular).

Estas frases evidencian como el malestar intenso que antes se canalizaba mediante el daño físico empieza a ser gestionado desde un lugar más vinculado a la palabra, la relación y la contención externa, sustituyendo el acto por el vínculo. Estos testimonios evidencian un proceso de transición desde estrategias de afrontamiento autolesivas hacia la búsqueda activa de apoyo y la apertura a la ayuda profesional, lo que sugiere avances significativos en la gestión emocional y en la construcción de redes de apoyo en el contexto de la intervención.

- ## Tercera categoría: aislamiento o huida.

Algunas de las personas jóvenes describen como, antes de Beinke, las situaciones de crisis emocional aguda las gestionaban a través de la evasión, el asilamiento o la desconexión del entorno, lo que supone una respuesta disfuncional y desorganizada: “Antes yo me iba, me desconectaba de la vida, y me iba donde fuese. Cogía otro camino y desaparecía del mundo, ahora pido ayuda y no me desconecto del mundo, no me marcho” (Joven 2, grupo triangular).

Estas experiencias muestran como la intervención ha facilitado una reorganización de la respuesta al malestar, promoviendo la permanencia, la búsqueda de apoyo y la gestión compartida

de la angustia. Estas conductas se corresponden con un patrón de desregulación emocional asociado a un estilo de apego inseguro y a un sistema de afrontamiento no elaborado. Sin embargo, a lo largo del proceso, las personas jóvenes refieren haber aprendido a reconocer sus emociones, a pedir ayuda y a utilizar recursos internos y externos para autorregularse. Todo ello da cuenta de una reorganización interna significativa, que no solo mejora el bienestar inmediato, sino que fortalece las bases para un desarrollo emocional más estable y seguro.

1.5. Análisis global de los resultados del grupo triangular de las personas jóvenes.

Los resultados evidencian un proceso de transformación en las personas jóvenes participantes. El punto de partida común es una desconfianza generalizada hacia los adultos, construida sobre experiencias previas de abandono, juicio o incoherencia relacional. Esta desconfianza se manifiesta en actitudes defensivas, rechazo al acompañamiento y una imagen del otro como inestable o potencialmente peligroso.

Sin embargo, a lo largo de la intervención, esta experiencia subjetiva comienza a modificarse. El elemento central que posibilita ese cambio es la presencia profesional sostenida, caracterizada por una disponibilidad constante, una sintonía emocional genuina y una actitud de respeto no intrusivo. Estas condiciones han permitido a las personas jóvenes experimentar, en la práctica, que es posible ser acompañadas sin ser controladas, escuchadas sin ser juzgadas y vistas en su totalidad sin ser reducidas a sus síntomas o conductas.

Desde esta base segura, comienza a emerger un proceso progresivo de apertura hacia el otro. Las personas jóvenes inician una reconfiguración de la imagen internalizada del otro, desde las figuras inconsistentes o amenazantes a las personas en las que quizá si se pueda confiar. Esta transformación no solo redefine su relación con los adultos del servicio, sino que también tiene un efecto expansivo en sus vínculos y en su disposición general al contacto relacional.

En paralelo, se observa una mejora en la regulación emocional. Las personas jóvenes al haber sido contenidas en momentos de alta intensidad emocional sin ser rechazadas o corregidas agresivamente, les ha permitido ir incorporando estrategias más adaptativas de gestión emocional, fortaleciendo, por ende, su capacidad de mentalización, es decir, la posibilidad de reconocer y reflexionar sobre los propios estados internos y los de los demás, lo cual facilita un manejo más reflexivo y menos impulsivo de la crisis.

Todo este proceso apunta hacia una reorganización del sistema de apego en dirección a formas más seguras, al mejorar la capacidad de confiar, de pedir ayuda, de sostener la frustración y de establecer vínculos desde un lugar menos defensivo y más recíproco. En definitiva, la intervención no solo impacta en los comportamientos observables, sino en las estructuras internas de vinculación, promoviendo una subjetividad más integrada y una experiencia relacional más reparadora.

2. Análisis del grupo triangular de personas profesionales.

El análisis del grupo triangular realizado con profesionales del Servicio de Día Beinke permite profundizar en la comprensión del impacto que tiene la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante desde la perspectiva de quienes la implementan cotidianamente. A través de sus relatos, se recogen no solo sus valoraciones sobre los efectos observados, sino también las tensiones, retos y aprendizajes que atraviesan en su práctica diaria. Las narrativas compartidas permiten también identificar elementos clave del Modelo de Vinculación Emocional Validante, así como las condiciones que hacen posible su implementación en el día a día.

Los resultados se organizan de nuevo en torno a los cuatro ámbitos ya mencionados al inicio de este apartado, como son el impacto general del Modelo de Vinculación Emocional Validante, las posibles transformaciones que pueden darse en el estilo de apego, el impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización y, por último, en la remisión de la sintomatología aguda. Teniendo en cuenta estos cuatro ámbitos, a continuación, se describen los resultados obtenidos en el grupo triangular de profesionales.

2.1. Primer ámbito de análisis: el impacto general del Modelo de Vinculación Emocional Validante y del acompañamiento profesional.

En este primer ámbito de análisis se recogen las percepciones de las figuras profesionales en torno al impacto general que ha tenido la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante con las personas jóvenes objeto de estudio. Se ha pretendido explorar como es vivida y valorada la experiencia de la aplicación del modelo desde el enfoque de las personas profesionales, así como identificar los elementos que le otorgan sentido, eficacia o diferencia respecto a otras formas de intervención. Se pretendía también profundizar en la dimensión técnica y relacional, explorando sus fundamentos, potencialidades y los desafíos que se plantean en la práctica cotidiana.

Este apartado permite establecer un primer mapa interpretativo de los significados atribuidos al Modelo de Vinculación Emocional Validante desde la perspectiva de la figura del profesional, así como identificar los factores relacionales y metodológicos que fueron vividos como transformadores en el proceso de intervención.

- ### Primera categoría: disponibilidad emocional como base de la transformación del vínculo.

Los profesionales subrayan que la disponibilidad emocional del equipo constituye un factor central en la facilitación de los procesos de cambio. El análisis de sus discursos, caracterizados por una reflexión profunda y un sólido respaldo técnico y experiencial, pone de manifiesto que la accesibilidad y receptividad emocional del equipo no solo favorecen la construcción de vínculos significativos, sino que también inciden directamente en la eficacia del Modelo de Vinculación Emocional Validante. Esta premisa emerge como uno de los hallazgos más relevantes al examinar el impacto percibido del modelo en la evolución de las personas jóvenes atendidas objeto de estudio.

> Tengo la sensación de que Beinke ofrece una disponibilidad emocional. Para mí, esta disponibilidad emocional, es la base que después posibilita los cambios, nos mostramos

> disponibles emocionalmente de una forma diferente a la que han vivido en edades más tempranas, en su entorno natural, en su ambiente, desde esa disponibilidad emocional te sitúas en una posición de no juzgar los actos que ellos muestran (Profesional 3, grupo triangular).
>
> La disponibilidad emocional permite generar experiencias correctoras, esa disponibilidad o esa respuesta contingente por parte del equipo hacia lo que ellos van pudiendo compartir, de la manera que fuera, al principio a través de actos o a través de palabras en etapas más avanzadas, de alguna manera, favorecen experiencias de reparación, es importante, hay como una experiencia reparadora en esa dinámica relacional (Profesional 1, grupo triangular).
>
> Yo matizaría algo más, también aludiría a la disponibilidad emocional por parte de la figura del profesional en el sentido de tomar contacto, vivir en sus propias carnes, ese nivel de malestar o sufrimiento que traen consigo la mayoría de ellos, y acercarte a esto implica tener que sentirlo y eso deja un poso (Profesional 2, grupo triangular).

Los profesionales coinciden en que la disponibilidad emocional del equipo es el pilar sobre el que se construyen relaciones significativas con las personas jóvenes atendidas. Esta actitud profesional se concibe como una forma específica de estar, de sostener y responder a la vivencia emocional del otro, especialmente en contextos de trauma o daño relacional temprano. La disponibilidad no se limita a estar presente en lo conductual, sino que se extiende a una presencia afectiva y empática que permite la emergencia de experiencias reparadoras por medio de una personalización en el acompañamiento desde el rol profesional como figura implicada y auto observadora. Si bien es cierto, que comparten la dificultad intrínseca de este acompañamiento.

> Las características del profesional influyen en el impacto de la intervención totalmente, yo creo que el modelo está basado en factores comunes, uno de los más importantes es el impacto de las características de la figura profesional en la calidad de la relación con las personas. Incluso tratamos de tenerlo en cuenta. A la hora de pensar en la asignación de

> persona de referencia, cuales son las características del profesional que mejor pueden encajar o promover una mayor movilidad atendiendo a las características de la persona joven (Profesional 1, grupo triangular).
>
> Según mi experiencia, acercarte al modelo implica que tienes que mirarte tú mucho. Me parece que es un modelo que no puedes trabajar desde una postura de observador o de profesional experto, sino que te obliga a ponerte en la relación, con aspectos que en muchos casos son complejos o que igual tienes puntos ciegos como profesional y el modelo te exige mirarte, las contratransferencias son importantes, el modelo te obliga a mirarte a ti mismo como profesional (Profesional 3, grupo triangular).

Destacan, por tanto, la implicación personal que exige el modelo, que interpela no solo a su saber técnico, sino también a su disposición personal, su capacidad de autoobservación y su implicación emocional. La relación de ayuda no se construye desde una neutralidad distante, sino desde una presencia activa y consciente de la propia subjetividad. El modelo requiere, desde su experiencia, de profesionales emocionalmente disponibles y capaces de sostener procesos intensos sin perder la coherencia relacional.

De esta forma, el modelo se instaura como un marco estructurado, aunque flexible. No se valora solo como una metodología de intervención relacional, sino también como un modelo estructurado, dinámico y también revisable, para una de las personas profesionales: “Que no sea lineal, que permita revisar la intervención continuamente” (Profesional 3, grupo triangular). La existencia de fases, indicadores y estrategias específicas permite, según su opinión, orientar la práctica y esta estructura permite también segurizar a las personas jóvenes atendidas y al equipo profesional: “La sistematización de la VEV nos da un mapa y seguriza al equipo y a los chavales” (Profesional 1, grupo triangular).

Este mapa no es lineal ni cerrado. Por el contrario, uno de los rasgos más valorados del modelo es su carácter revisable, la posibilidad de volver sobre fases anteriores, de ajustar y reajustar el proceso y redirigir la intervención según lo que vaya emergiendo en el vínculo con cada persona joven.

Esa capacidad de revisión continua otorga al modelo una cualidad viva y reflexiva, que permite a los equipos moverse con seguridad y coherencia incluso en contextos de crisis o incertidumbre. En este sentido, el modelo no solo sostiene a las personas jóvenes, también sostiene a las figuras profesionales, ofreciendo un marco compartido que orienta la práctica y promueve la reflexión permanente. Su estructura, lejos de ser un corsé, opera como un andamiaje que posibilita la intervención personalizada.

- ## Segunda categoría: experiencia emocional correctora.

Otra de las categorías emergentes en el discurso de las personas profesionales es la de la experiencia emocional correctora, entendida como el núcleo transformador que el Modelo de Vinculación Emocional Validante puede ofrecer a las personas jóvenes atendidas en el servicio. Esta categoría alude al proceso mediante el cual, a través de la vinculación, se generan experiencias relacionales diferentes a las vividas previamente. En contextos marcados por el daño relacional, la negligencia emocional o el abandono, estas nuevas experiencias tienen un potente valor reparador, permiten revisar los modelos internos de relación, abrirse a la confianza y elaborar nuevas formas de vincularse.

Destacan como estas experiencias, que se gestan en el día a día, tienen un efecto corrector precisamente porque desafían las experiencias negativas que las personas jóvenes traen consigo respecto a otros adultos: “Desde esa disponibilidad emocional se generan experiencias emocionales correctoras y esas experiencias derivan después en mejorar en otros contextos o en otros aspectos” (Profesional 3, grupo triangular).

La experiencia emocional correctora constituye un eje central en la intervención con personas altamente dañadas en sus trayectorias vinculares. Desde la perspectiva profesional, esta experiencia se construye cuando el vínculo con el profesional desafía los modelos relacionales previos, basados en la desconfianza, el abandono o la amenaza, y ofrece una forma nueva y coherente de relación que es predecible, respetuosa y emocionalmente disponible.

> Esa respuesta contingente hacia lo que ellos van pudiendo compartir, de alguna manera favorece experiencias de reparación, cuando hay mucho daño temprano, mucho componente traumático temprano en la mayoría de los casos. Y, es importante por eso también, hay como una experiencia reparadora en esa dinámica relacional, en el momento que puede tener experiencias en las que no tiene por qué desconfiar desde esa hipervigilancia en la que está con el adulto (Profesional 1, grupo triangular)

Señalan como la consistencia en la disponibilidad emocional es clave para generar esta experiencia emocional correctora. Parte del efecto reparador de la experiencia emocional correctora reside en la posibilidad de ser aceptado incluso en la desregulación, sin ser excluido, lo que permite resignificar la relación con el conflicto y con la emoción. Las personas jóvenes pueden llegar al servicio acostumbradas a ser definidos por sus síntomas, por ello, ser miradas como personas completas, portadoras de sufrimiento, constituye una experiencia profundamente nueva. De hecho, si la figura del profesional se mantiene presente y disponible incluso ante el rechazo o la provocación, las personas jóvenes pueden empezar a revisar sus creencias sobre el otro, permitiendo la aparición de nuevas expectativas relacionales.

> Yo creo que el ser visto, creo que muchas veces no son vistos, y ser vistos, no únicamente por esa sintomatología, ayuda a integrar la relación. Puede que sean experiencias que no han tenido anteriormente ni con la familia ni en otros contextos y poder conectar, ser visto y reconocido por el otro, creo que también es algo que es diferente, es una experiencia reparadora, es una experiencia nueva" (Profesional 2, grupo triangular).

- ### Tercera categoría: la persona joven se siente vista y reconocida.

En este análisis también emerge con fuerza la categoría del sentimiento por parte de la persona joven atendida de ser vista y reconocida, una dimensión relacional profunda que aparece como condición relevante para el cambio en los patrones de apego. Esta categoría no alude simplemente a estar presente o disponible, sino a mirar a la otra persona de forma completa y

genuina, más allá de su sintomatología, de sus conductas o de su historia. Ser vista implica que la persona joven deja de ser reducida a su etiqueta de violenta, agresiva, conflictiva o autolesiva, para ser acogida en su singularidad, con su historia, su malestar, su vulnerabilidad y su potencial.

Este reconocimiento por parte del equipo profesional conlleva un acto de validación subjetiva, no solo te veo, sino que te reconozco como alguien valioso, digno de afecto, escucha y confianza. Identifican esta experiencia como una de las más transformadoras, precisamente porque muchas de las personas jóvenes atendidas llegan desde trayectorias de invisibilidad, negligencia o rechazo emocional. Así, la persona joven al sentirse vista y reconocida en el vínculo con el adulto experimenta una relación inédita, que permite abrir caminos hacia la confianza, la autoestima y el deseo de vincularse desde otro lugar: "Tener esa experiencia emocionalmente correctora o que se sientan mirados, vistos o entendidos de otra manera, que ellos puedan anticiparse, que puedan reflexionar y elaborar… que puedan ir siendo más capaces" (Profesional 1, grupo triangular).

Esta categoría recoge el impacto que tiene para las personas atendidas ser miradas desde una lógica relacional que transciende la sintomatología y permite la reconstrucción de su identidad y la adquisición de agencia subjetiva. Para muchas personas, el relato sobre sí mismas ha sido construido por años desde la etiqueta diagnóstica, la conducta disruptiva o el expediente judicial. En este contexto, la intervención desde el modelo ofrece algo radicalmente distinto a través de una mirada que les reconoce como sujetos completos, con historia, malestar, deseos, recursos y capacidades. Se identifica el hecho de que la persona sea vista y no reducida a sus síntomas como una experiencia transformadora que impulsa cambios en su manera de pensarse y de vincularse.

> Yo creo que el ser visto, creo que muchas veces no son vistos, y ser vistos no únicamente por esa sintomatología ayuda a integrar la relación. Puede que sean experiencias que no han tenido anteriormente ni con la familia ni en otros contextos y poder conectar, ser visto y reconocido por el otro, creo que también es algo que es diferente, es una experiencia reparadora, es una experiencia nueva (Profesional 2, grupo triangular)

Sobre esta base metodológica y relacional se hace posible la vivencia de experiencias emocionales correctoras, en las que las personas jóvenes comienzan a ser miradas y tratadas de una manera diferente a la que conocían, con respeto, con afecto y con consistencia. Y es precisamente en ese gesto, en esa mirada sostenida y respetuosa, donde emerge una de las transformaciones más profundas, como decíamos, el sentirse vistas y reconocidas, no solo por lo que hacen o han hecho, sino por quienes son y lo que pueden llegar a ser.

De esta forma, el Modelo de Vinculación Emocional Validante emerge además de como un modelo de intervención como una propuesta relacional transformadora que pone en el centro el vínculo, la subjetividad y el derecho de cada persona joven a construir nuevas formas de estar en el mundo desde un lugar más seguro.

2.2. Segundo ámbito: transformaciones en el estilo de apego.

Otro de los ámbitos relevantes que surgen en el análisis cualitativo es el relativo a las transformaciones en los patrones de apego que experimentan las personas jóvenes a lo largo de su proceso en el Servicio de Día Beinke. Partiendo de trayectorias vitales marcadas por vínculos inseguros, negligentes o incluso traumáticos, muchas de estas personas jóvenes llegan con modelos relacionales profundamente dañados. La intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante promueve una forma diferente de relación, basada en la disponibilidad emocional, la contención, la validación y el respeto por la subjetividad de cada persona joven. Estas condiciones posibilitan la vivencia de vínculos nuevos y sostenidos que, con el tiempo, generan procesos de reorganización del sistema de apego.

- ### Primera categoría: reconstrucción de la confianza en el otro.

Una de las transformaciones más relevantes que observan las personas profesionales del grupo triangular en las personas jóvenes objeto de estudio atendidas en el Servicio de Día Beinke, es la reconstrucción de la confianza en el otro, especialmente en el adulto como figura de referencia. Esta categoría emergente evidencia cómo, a lo largo del proceso de intervención con el Modelo de

Vinculación Emocional Validante, las personas jóvenes comienzan a resignificar la figura del otro, pasando de percibirlo como una posible amenaza o fuente de daño, característico de trayectorias marcadas por vínculos inseguros o negligentes, a reconocerlo como una figura emocionalmente disponible, predecible y estable. Esta transformación facilita la construcción de relaciones en las que el adulto es capaz de sostener el malestar sin recurrir al abandono ni a la invalidación, promoviendo así un entorno seguro que favorece el desarrollo emocional y relacional.

Esta transformación no ocurre de manera inmediata, requiere de tiempo, de presencia constante, de respuestas coherentes y una actitud no juzgadora por parte del profesional. Es en esa continuidad afectiva donde se empieza a construir un vínculo desde el cual el otro deja de ser vivido como inalcanzable o peligroso, y se convierte en alguien confiable.

La confianza en el otro como figura sostenible y segura es un indicador de que se está produciendo una transformación en los patrones de apego hacia formas más seguras de vinculación. En esta categoría se recogen las voces que dan cuenta de cómo esa nueva manera de experimentar al otro transforma la forma de estar en el vínculo, y abre la posibilidad de pedir ayuda, mostrarse vulnerable y sostener relaciones más estables y reparadoras. Por tanto, El Modelo de Vinculación Emocional Validante permite construir una imagen nueva del adulto como figura disponible y segura: “Se genera esa confianza, con establecer diferentes formas de confiar en el mundo adulto, desde los educadores y profesionales que intervenimos con ellos, se genera esa confianza. Al final, nos mostramos disponibles emocionalmente” (Profesional 3, grupo triangular).

La reconstrucción de la confianza en el otro, especialmente en el mundo adulto, es uno de los logros más profundos de la intervención basada en el modelo. Se trata en muchos casos de la primera experiencia real de un vínculo confiable, donde el adulto se mantiene presente incluso en la desregulación, posibilitando esa estabilización que después le permitirá relacionarse de una manera más adaptativa en diferentes contextos.

> Esa autorregulación que conlleva la estabilización, y también creo que el mostrarse disponibles para acompañarlos en el manejo de esa sintomatología es nuclear, como que

> simboliza la primera experiencia que pueda ser emocionalmente correctora en una relación con un adulto (Profesional 1, grupo triangular).

Además, la figura del profesional, valida el malestar sin juzgar y reconoce a la persona más allá de su sintomatología presentada. Esta experiencia emocionalmente reparadora reordena el sistema de apego, habilita nuevas formas de vinculación y deja una huella subjetiva que acompaña incluso después del cierre formal del proceso. Confiar deja de ser un riesgo para convertirse, por primera vez, en una posibilidad.

> Es clave, como piden ayuda o como a veces dejarse ayudar. Si lo pensamos, si tenemos una crisis o un problema cualquiera de nosotros, algo fuerte que nos impacta, tenemos sitios a los que recurrir, tenemos espacios seguros a los que recurrir, una amistad, una pareja, un familiar, pero ¿y estos jóvenes? Es decir, pensando en la desvinculación porque después se hace una redefinición de la relación de ayuda y Beinke es un sitio al que pueden volver, y estaba pensando incluso en jóvenes que ya han terminado y hacen determinadas consultas que además lo hacen de forma muy cuidadosa, sin querer dar más trabajo, pero como que, de alguna manera, si vuelven se les ayuda, que es un espacio en el que si sienten que pueden volver…" (Profesional 1, grupo triangular)

Con el cierre formal de la intervención no se rompe la relación, sino que se transforma, manteniéndose como una base segura internalizada que las personas siguen reconociendo y buscando incluso después del cierre formal. Tal como expresan: "Entender que no hay una ruptura de la relación, sino una transformación de la relación. Y es verdad, recibes esa llamada, mantienes esa relación, los cumpleaños, una fecha importante" (Profesional 2, grupo triangular). Otra persona añade: "Las navidades, es decir, hay chavales que igual solo reciben nuestra invitación de Navidad, una invitación de Beinke para celebrar la navidad en el servicio porque hace muchos años estuvieron con nosotros. O en su cumpleaños, esa llamada" (Profesional 1, grupo triangular).

Para el grupo triangular de profesionales, el que no se produzca una ruptura del vínculo es también uno de los elementos relevantes del modelo. La relación no desaparece, solo cambia de

forma, se redefine, ya no es continua ni cotidiana, pero sigue siendo significativa y accesible. Este tipo de vinculo permite vivir la separación sin experimentar abandono, algo crucial para quienes provienen de apegos inseguros.

- ## Segunda categoría: Beinke como base segura internalizada.

Otra de las categorías que emerge del discurso en el grupo triangular de profesionales es la de Beinke como base segura, un espacio que trasciende de su función institucional para convertirse en un refugio psíquico para las personas jóvenes objeto de estudio. Esta categoría hace referencia a la vivencia emocional que se construye durante el proceso de intervención, la de un lugar y un vínculo, al que se puede acudir sin miedo, en momentos de crisis o vulnerabilidad, y que permanece simbólicamente disponible incluso después del cierre formal del proceso.

Lejos de ser un dispositivo más del sistema, Beinke se configura como un entorno relacional donde la disponibilidad emocional, la previsibilidad, el respeto y la validación permiten que las personas jóvenes internalicen, muchos por primera vez, la experiencia de un vínculo seguro. En este sentido, la relación no termina con la desvinculación institucional, sino que se transforma en un lazo emocional duradero, que opera como punto de anclaje, como huella afectiva que los acompaña más allá del paso por el recurso.

En esta categoría se recoge como el Servicio de Día Beinke se convierte en una especie de "hogar emocional", que las personas jóvenes identifican como espacio al que pueden volver, literal o simbólicamente, cuando lo necesitan, y que queda inscrito como parte estructurante de su mundo interno: "El entorno se internaliza y saben que pueden volver" (Profesional 2, grupo triangular).

> Me da la sensación de que siempre es como un neón que se les pone. Es decir, ellos tienen en Beinke un refugio psíquico. Y, además, yo me he fijado que, en muchos casos, ni siquiera les importa demasiado quien esté en Beinke. Vienen igual de cómodos que si estuviera alguno de sus tutores principales durante el proceso. Porque la seguridad en realidad es Beinke, es la relación con Beinke (Profesional 3, grupo triangular)

> Si, si… totalmente de acuerdo, se queda introyectado ese entorno seguro necesario para segurizar el apego, si, es ese espacio seguro, de relación y aunque no venga, porque para mí, no todo es que vengan, sino que cuando tengan una crisis o una buena noticia, ser ese lugar al que volver (Profesional 1, grupo triangular).

Beinke se convierte, por tanto, para este grupo de profesionales en esa base segura internalizada, no solo representada por una persona concreta, sino como un conjunto de experiencias emocionales correctoras. Este aspecto es interpretado como un signo de segurizacion del apego donde la persona joven ya no necesita sostenerse en la relación de forma permanente, pero la guarda como una referencia protectora.

- ### Tercera categoría: mayor impacto en estilos evitativos.

Dentro del grupo triangular de profesionales, emerge también con claridad la percepción compartida de que la intervención genera un impacto especialmente profundo en las personas jóvenes con un estilo de apego evitativo. Este perfil, caracterizado por la autosuficiencia defensiva, la desconfianza hacia el otro y la necesidad de mantener distancia emocional, plantea desafíos específicos en la relación de ayuda. Sin embargo, el grupo de profesionales coincide en que la estructura del modelo permite crear las condiciones adecuadas para que estas personas puedan mostrarse permeables a la intervención.

La posibilidad de establecer una distancia optima, de ofrecer contención sin imponer cercanía, y de sostener la presencia sin exigencia emocional, parece ser especialmente eficaz para desactivar las defensas del estilo de apego evitativo. Desde este enfoque, el otro deja de ser vivido como intrusivo o amenazante, y comienza a ser percibido como confiable, coherente y seguro.

Esta categoría explora como el Modelo De Vinculación Emocional Validante, por sus características técnicas y actitudinales, logra generar experiencias de vinculación reparadora en personas jóvenes que, por historia y estrategia relacional, han aprendido a protegerse del vínculo: “Un joven con un estilo de apego evitativo va a necesitar esa distancia óptima y un control sensible. En un

estilo de apego ansioso también, pero creo que más en el estilo evitativo" (Profesional 2, grupo triangular). Para otros miembros del grupo triangular:

> La percepción que tengo es que con un evitativo puede mejorar bastante por lo que hablamos antes de la disponibilidad emocional, es decir, creo que una de las, y esto es aventurarme, pero me da la sensación de que una de las fallas en un estilo de apego inseguro evitativo, sí pueda tener de base esa falta de disponibilidad de las principales figuras de apego (Profesional 3, grupo triangular).

> Yo creo que en el estilo de apego que más impacta es en el estilo evitativo, que también llamamos resistente. Creo que además de lo que señalan los compañeros, creo que el hecho de que el estilo de apego evitativo sea más cognitivo para mi es un elemento importante porque de alguna manera creo que pueden desarrollar más recursos o capacidades para su propio proceso, el que cada uno vaya construyendo (Profesional 1, grupo triangular).

Para el grupo triangular de profesionales, la nueva experiencia relacional que ofrece el Modelo de Vinculación Emocional Validante parece erosionar mejor la desconfianza estructural de la persona joven con un estilo de apego evitativo.

2.3. Tercer ámbito: el impacto en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización.

Otro de los ámbitos donde el Modelo de Vinculación Emocional Validante muestra, según el grupo triangular de profesionales, un efecto transformador en las personas jóvenes objeto de estudio, es en la mejora de la regulación emocional y el desarrollo progresivo de la capacidad de mentalización. Al llegar al Servicio de Día Beinke, muchas de estas personas jóvenes presentan altos niveles de desregulación emocional, impulsividad, conductas reactivas o disociación afectiva, todo ello acompañado de una baja capacidad para nombrar y reflexionar sobre sus propios estados internos y mucho menos sobre los estados internos de los demás.

En este contexto, la intervención no busca solo contener el malestar, sino también crear las condiciones relacionales necesarias para que las personas jóvenes desarrollen recursos internos de autoregulación y pensamiento reflexivo sobre sí mismas y sobre los otros, que es acompañada, guiada y modelada por el equipo educativo durante el proceso.

- ## Primera categoría: contención y validación como reguladores clave en la vinculación.

Esta categoría de contención y validación es entendida por el grupo triangular de profesionales como una de las herramientas relacionales más transformadoras dentro del modelo. Esta categoría alude al modo en el que el equipo profesional sostiene emocionalmente a las personas jóvenes en momentos de desregulación, sufrimiento o crisis, no solo a través de una presencia constante, sino también mediante una actitud de reconocimiento y legitimación del malestar.

Contener no significa solo evitar la explosión o la desconexión emocional, sino estar presente sin invadir, trasmitir calma sin minimizar, y ofrecer un marco emocional seguro desde el cual reorganizar la experiencia interna. A su vez, validar implica reconocer las emociones de las personas jóvenes como comprensibles, legítimas y humanas, sin juzgarlas ni negarlas, aunque no siempre se compartan. En contextos marcados por la invalidación sistemática o la ausencia de sostén emocional, la combinación de contención y validación se convierte en una experiencia relacional inédita, que no solo regula, sino que también repara y dignifica.

Esta categoría recoge como, a través de estos gestos reiterados y sostenidos en el tiempo, las personas jóvenes comienzan a incorporar nuevas formas de gestionar sus emociones, a recuperar la capacidad de mentalizar y a desarrollar una mayor autonomía personal.

> La parte más distintiva del modelo es cómo trabajar las etapas iniciales, porque cuando ya quieren y ya hay una demanda, digamos que ya hay muchas claves y muchos modelos desde los que se puede intervenir. Es decir, creo que es, la parte más significativa, la contención y la validación son transversales durante todo el proceso (Profesional 1, grupo triangular).

> Estoy totalmente de acuerdo en la importancia de trabajar las primeras fases, que pueden ser las iniciales, para mí las más complicadas. En las etapas iniciales, sobre todo la contención y la validación, creo que si pueden mejorar la regulación emocional (Profesional 3, grupo triangular).
>
> Si selecciono algo, es en la parte del establecimiento de la relación, en la contención y en la validación, pensando en jóvenes creo que en las situaciones en las que se les contiene y se les valida es dotarles de esas experiencias al inicio, creo que puede ser un elemento importante. El poder acompasar, contener y validar eso y ya después, herramientas más concretas como el LOOP, lo que realmente intentas es identificar la emoción, hablar sobre ella, pensarla y generar alternativas, es como recuperar la capacidad de mentalizar y al final eso repetido muchas veces. Enseñarles como se hace. (Profesional 2, grupo triangular).

Estas prácticas relacionales, no solo permiten disminuir la intensidad de las crisis, sino que ofrecen un espacio emocional donde la persona joven puede empezar a verse y sentirse desde otro lugar diferente. En ese marco, la validación emocional no se limita a consolar, reconstruye el valor subjetivo de la persona joven, mostrando que su sentir tiene sentido, que puede ser comprendida y acompañada.

A medida que estas experiencias se repiten y se interiorizan, la contención y la validación se convierten en recursos internalizados, las personas comienzan a aplicarlas consigo mismas.

Así, lo que en un primer momento es ofrecido desde fuera, se transforma progresivamente en una capacidad interna de autorregulación emocional y de lectura reflexiva del propio mundo interno. De este modo, la contención y la validación no solo sostienen el presente, sino que abren las puertas a un desarrollo emocional más autónomo, funcionando como el cimiento desde el cual surge la posibilidad de una nueva forma de estar en el mundo y en la relación.

- Segunda categoría: desarrollo progresivo de la capacidad de mentalizar.

Otro de los cambios relevantes observados por el grupo triangular de profesionales es el desarrollo progresivo de la capacidad de mentalizar por parte de las personas jóvenes objeto de estudio. Mentalizar implica poder identificar, reflexionar y dar sentido a los propios estados internos y a los de los demás, es decir, comprender que detrás de cada emoción, conducta o reacción hay pensamientos, intenciones y vivencias que pueden ser exploradas, comprendidas y elaboradas.

Al iniciar en Beinke, muchas personas jóvenes presentan un funcionamiento relacional centrado en la desregulación emocional o retraimiento, con escasa conciencia sobre lo que sienten o porque actúan de determinada manera. En este contexto, la intervención no se limita a contener o estabilizar, sino que crea las condiciones relacionales necesarias para que puedan empezar a pensarse a sí mismas y a los demas.

El grupo de profesionales señala que este proceso se inicia a través de la contención y la validación emocional, y se profundiza mediante estrategias específicas como los planes de emergencia o los espacios de conversación reflexiva. Lo que comienza siendo un acompañamiento externo, se convierte progresivamente en una capacidad interna, las personas jóvenes aprenden a traducir la emoción en pensamiento, a anticipar reacciones y a evaluar el impacto de sus actos, lo que les permite actuar de manera más consciente y menos reactiva. Esta categoría explora como, a través de la relación, se despierta y fortalece la función mentalizadora que había estado desactivada o poco desarrollada.

> Suelen desarrollar más capacidad para pensarse a sí mismos y tomar conciencia del impacto en los demás. Además, mediante herramientas para reflexionar y elaborar planes de emergencia, planes de seguridad en los que puedan ir siendo más capaces, creo que hay una integración también con lo cognitivo (Profesional 1, grupo triangular).

> Lo que intentas es identificar la emoción, hablar sobre ella, pensarla y generar alternativas, es cómo recuperar la capacidad de mentalizar y al final eso repetido muchas veces,

enseñarles como se hace. El recuperar la capacidad de mentalización necesita al otro (Profesional 2, grupo triangular).

Se señala la relación existente entre la regulación emocional y el desarrollo de mentalización, entendida como la habilidad para reflexionar sobre el estado interno propio y ajeno. A través de herramientas como los planes de emergencia, por ejemplo, las personas jóvenes comienzan a identificar emociones, darles sentido y anticipar posibles respuestas, lo cual incide directamente en su comportamiento y en la mejora de su forma de relacionarse con los demás. Estas herramientas refuerzan los procesos de identificación y elaboración personal.

2.4. Cuarto ámbito: la remisión de la sintomatología aguda.

El cuarto ámbito de análisis se centra en la remisión de la sintomatología aguda, entendida como la disminución o desaparición de manifestaciones clínicas intensas como crisis de ansiedad, autolesiones, violencia, consumos, ideación o conductas suicidas, que, en el caso de las personas jóvenes objeto de estudio, emergen, como analizábamos en el capítulo anterior, como expresión de un sufrimiento psíquico persistente.

Este ámbito permite comprender como la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo actúa sobre los síntomas visibles, sino que incide en los factores subyacentes que los generan, favoreciendo un proceso de transformación sostenido. La remisión de los síntomas, por tanto, no se presenta como un efecto aislado, sino como el resultado de una relación sostenida, no amenazante, individualizada y emocionalmente segura.

Desde esta perspectiva emergen tres categorías que estructuran los hallazgos en el grupo triangular de profesionales. Por un lado, la remisión propiamente dicha, referida a la disminución significativa de la sintomatología aguda en varios de los casos. Por otro, el acompañamiento individualizado y preventivo, que facilita un sostén emocional continuo más allá de los momentos críticos y en último lugar, la relación no amenazante, como base indispensable para que las personas jóvenes puedan mostrarse en su vulnerabilidad sin temor a ser juzgadas, sancionadas o excluidas.

Este ámbito evidencia, en última instancia, que el cambio sintomático es posible cuando se interviene sobre la raíz del sufrimiento y no solo sobre su manifestación superficial, lo que otorga un valor añadido al modelo como propuesta de intervención integral.

- ## Primera categoría: remisión de conductas de riesgo.

La remisión de las conductas de riesgo constituye uno de los indicadores más visibles del impacto de la intervención desde el modelo. En esta categoría se analizan los relatos del grupo triangular de profesionales en torno a la disminución o desaparición de comportamientos altamente disruptivos o autodestructivos en las personas jóvenes objeto de estudio, tales como las fugas, las autolesiones, el consumo abusivo de sustancias o la ideación o tentativa suicida.

Estas conductas no se entienden como fenómenos aislados ni meramente comportamentales, sino como expresiones externas de malestar psíquico y relacional, profundamente vinculadas a estilos de apego inseguros (ansioso o evitativo), a la desregulación emocional y a la vivencia de un entorno percibido como amenazante o invalidante.

La remisión de estas conductas, por tanto, no puede explicarse únicamente desde una lógica de control externo, sino desde la transformación interna que se produce cuando las personas jóvenes acceden a experiencias emocionales correctoras en un vínculo sostenido, contenedor y validante. La presencia continua de adultos significativos que no refuerzan el castigo, sino el sentido, permite un proceso de contención que, con el tiempo, desactiva el patrón de riesgo como única vía posible de comunicación o de supervivencia emocional.

> Una clave desde la VEV es el desarrollo de una manera especializada para comprender y abordar las conductas externalizantes e internalizantes más graves. Es decir, el plantear, da igual que sea una tendencia suicida, autolisis, violencia o consumos, pero comprenderla de una manera especializada, con sus subtipos, sus distintas dimensiones para cada una de ellas, con respuestas distintas que nos van a llevar a orientar si está más indicada la mentalización o quizás otras orientaciones de intervención, y la consideración siempre del

> antes, del durante y del después, independientemente de la orientación que se aplica a cada caso concreto (Profesional 1, grupo triangular).

En conjunto, los relatos de las personas profesionales del grupo triangular coinciden en afirmar que la remisión de la sintomatología aguda es una realidad observable tras la implementación sostenida del modelo. Si bien reconocen que en algunos casos esta remisión no es definitiva, si señalan con claridad que hay una disminución significativa en la intensidad, frecuencia o expresión de los síntomas, lo cual representa un avance importante para las personas jóvenes que partían de situaciones con altos niveles de malestar o sufrimiento.

> Si, ya lo compartíamos al comienzo, disminuye. Creo que es algo que cuando estamos pegados cuesta ver, pero si coges perspectiva y evalúas las finalidades del servicio o la frecuencia o intensidad de estas, remite, quizás en algunos casos no desaparece, pero si remite (Profesional 2, grupo triangular).

No obstante, esta evolución no siempre resulta fácil de percibir, especialmente para quienes intervienen en primera línea. La proximidad emocional, la implicación diaria y la exposición continua al sufrimiento generan un impacto que puede dificultar la percepción de los cambios, sobre todo cuando estos son sutiles o graduales. Por tanto, la remisión de la sintomatología, aunque no lineal ni total en todos los casos, aparece como un indicador sólido del efecto positivo que puede tener un vínculo emocionalmente validante cuando se sostiene en el tiempo y se ajusta técnicamente a la singularidad de cada proceso.

- ## Segunda categoría: acompañamiento individualizado y preventivo.

La categoría de acompañamiento individualizado y preventivo refleja otra de las transformaciones relevantes en la intervención con personas jóvenes que presentan un elevado nivel de sufrimiento psíquico y síntomas agudos. Este tipo de acompañamiento no responde a protocolos generalizados ni a una intervención reactiva frente a la crisis, sino que se anticipa a las necesidades emocionales de cada persona joven desde una lectura de sus trayectorias y expresiones.

En el marco del Modelo de Vinculación Emocional Validante, este acompañamiento se construye sobre la base de un conocimiento de la historia vincular y emocional de cada uno de los casos atendidos, su carácter preventivo no implica únicamente una anticipación técnica, sino una posición ética que coloca en el centro la singularidad del otro, alejándose de respuestas uniformes y disciplinarias. Desde esta perspectiva, el acompañamiento individualizado se convierte en un espacio de seguridad relacional, donde la escucha, la validación y la disponibilidad emocional funcionan como elementos protectores frente a la desregulación y el malestar.

Esta categoría, por tanto, ilustra como el modelo no actúa únicamente sobre la emergencia sintomática, sino que reconfigura el modo en que los adultos se posicionan ante la vulnerabilidad psíquica, generando nuevas condiciones para la salud mental desde el vínculo.

> En todo momento se atiende la dimensión subjetiva de cada chaval. Es decir, va diseñada y ahí me voy también a la evaluación multidimensional de cada joven y su entorno disponible, el traje a medida que se hace con ellos. Entonces yo creo que haya una estructura de proceso es clave en poder segurizar el ambiente, el equipo, los jóvenes, el proceso e incluso la relación con la red (Profesional 1, grupo triangular).

Los relatos del grupo triangular de profesionales permiten identificar que el acompañamiento individualizado y preventivo no se limita a una disponibilidad emocional, sino que se articula sobre una estructura rigurosa de evaluación continua y multidimensional. Esta evaluación se despliega antes, durante y después del proceso, y contempla no solo las características individuales de la persona joven, sino también las dinámicas de su entorno y los recursos de la red. “Evaluamos también las finalidades del servicio, teniendo en cuenta en todo momento los resultados de esta evaluación” (Profesional 2, grupo triangular).

En este sentido, el modelo se convierte en un traje a medida, diseñado específicamente para responder a las necesidades de cada caso en su complejidad singular. Este enfoque permite asegurar un entorno protegido y estable, no solo para el joven, sino también para el equipo profesional, el proceso de intervención en sí y las redes implicadas. La existencia de un marco evaluativo constante

contribuye a reducir la incertidumbre, generar contención institucional y fortalecer la capacidad técnica del equipo, aspectos fundamentales cuando se trabaja con casos altamente complejos y emocionalmente movilizantes. De esta forma, el acompañamiento individualizado y preventivo, tal como se configura en el Modelo de Vinculación Emocional Validante, no es solo una práctica relacional sensible, sino también una estructura técnica sólida que permite sostener procesos complejos con un alto nivel de personalización, eficacia y sentido.

2.5. Análisis global del grupo triangular de profesionales.

El análisis del grupo triangular de profesionales ofrece una comprensión más profunda y matizada de los fundamentos y dinámicas del Modelo de Vinculación Emocional Validante, al incorporar las perspectivas de quienes lo implementan y sostienen en la práctica cotidiana. Una de las categorías centrales que emerge es la disponibilidad emocional del equipo de profesionales como eje vertebrador de la relación. Esta disponibilidad no es solo una postura técnica, sino un compromiso afectivo que implica una constante autobservación. El equipo de profesionales debe revisar sus propias características personales, del mismo modo que observa las de las personas jóvenes, dentro de un marco estructurado pero flexible. Este marco propio, no solo seguriza a las personas jóvenes atendidas, sino también al equipo de profesionales y en cierta medida, a la red institucional que acompaña al proceso.

La experiencia emocional correctora se consolida como el eje central de la intervención. El grupo triangular de profesionales describe como, a través del vínculo y la validación, las personas jóvenes atendidas en el servicio se sienten vistas, reconocidas y sostenidas, y como esto transforma su manera de estar en el mundo. El Modelo de Vinculación Emocional Validante facilita que las personas jóvenes objeto de estudio reconstruyan la confianza en el otro, en especial aquellas personas jóvenes con estilos de apego inseguros evitativos, que según el grupo triangular de profesionales son quienes más se benefician de esta forma de acompañamiento.

En este proceso, la contención emocional y la validación surgen como herramientas esenciales para la regulación afectiva y la construcción del vínculo. A través de estas prácticas, las personas jóvenes comienzan a desarrollar progresivamente su capacidad para mentalizar, entendida como la habilidad de comprenderse a sí mismas y a los demás en términos de estados mentales.

Además, se observa como los procesos de acompañamiento, al estar individualizados y orientados a la prevención, no solo permiten sostener a las personas jóvenes en momentos de crisis, sino que permiten también la remisión progresiva de su sintomatología aguda. La intervención no se limita a resolver una situación concreta, sino que abre un camino de transformación subjetiva a largo plazo.

Finalmente, Beinke se configura como una base segura internalizada, un espacio que permanece en la memoria emocional de las personas jóvenes y al que pueden volver simbólicamente incluso cuando la intervención ha finalizado. Este hallazgo confirma el valor del Modelo de Vinculación Emocional Validante, no solo como metodología de trabajo, sino como experiencia relacional reparadora con un fuerte impacto subjetivo y clínico.

3. Análisis comparativo de los grupos triangulares analizados.

A partir del cruce de narrativas, se identifican una serie de categorías compartidas que no solo refuerzan la consistencia del Modelo de Vinculación Emocional Validante, sino que además evidencian un proceso relacional transformador, vivido desde ambas posiciones del vínculo.

- ## Disponibilidad emocional como eje vertebrador compartido.

La disponibilidad emocional emerge como la categoría más transversal en el análisis comparativo entre los relatos del grupo triangular de profesionales y el de las personas jóvenes. Ambas partes coinciden en identificar esta dimensión como el núcleo estructurante del vínculo, una condición imprescindible para que se despliegue cualquier proceso de transformación psíquica o relacional.

Desde la perspectiva del grupo triangular de las personas jóvenes, la disponibilidad emocional se traduce en la presencia constante, accesible y sin juicios por parte del equipo profesional, incluso en momentos de máxima desregulación emocional o conflicto. Esta presencia no se limita al cumplimiento de una función técnica, sino que adquiere una cualidad afectiva y humana que habilita, poco a poco, la confianza y la apertura vincular. Por su parte, el grupo triangular de profesionales relata como la práctica de la disponibilidad emocional exige un trabajo profundo de sostén, contención y ajuste, que implica estar para el otro sin sobrecargarse, sin desaparecer y sin responder desde la urgencia o la imposición. Esta posición se construye desde una ética de la presencia y una conciencia clara de que su estabilidad emocional es lo que permite regular y ofrecer seguridad a la persona joven.

Ambas narrativas reconocen, por tanto, que no hay posibilidad de cambio real si no existe, en primer lugar, un otro disponible emocionalmente, alguien que permanece, que se hace cargo sin invadir, que ofrece tiempo, palabra y mirada incluso cuando el otro no puede aun aceptar o devolver nada. La disponibilidad emocional se convierte así en el eje vertebrador sobre el que se sostiene el vínculo, la confianza, la regulación y, por tanto, la posibilidad de recorrer el camino hacia un apego más seguro. Para el grupo triangular de personas jóvenes: “Eso es, la disponibilidad, es como que cuando llamas o vienes siempre tienen un hueco para atenderme, para escucharte. Puedes confiar para que te ayuden y te pueden ayudar de verdad” (Joven 3, grupo triangular), para el grupo triangular de profesionales:

> Tengo la sensación de que Beinke ofrece una disponibilidad emocional. Para mí, esta disponibilidad emocional, es la base que después posibilita los cambios, nos mostramos disponibles emocionalmente de una forma diferente a la que han vivido en edades más tempranas, en su entorno natural, en su ambiente, desde esa disponibilidad emocional te sitúas en una posición de no juzgar los actos que ellos muestran (Profesional 3, grupo triangular).

La categoría de la disponibilidad emocional adquiere un papel central en el análisis comparativo, al ser reconocida por ambos grupos no solo como un componente del vínculo, sino como el núcleo desde el cual se gesta y sostiene la transformación subjetiva.

Desde la experiencia del grupo triangular de las personas jóvenes, la disponibilidad emocional se narra desde una vivencia concreta, encarnada y afectiva, sentirse escuchadas, sostenidas y acompañadas sin condiciones. Es la certeza de que hay otro que "está", una figura que no se retira antes las situaciones de crisis o el conflicto, el rechazo o el dolor. Esta vivencia se convierte en la primera fisura en el patrón relacional aprendido, generalmente marcado por el abandono, la negligencia o la inestabilidad afectiva. Frente a este pasado, la experiencia de una presencia constante, confiable y no invasiva se vive como una verdadera experiencia emocional correctora que habilita la confianza, la apertura y, en muchos casos, el deseo de cambio.

Por su parte, el grupo triangular de profesionales conceptualiza esta misma dimensión como una actitud relacional y una disposición subjetiva consciente, que exige estar emocionalmente disponibles sin perder el encuadre técnico. Reconocen que es precisamente esa posición, que combina calidez, firmeza, presencia sostenida y capacidad de regulación, la que permite que el otro, en su dolor o desorganización, pueda empezar a regularse, confiar y simbolizar sus experiencias.

Lo notable es la alta coherencia entre lo que se ofrece desde el rol profesional y lo que se percibe subjetivamente por parte de las personas jóvenes. No se trata simplemente de aplicar una técnica, sino de sostener una postura relacional con una enorme carga ética y emocional que es percibida con nitidez por quienes han vivido relaciones inestables o dañinas. En este sentido, la disponibilidad emocional no solo es el punto de partida, sino también el eje vertebrador que garantiza la calidad del vínculo y posibilita el cambio estructural en el modo de estar en el mundo de las personas jóvenes. La coherencia entre lo que se da y lo que se recibe constituye una de las claves del impacto del modelo de vinculación emocional validante.

- ## Confianza y vinculación como proceso progresivo pero central.

En el cruce de relatos la categoría de la confianza y la vinculación emerge con fuerza, no como un hecho dado, inmediato o garantizado, sino como un proceso progresivo, delicado y profundamente central en el marco de la intervención. Esta dimensión no aparece desvinculada de la disponibilidad emocional, sino que se construye a partir de ella y se consolida como uno de los principales indicadores del impacto subjetivo del Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Desde la mirada del grupo triangular de las personas jóvenes, la confianza no surge de forma automática, sino que requiere tiempo, constancia y coherencia en la relación. Se inicia con gestos cotidianos como ser escuchadas o sostenidas en momentos complicados, y que, acumulados en el tiempo, van desmontando sus defensas y habilitando una apertura emocional. Esta vinculación progresiva se percibe como una experiencia nueva y, en muchos casos, desconcertante, pero necesaria para poder narrarse desde otro lugar y pensar en otras formas de estar en el mundo.

Por parte del grupo triangular de profesionales, la confianza también se concibe como un logro vincular que exige presencia sostenida, autorregulación y contención, incluso en contextos de alta complejidad emocional. El grupo no solo reconoce que el vínculo es el canal a través del cual se pueden generar cambios significativos, sino que entienden que cada proceso de vinculación es único, y requiere adaptarse al ritmo, las resistencias y las necesidades específicas de cada persona joven.

Ambos grupos triangulares coinciden, por tanto, en que la vinculación no puede ser forzada ni acelerada, pero si puede ser cuidadosamente cultivada desde una presencia profesional que inspire seguridad y respeto. Esta perspectiva refuerza la idea de que la construcción de la confianza no es un medio, sino un fin en sí mismo, un espacio relacional que constituye la base desde la cual es posible iniciar procesos de transformación emocional y psicosocial.

Para el grupo triangular de profesionales: “Se genera esa confianza estableciendo diferentes formas de confiar en el mundo adulto, desde los educadores y profesionales que intervenimos con ellos, se genera esa confianza. Al final, nos mostramos disponibles emocionalmente” (Profesional 3,

grupo triangular). En el grupo de las personas jóvenes: “Para mí, el respeto por cómo me han tratado, eso ha ayudado. Yo creo que las conversaciones, como habláis con nosotros” (Joven 2, grupo triangular).

El análisis comparativo entre los relatos muestra también que la confianza no es inmediata ni automática, sino una construcción relacional profundamente influida por el tiempo, la coherencia y la calidad del vínculo. Se configura como un proceso progresivo, lento, pero esencial para el cambio subjetivo.

Ambas perspectivas se entrelazan para confirmar que la vinculación es una de las condiciones necesarias para cualquier proceso de transformación, y que la confianza, lejos de ser un punto de partida, es un logro vincular. Los más significativo de esta categoría es la coherencia que existe entre lo que se ofrece profesionalmente y lo que se recibe subjetivamente. La confianza no se impone, se cultiva, se gana y cuando aparece, se convierte en el motor profundo de todo el proceso.

- ## Contención y validación emocional como experiencia fundante.

Otra categoría que aparece, atraviesa y sostiene el proceso de transformación emocional, es la contención y la validación. Esta categoría no solo se menciona como parte del acompañamiento, sino que se reconoce como un punto de inflexión relacional que marca un antes y un después en la vivencia subjetiva de las personas de los grupos triangulares analizados.

Desde la voz de las personas jóvenes del grupo triangular, la contención emocional se vive como una experiencia nueva, intensa y reparadora, especialmente en contextos donde ha predominado el abandono, la negligencia o la incomprensión. Las personas jóvenes hablan de sentir que pueden “explotar” emocionalmente sin ser juzgadas, de ser sostenidas en momentos de desborde, y de que sus emociones, incluso las más intensas, no son minimizadas sino acogidas y validadas como parte legítima de su proceso vital. Esta vivencia transforma su manera de relacionarse consigo mismas y con los demás, generando un impacto profundo en su capacidad de confiar y de autorregularse.

Por parte del grupo triangular de profesionales, la contención y la validación no se entienden como acciones puntuales, sino como una posición ética y técnica central. Implica presencia emocional, reconocimiento del otro en su singularidad, y una capacidad de sostener incluso lo que duele o desborda. La validación, además, se expresa como un acto de reconocimiento del sufrimiento legítimo de la otra persona, que permite reorganizar la narrativa interna de las personas jóvenes y dar lugar a nuevas comprensiones sobre sí mismas y sus historias.

Esta categoría, por tanto, se convierte en uno de los núcleos más relevantes del Modelo de Vinculación Emocional Validante, al permitir que las personas jóvenes experimenten por primera vez relaciones significativas en las que sus emociones tienen un lugar legítimo y son sostenidas sin condiciones. La contención y la validación no solo hacen posible el cambio, sino que lo fundan, lo legitiman y lo acompañan. En el grupo triangular de las personas jóvenes se expresa como: “Ahora intento dejarme ayudar” (Joven 1, grupo triangular). En el grupo triangular de profesionales: “la contención y la validación son transversales durante todo el proceso” (Profesional 1, grupo triangular).

El análisis comparativo de los discursos converge en el punto clave de la contención y la validación emocional no solo como inicio del proceso. Para el grupo triangular de las personas jóvenes, estos elementos representan un cambio radical en la forma de afrontar su malestar. Expresan que, mientras antes optaban por estrategias autolesivas como forma de gestionar su malestar, en fases más avanzadas del proceso comienzan a pedir ayuda y a dejarse ayudar, lo cual constituye un indicador nítido de transformación vincular y emocional. La confianza en que otro puede sostener lo que antes era insoportable para uno mismo es un signo claro de regulación afectiva mediada por el vínculo. Para el grupo triangular de profesionales, la contención y la validación son señaladas como la esencia del modelo, aquello que lo distingue de otros modelos.

Ambos grupos coindicen en que la contención y la validación no son solo prácticas técnicas, sino experiencias fundantes que redefinen la relación con el otro, con uno mismo y con el malestar. Esta categoría evidencia una transformación relacional profunda, en la que las emociones dejan de ser un campo de riesgo para convertirse en un espacio posible de reparación, comunicación y cuidado.

- Regulación emocional y capacidad de mentalización como elementos reveladores de cambio.

Otra categoría en la que hay coincidencia es la regulación emocional y la capacidad de mentalización. Esta categoría no se presenta como objetivo aislado, sino como una consecuencia directa del vínculo seguro y validante construido en el proceso de intervención. El grupo triangular de las personas jóvenes expresan el cambio en esta categoría a través de ejemplos concretos: reconocer cuándo están a punto de desbordarse, identificar que emoción sienten, poder hablar en vez de actuar impulsivamente o incluso retirase a tiempo. Este tipo de respuestas revela un avance significativo en la autorregulación, especialmente en personas jóvenes cuya historia emocional ha estado marcada por el caos, la invisibilidad o la reactividad. Además, comienza a observarse una incipiente capacidad de tomar perspectiva sobre su propio mundo interno y sobre las intenciones o emociones de los demás, lo que indica un desarrollo progresivo de la mentalización.

Desde la perspectiva del grupo triangular de profesionales, este avance se traduce en la observación de momentos donde las personas jóvenes logran narrarse con más claridad, identificar patrones emocionales y tomar decisiones menos impulsivas. La regulación emocional no es entendida como ausencia de conflicto, sino como la presencia de recursos nuevos para transitarlo. A su vez, destacan que estos logros no se producen en aislamiento, sino como resultado de una relación en la que el otro ha podido funcionar como un espejo emocional que contiene, traduce y acompaña.

Esta categoría, por tanto, no solo evidencia un cambio observable en la conducta, sino un giro profundo en la manera de habitar la propia experiencia emocional. Tanto la regulación como la mentalización surgen como capacidades cultivadas en un contexto de seguridad relacional, validación sostenida y acompañamiento coherente, y se configuran como señales clave de que el sufrimiento comienza a poder ser comprendido, simbolizado y elaborado:

> Yo me enfadaba conmigo mismo y no pedía ayuda a nadie, ahora llamo y pido ayuda. Si veo que no puedo más, llamo aquí y pregunto si puedo venir a hablar con mis tutores o con

alguien. Aunque no sean ellos, puedo hablar con alguien y eso me hace estar mejor (Joven 3, grupo triangular).

Realmente lo que intentas es identificar la emoción, hablar sobre ella, pensarla y generar alternativas, es como recuperar la capacidad de mentalizar y al final eso repetido muchas veces, enseñarles como se hace. Y el recuperar la capacidad de mentalización necesita al otro (Profesional 2, grupo triangular).

La evolución en la regulación emocional y en la capacidad de mentalización aparece como un testimonio del cambio subjetivo vivido por el grupo triangular de las personas jóvenes. En sus relatos, se observa un antes y un después, describen como, en momentos de frustración o enfado, recurrían antes a la autolesión como única vía para aliviar un malestar inabordable. Ahora, sin embargo, explican que, en situaciones similares, llaman, acuden, piden ayuda o simplemente se detienen, reconociendo la emoción y buscando otra salida. Estos cambios no son menores, sino todo lo contrario, revelan una transformación profunda en el modo de relacionarse consigo, con sus emociones y con el otro.

Desde el grupo triangular de profesionales, este proceso se conceptualiza como el desarrollo de dos capacidades íntimamente ligadas, la regulación emocional y la capacidad de mentalización. Destacan como el acompañamiento continuado permite que las personas jóvenes objeto de estudio pongan palabras a lo que sienten, piensen sobre ello y exploren alternativas. El énfasis lo ponen en las herramientas que facilitan ese tránsito, la presencia constante, las preguntas que abren sentido, la validación emocional y la creación de un espacio donde equivocarse también es posible. Se trata de pasar de la actuación impulsiva al pensamiento reflexivo, del síntoma a la comprensión.

- ### Mayor reconfiguración del apego evitativo.

Este estilo de apego caracterizado por una tendencia a la distancia emocional, la autosuficiencia y la dificultad para expresar necesidades afectivas, aparece en los relatos comparados como el estilo con una mayor susceptibilidad a la transformación mediada por el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Los relatos apuntan a que la intervención, gracias a su énfasis en la

disponibilidad emocional y la contención no invasiva, abre espacios seguros donde las personas jóvenes objeto de estudio con estilos de apego evitativo pueden comenzar a experimentar nuevas formas de vinculación que desafían sus patrones habituales.

El grupo triangular de profesionales reconocen que trabajar con este estilo de apego requiere de una gran sensibilidad y paciencia, así como una adaptación continua de la intervención para no activar defensas, sino facilitar una experiencia relacional correctora. La transformación observada en esos casos es significativa porque implica no solo cambios superficiales, sino una reconfiguración profunda en la forma en que las personas jóvenes se relacionan consigo mismas y con los demás. Esta categoría refleja, por tanto, un aspecto central del modelo, su capacidad para impactar en estilos de apego complejos y resistentes, poniendo de manifiesto la potencial transformación de la intervención en personas jóvenes que han vivido vínculos emocionalmente distantes o fragmentados:

> Yo creo que en el estilo de apego que más impacta es en el estilo evitativo, que también llamamos resistente. Creo que además de lo que señalan los compañeros, creo que el hecho de que el estilo de apego evitativo sea más cognitivo para mí es un elemento importante porque de alguna manera creo que pueden desarrollar más recursos o capacidades para su propio proceso, el que cada uno vaya construyendo" (Profesional 1, grupo triangular).

Los hallazgos de esta categoría revelan una transformación significativa en las personas jóvenes con un estilo de apego evitativo tras su participación en la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante. A pesar de atravesar situaciones personales complejas, las personas jóvenes comienzan a presentar una nueva forma de vinculación, reconocen la presencia constante del otro como figura de apoyo, marcando una apertura incipiente al vínculo emocional desde un lugar de seguridad. Este reconocimiento de la disponibilidad emocional del otro representa un giro relevante en el patrón típico del estilo de apego evitativo, caracterizado por la distancia y la autosuficiencia emocional. Recordemos como en el grupo triangular de personas jóvenes, se expresaba: "Siempre está la persona disponible, mis tutoras, para acompañarme como lo necesite, o

los demás educadores. Siempre para escuchar, aunque yo a veces lo ponga difícil o no quiera. Te acompañan en un momento muy difícil, que siempre están" (Joven 1, grupo triangular).

Así, el Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo logra una mayor conexión emocional con quienes tienden a evitarla, sino que además activa un proceso de autoconstrucción en el que cada persona joven comienza a desarrollar su propio camino vincular desde una mayor conciencia y con nuevas herramientas relacionales. Esta categoría sugiere, por tanto, según la vivencia subjetiva de los grupos triangulares analizados que el modelo no solo genera una transformación positiva en el vínculo con los otros, sino que también propicia un proceso interno de resignificación del propio estilo de apego, abriendo la posibilidad a relaciones más estables y sostenedoras.

- ## El Servicio de Día Beinke como base segura, representación internalizada.

El Servicio de Día Beinke como base segura y representación internalizada, emerge en las narrativas de ambos grupos triangulares como una categoría transversal que articula múltiples dimensiones de los cambios que propicia el Modelo de Vinculación Emocional Validante. Ambos grupos coinciden en señalar que el espacio generado en Beinke y las relaciones que lo sostienen, va más allá del acompañamiento puntual, configurándose como un referente emocional, estable, predecible y seguro.

En el grupo triangular de personas jóvenes se relata como las figuras profesionales se mantienen presentes incluso en los momentos difíciles, sosteniendo una continuidad vincular que se traduce en una experiencia subjetiva de disponibilidad y contención. Esta vivencia se interioriza y opera como una representación interna que acompaña más allá del aquí y el ahora, permitiéndoles afrontar desafíos con un sentimiento de sostén que permanece incluso en ausencia física.

Desde el grupo triangular de profesionales, este efecto se vincula estrechamente con los principios de la Vinculación Emocional Validante, en tanto que la intervención busca precisamente consolidar vínculos significativos que pueden ser internalizados como base segura desde la cual las personas jóvenes se arriesguen a explorar, reparar y resignificar sus experiencias emocionales previas.

Para el grupo triangular de personas jóvenes: “Es como que cuando llamas o vienes, siempre tienen un hueco para atenderte, para escucharte, si estoy mal, llamo o vengo, aunque no estén mis tutores. Pues es un lugar o un ambiente seguro, tranquilo” (Joven 3, grupo triangular). Para el grupo triangular de profesionales: “…se queda introyectado ese entorno seguro necesario para segurizar el apego, si, es ese espacio seguro, de relación” (Profesional 1, grupo triangular)

La categoría de Beinke como espacio seguro refleja el profundo valor subjetivo que adquiere este servicio en la experiencia de las personas jóvenes consultadas. Para las personas jóvenes del grupo triangular, Beinke no es solo un recurso al que acudir, sino un lugar que ofrece escucha incondicional, calma y acogida constante, un entorno donde siempre hay un hueco para ellas. Esta percepción instala en su vivencia un sentimiento de seguridad que trasciende lo circunstancial, es un espacio emocionalmente disponible que se convierte en un refugio frente a la incertidumbre o el malestar, pero también es un lugar al que se quiere volver cuando hay algo bueno que compartir.

Desde la perspectiva del grupo triangular de profesionales, este espacio seguro no se limita al aquí y al ahora de la intervención presencial, sino que se interioriza. Se introyecta como una base segura simbólica y afectiva que permanece incluso cuando las personas jóvenes no asisten. Este proceso de internalización es clave para la segurizacion del apego, en tanto que permite que el vinculo sostenido en Beinke opere como un anclaje emocional interno, capaz de ofrecer estabilidad en momentos de crisis o de alegría. En otras palabras, Beinke se transforma en un lugar psíquico al que volver, una representación segura que estructura el mundo relacional de las personas jóvenes.

- ## Dificultad de la separación como tensión compartida.

En los relatos recogidos tanto de las personas jóvenes como de las personas profesionales participantes en los grupos triangulares, emerge finalmente otra categoría que pone en evidencia una vivencia emocional común, la dificultad de separación como tensión compartida. Esta categoría refleja el carácter profundamente vincular de la intervención basada en el modelo, en la que las relaciones

construidas alcanzan un nivel de implicación emocional tal que el momento de la despedida, del cierre del proceso o de la desvinculación, se vive con ambivalencia, malestar o incluso dolor.

Desde la perspectiva del grupo triangular de personas jóvenes, la separación implica el riesgo de perder un espacio en el que se han sentido por primera vez escuchados, comprendidos y acompañados de forma incondicional. Lo vivido en Beinke se aleja de las relaciones anteriores marcadas por la discontinuidad o el abandono y, por ello, el cierre activa temores profundos asociados al apego. Por otra parte, el grupo triangular de profesionales también expresan esta tensión, si bien comprenden la necesidad de promover la autonomía, reconocen el desafío emocional que implica despedirse de las personas jóvenes con quienes han construido un vínculo significativo y reparador, a pesar de trabajar en esta desvinculación desde el inicio de la intervención.

Esta categoría, por tanto, no solo da cuenta de una etapa crítica del proceso de intervención, sino que pone en evidencia la profundidad de los vínculos generados. La separación se convierte en una experiencia liminar, en la que confluyen el crecimiento logrado y el miedo a la pérdida, abriendo un espacio de reflexión sobre como sostener el vínculo desde una nueva forma simbólica, menos presencial pero igualmente significativa. Esos temores se expresan en ambos grupos triangulares analizados:

> Yo creo que trabajáis bien, a ver, a mí me parece bien porque nos conocéis mucho pero el período de estancia y salida lo cambiaría. A ver, no digo que sea corto tampoco, pero un poco más largo pues podría ser de más estancia, yo creo que tendría que durar un año más (Joven 2, grupo triangular).

> Si lo pensamos, si tenemos una crisis o un problema cualquiera de nosotros, algo fuerte que nos impacta, tenemos sitios a los que recurrir, tenemos espacios seguros a los que recurrir, una amistad, una pareja, un familiar, pero ¿y estos jóvenes? (Profesional 1, grupo triangular).

La dificultad en la separación como tensión compartida revela el profundo calado emocional que tiene el vínculo construido. En las voces de las personas jóvenes, la petición de alargar más el

tiempo de estancia, un año más, no solo refleja una demanda de continuidad formal, sino el deseo de preservar una experiencia relacional sentida como segura, significativa y única. El final del proceso no se vive como una simple transición técnica, sino como una pérdida afectiva que despierta inseguridades, nostalgias y, al mismo tiempo, la esperanza de que ese vínculo no se rompa del todo.

Desde el lado profesional, la tensión también está presente, entienden la importancia de la desvinculación como parte del proceso de autonomía, pero reconocen que el vínculo perdura más allá del cierre. Las llamadas en momentos de crisis o de alegría, las consultas hechas con cuidado para no molestar, las visitas esporádicas o la asistencia a comidas navideñas muestran como las personas jóvenes siguen considerando Beinke como un lugar de referencia emocional al que pueden volver.

Todo esto subraya que la separación no es un corte radical, sino una transición que debe ser cuidada y reconocida en su dimensión afectiva. La tensión compartida entre el dejar y el permanecer habla del éxito del vínculo creado, la relación ha sido lo suficientemente significativa como para que su cierre despierte emociones complejas. Beinke, así, se configura no solo como un espacio de paso, sino como una experiencia relacional que deja huella, que acompaña incluso cuando ya no se está, y que ofrece a las personas jóvenes una certeza poco común en sus trayectorias vitales, que pueden irse, y volver.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

Esta tesis doctoral ha tenido como propósito central analizar la capacidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante para impactar en los estilos de apego de personas jóvenes con trayectorias marcadas por la alta complejidad y extrema dificultad de intervención, en situaciones graves de exclusión social o en riesgo de estarlo, y atendidas en el Servicio de Día Beinke. Este servicio constituye un recurso de alta intensidad y baja exigencia, especializado en la atención psicosocioeducativa de personas jóvenes con importantes dificultades de salud mental, vinculación, regulación emocional y ajuste conductual.

La investigación se propuso también, identificar que elementos específicos del estilo de apego muestran una mayor susceptibilidad al cambio tras la intervención; analizar los cambios en los indicadores de funcionamiento interno; valorar el impacto del modelo en la reducción de la problemática conductual y en la evolución de la demanda; y por último, comprender las vivencias subjetivas de las personas jóvenes y profesionales respecto a los efectos del modelo, los cambios percibidos en el estilo de apego, la regulación emocional, la capacidad de mentalización y la remisión de la sintomatología aguda a lo largo del proceso de intervención.

Lejos de un análisis estático de los resultados, esta tesis ha adoptado una perspectiva dinámica y procesual, centrada en la comprensión profunda de los itinerarios de cambio subjetivo experimentado por las personas jóvenes objeto de estudio. Para ello, se introdujo en la hipótesis una diferenciación conceptual entre cambio, mejora y modulación, con el fin de captar con mayor precisión la naturaleza no lineal y progresiva de los procesos transformadores. Se habla de cambio cuando se constata una transformación estructural y sostenida, como el paso de un estilo de apego inseguro a uno seguro o una reformulación de la demanda hacia formas subjetivadas. El término mejora remite a avances significativos en áreas concretas, aunque no impliquen una transformación global. Por último, modulación alude a aquellas variaciones que, sin representar un cambio consolidado, manifiestan una disposición o movimiento incipiente hacia este, como se observa en personas que pasan de una postura resistente a un estadio contemplativo o de preparación, según el modelo transteórico del cambio de Prochaska y Di Clemente (1999). Esta distinción ha sido particularmente útil para visibilizar los pequeños movimientos internos y dotarlos de valor clínico y psicosocioeducativo en un contexto donde el cambio suele ser lento y discontinuo.

Las personas jóvenes objeto de estudio presentan historias de vida atravesadas por adversidades severas, muchas de ellas vinculadas a experiencias tempranas de negligencia, trauma o desvinculación emocional. Estas trayectorias han derivado en exclusión social durante la adolescencia tardía o adultez emergente, así como en patrones relacionales disfuncionales y expulsiones reiteradas de diversos contextos de protección. Uno de los principales interrogantes que aborda esta tesis es si

es posible transformar los estilos de apego inseguros en personas cuya desconfianza hacia el mundo adulto y hacia sí mismas ha sido durante años su principal estrategia de defensa.

La literatura científica ha explorado el apego sobre todo en la infancia y la adultez, pero no hay tantas evidencias empíricas sobre su transformación en la adultez emergente, y menos aún a través de intervenciones psicosocioeducativas. De acuerdo con Alexander & French (1946), padres del concepto de *experiencia emocional correctiva,* para que se produzca un cambio terapéutico real no basta con la toma de conciencia cognitiva, es imprescindible que la persona viva una experiencia emocional correctora, es decir, una vivencia relacional que contradiga sus patrones disfuncionales previos y les ofrezca un modelo nuevo, seguro y disponible. Esta tesis ha tratado de mostrar que dicha experiencia puede generarse también en contextos psicosocioeducativos intensivos y sostenidos como Beinke.

Demostrar que el apego puede transformarse en contextos de alta complejidad, mediante una intervención no clínica como el Modelo de Vinculación Emocional Validante, supone un aporte significativo al campo del Trabajo Social, la Psicología y la Educación Social. Asimismo, contribuye al reconocimiento científico del modelo, cuya implementación práctica contaba con una sólida evidencia experiencial, pero escasa validación empírica sistemática.

Desde una perspectiva aplicada, esta tesis ofrece también una mirada a la vida emocional y relacional de las personas jóvenes implicadas, poniendo en valor sus relatos, legitimando sus vivencias y proponiendo caminos de intervención más ajustados a sus complejas realidades. En un momento en que los dispositivos del tercer sector se encuentran saturados, demostrar que el vínculo puede operar como una herramienta social, educativa y terapéutica es un aporte de gran relevancia para las redes públicas, comunitarias y profesionales.

El diseño metodológico ha sido mixto. Se ha aplicado una batería de instrumentos psicométricos en dos momentos (pretest y postest) para evaluar cambios en variables relacionadas con el apego, la personalidad, las preocupaciones expresadas, los síndromes clínicos, la regulación emocional, la mentalización, la sintomatología aguda y la demanda. A ello se ha sumado un análisis

cualitativo mediante grupos triangulares de discusión, uno con personas jóvenes y otro con profesionales de Beinke, las primeras fueron seleccionadas de la población objeto de estudio.

Esta complementariedad metodológica ha permitido integrar la medición objetiva de los cambios con la comprensión de los significados atribuidos por las personas participantes. De este modo, se ha logrado una lectura más amplia y rica del fenómeno, articulando datos cuantitativos con narrativas personales que dotan de humanidad, contexto y sentido a los hallazgos.

Este último apartado recoge los principales hallazgos y reflexiones finales que emergen de este proceso de investigación llevado a cabo en la tesis, cerrando el proceso académico, pero planteando, al mismo tiempo, nuevas preguntas y desafíos para el futuro de la intervención psicosocioeducativa con personas jóvenes con alta complejidad y extrema dificultad de intervención.

1. Síntesis de los hallazgos más relevantes.

A continuación, se presenta una síntesis de los principales hallazgos obtenidos a lo largo de la tesis. Estos resultados permiten comprender el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante tanto en las trayectorias vinculares como en el bienestar psicosocial de las personas jóvenes atendidas objeto de investigación.

En el marco del análisis cuantitativo uno de los hallazgos más significativos se refiere precisamente a la evolución en el estilo de apego. Se observa una tendencia al aumento del estilo de apego seguro y una reducción de los estilos de apego inseguros, especialmente del estilo evitativo, que deja de ser el perfil predominante al inicio de la intervención para reducirse tras seis meses de aplicación del modelo. Aunque el incremento del apego seguro es moderado, representa una tendencia positiva sostenida, mientras que la disminución de los estilos inseguros evidencia una reorganización vincular, que transforma los modos de estar en relación.

En el análisis de los elementos endógenos que componen los distintos estilos de apego, cobra especial relevancia la mejora en el elemento que evalúa la seguridad, disponibilidad y apoyo en las

figuras de referencia. La mejora en estos aspectos no solo refleja la posibilidad de generar experiencias emocionales correctivas, sino que también evidencia la capacidad de modificar los patrones vinculares previamente establecidos, convirtiendo a este elemento en un motor fundamental del cambio debido a su impacto directo en la reorganización de los modelos internos de funcionamiento relacional y en la reducción de conductas desadaptativas asociadas a estilos de apego inseguros. Esto abre la puerta al diseño de intervenciones focalizadas en la creación de vínculos y contextos relacionales seguros como estrategia central para favorecer el desarrollo psicosocial y el bienestar emocional de las personas jóvenes atendidas.

Los resultados también muestran mejoras significativas en diversos elementos del funcionamiento psicosocial de estas personas jóvenes, con especial impacto en la disminución de la tendencia suicida, este hallazgo remite a un cambio sustancial en la forma en que las personas jóvenes se perciben a sí mismas, a los demás y a sus vínculos, consolidando el modelo como una herramienta de intervención integral.

En cuanto a los elementos exógenos, los hallazgos más destacados se relacionan con la transformación de la demanda y la evolución en la sintomatología aguda. Al inicio de la intervención predominaban las demandas de carácter asistencial y solo un número escaso de las personas jóvenes objeto de estudio formulaban una demanda subjetivada. Sin embargo, tras seis meses de intervención, una gran parte de estas personas jóvenes reformulan su demanda ahora ya en términos subjetivos, lo que refleja un avance en los procesos de simbolización, toma de conciencia y apropiación del malestar. Esta transformación ha sido estadísticamente significativa y se relaciona con la evolución de los estilos de apego, especialmente con el tránsito hacia patrones más seguros, en línea con los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

Asimismo, se ha observado una correlación significativa ente el estilo de apego y el tipo de demanda formulada. Si bien al inicio no existía asociación entre ambas variables, tras la intervención se constata una relación estadísticamente significativa. Las personas con estilos de apego más seguros muestran una mayor capacidad para formular demandas subjetivadas, lo que confirma que el vínculo

establecido en la intervención actúa como facilitador de procesos reflexivos y relacionales más complejos.

Otro hallazgo clave es la reducción de la sintomatología aguda. Al inicio, un número importante de personas jóvenes manifestaban conductas violentas, autolesiones, consumo de sustancias e ideación o tentativa suicida. Tras la intervención, la mitad de estas personas experimentaron una remisión sustancial y casi la otra mitad parcial, lo que supone una importante mejora clínica. Esta mejora se asocia significativamente con el fortalecimiento del apego seguro, lo que refuerza el papel del vínculo como factor protector frente al sufrimiento psíquico grave.

Los análisis cualitativos permitieron desentrañar los mecanismos subjetivos de estos cambios. Para el grupo triangular de las personas jóvenes la experiencia de sentirse vistas, reconocidas y sostenidas por figuras profesionales emocionalmente disponibles emerge como eje central. La contención, la validación, la sintonía relacional y el desarrollo de la confianza favorecen la regulación emocional y la capacidad de mentalización, activando procesos de reorganización interna y vincular.

Desde el testimonio profesional, el modelo es descrito como una estructura flexible que seguriza tanto a las personas jóvenes como a los mismos profesionales, generando estabilidad incluso en el entorno institucional. A su vez, requiere un alto grado de autoobservación y compromiso ético, pues la presencia emocional del profesional constituye el principal vehículo de intervención. La relación que se establece no se basa en la exigencia del rendimiento, sino en la disponibilidad genuina, generando un espacio vincular transformador que perdura más allá del dispositivo formal.

Los resultados de esta tesis evidencian que la intervención sostenida desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante promueve transformaciones profundas en dimensiones endógenas del desarrollo psicosocial. Se constata una mejora en la percepción de seguridad afectiva, una reorganización de los estilos de apego, especialmente del evitativo, y un fortalecimiento de la disponibilidad y el apoyo como pilares del vínculo. Las vivencias subjetivas recogidas en los grupos triangulares de personas jóvenes refuerzan esta mejora ya que el sentimiento de ser vistas, reconocidas y sostenidas constituye la condición de posibilidad para el establecimiento de una base

segura desde la cual iniciar procesos de transformación emocional, vincular y vital. Este hallazgo confirma que el vínculo, lejos de ser un mero contexto, es el agente central de la intervención, premisa sobre la que se basa el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

2. Lectura crítica de los resultados en función de los objetivos de investigación planteados.

Una vez expuestos los hallazgos más relevantes, este apartado se orienta a realizar una lectura crítica y articulada de los resultados en función de los objetivos específicos que guiaron el desarrollo de esta tesis. Más allá de constatar efectos positivos o significativos, se busca problematizar, reinterpretar y profundizar en el sentido que adquieren dichos hallazgos cuando se confrontan con el marco teórico, la práctica profesional y las voces de las personas protagonistas.

Este análisis no responde a una lógica lineal de verificación, sino a una lógica interpretativa que reconoce la complejidad del fenómeno estudiado. Se parte de la premisa de que los datos no pueden hablar por sí solos, sino que cobran significado en la medida en que se sitúan en un entramado de relaciones, vivencias y procesos subjetivos. En este sentido, se ha optado por organizar la lectura crítica de los resultados en torno a los cinco objetivos específicos, desplegando para cada uno de ellos un recorrido que combina los hallazgos cuantitativos obtenidos mediante los instrumentos aplicados, las aportaciones cualitativas extraídas de los grupos triangulares, el dialogo con la teoría y con el conocimiento situado del trabajo profesional, los límites metodológicos y las implicaciones prácticas que se derivan para la intervención con personas jóvenes en situación de alta vulnerabilidad.

Este enfoque permite profundizar en los matices del cambio observado, identificar con mayor claridad los procesos de transformación subjetiva en juego, y visibilizar tanto las posibilidades como las tensiones que emergen al aplicar un modelo de intervención como el de Vinculación Emocional Validante. Cada objetivo se presenta, por tanto, no como una meta cerrada, sino como un territorio de análisis desde donde seguir pensando, interviniendo y transformando.

2.1. Transformaciones en el estilo de apego: análisis con Camir- R.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Identificar las dimensiones del estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio que presentan mayor susceptibilidad de transformación tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

El análisis crítico de este objetivo permite profundizar en el modo en que el Modelo de Vinculación Emocional Validante influye en uno de los núcleos más resistentes y estructurales del funcionamiento psicosocial, el estilo de apego. A través de una lectura combinada de los resultados cuantitativos, cualitativos y teóricos, se evidencia como determinadas dimensiones del apego muestran una sensibilidad significativa a la intervención cuando esta se sostiene desde la coherencia relacional, la disponibilidad emocional y la validación constante.

- ### Hallazgos cuantitativos: efectos de la intervención sobre el estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio.

La población objeto de estudio, compuesta por 67 personas jóvenes atendidas en el Servicio de Día Beinke, presenta un perfil de altísima complejidad: el 89,6% ha vivido adversidades significativas en la infancia, el 89,6% tiene al menos un diagnóstico de salud mental, el 61,2% ha mostrado conductas violentas, el 28,4% autolesiones y el 65,7% consumo de sustancias. Además, el 43,3% presenta discapacidad reconocida (principalmente psíquica), el 47,8% carece de red sociofamiliar activa y el 80,6% no cuenta con una red social identificable. A nivel educativo, predominan niveles muy básicos: el 37,3% solo ha completado primaria y solo un 22,4% ha finalizado la ESO. Estos datos evidencian la extrema vulnerabilidad y la dificultad de intervención en este colectivo, caracterizado por trayectorias vitales marcadas por el sufrimiento, la exclusión y la acumulación de factores de riesgo.

Al inicio de la intervención, el 79,1% de las personas jóvenes objeto de estudio presentaba un estilo de apego inseguro (56,7% evitativo y 22,4% ansioso), y apenas un 10,4% mostraba apego seguro. Tras seis meses de intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante, se observa un

cambio estadísticamente significativo en la distribución de los estilos de apego (chi-cuadrado=15,092; p=0,005; V de Cramer=0,622), con un incremento del apego seguro al 13,4% y una reducción del apego evitativo al 31,3% y del ansioso al 13,4%. Aunque un 41,8% no respondió al segundo cuestionario, los datos disponibles muestran una tendencia positiva en la transformación de los patrones vinculares, especialmente relevante considerando la profundidad y rigidez de los modelos internos de apego en este perfil. El análisis estadístico confirma la significación de estos cambios (t=2,245; p=0,031) y un tamaño del efecto d de Cohen de 0,38, considerado pequeño-moderado pero relevante en el ámbito de las ciencias sociales, donde incluso cambios modestos pueden tener gran impacto práctico en colectivos de alta vulnerabilidad.

Por tanto, los resultados psicométricos del Camir-R reflejan una evolución relevante en los estilos de apego durante la intervención. Aunque el incremento del estilo de apego seguro es moderado, señala una tendencia positiva sostenida. Especialmente destacable es la disminución de los estilos inseguros, con mayor énfasis en el estilo evitativo, que deja de ser el perfil predominante a lo largo de la intervención.

En lo que respecta al análisis desagregado de las siete dimensiones del cuestionario Camir-R, los resultados revelan que dos dimensiones muestran avances claros tras la intervención. El primero de ellos es la dimensión de s*eguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego*. El 34,3% de las personas jóvenes objeto de estudio mejora su puntuación en esta dimensión, lo que indica una mayor percepción de seguridad y apoyo en los vínculos afectivos. Este dato es especialmente relevante, ya que la seguridad en el apego es el núcleo estructural que puede actuar como catalizador de las transformaciones en otras áreas relacionales y emocionales.

La segunda dimensión es la de *autosuficiencia y rencor hacia los padres*. El 31,3% de los participantes reduce su puntuación, reflejando una menor autosuficiencia defensiva y rencor hacia las figuras parentales. Esta flexibilización sugiere una mayor apertura a la dependencia saludable y una reconciliación emocional incipiente con los referentes afectivos, lo que resulta

fundamental en la reparación de vínculos y en la reducción de estrategias defensivas típicas del apego evitativo.

Las otras cinco dimensiones (*preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de la autoridad, permisividad parental y traumatismo infantil*) no muestran mejoras significativas en este periodo, lo que puede atribuirse a la mayor rigidez de estas representaciones, a la persistencia de condiciones familiares adversas o a la necesidad de intervenciones más prolongadas y focalizadas para modificar vivencias traumáticas o estructuras familiares disfuncionales.

Por otro lado, las dimensiones de *seguridad, preocupación familiar, percepción de autoridad y traumatismo infantil* presentan una alta fiabilidad interna (Alfa de Cronbach > 0,7), lo que respalda la coherencia de los resultados obtenidos. No obstante, la dimensión de autosuficiencia y rencor hacia los padres muestra una fiabilidad baja, por lo que los resultados en este aspecto deben interpretarse con cautela y triangularse con otros enfoques metodológicos.

El análisis factorial revela que la dimensión de seguridad se compone de dos factores diferenciados (seguridad retrospectiva y seguridad actual), lo que permite identificar que las mejoras pueden producirse más rápidamente en la percepción de apoyo presente que en la reconstrucción de memorias tempranas, un hallazgo de gran valor para ajustar futuras intervenciones.

Estos resultados respaldan que la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante muestra capacidad para promover trasformaciones estadísticamente significativas y clínicamente relevantes en el estilo de apego de las personas jóvenes objeto de estudio, especialmente en las dimensiones de seguridad y reducción de defensas evitativas. Los avances, aunque modestos en magnitud, son especialmente relevantes dada la gravedad de las trayectorias vitales, la acumulación de adversidades y la debilidad de las redes de apoyo en este colectivo. La mejora en la percepción de seguridad y la flexibilización de la autosuficiencia defensiva pueden actuar como factores protectores y catalizadores de futuras transformaciones en otras áreas psicológicas y relacionales.

En definitiva, los datos avalan la hipótesis de que una intervención psicosocioeducativa-terapéutica específica, como el Modelo de Vinculación Emocional Validante, tiene capacidad para mejorar y modular el estilo de apego en jóvenes con perfiles de alta complejidad y en situación de exclusión social grave, y no tanto de cambiarlo al menos en ese periodo de tiempo. La dimensión de seguridad es la más susceptible de transformación en los primeros seis meses de intervención, lo que supone un avance significativo en la reparación vincular y la construcción de nuevas experiencias emocionales correctoras. Estos resultados, aunque parciales y sujetos a las limitaciones propias del contexto y la metodología, constituyen una evidencia empírica relevante sobre el potencial transformador de las intervenciones relacionales en contextos de alta vulnerabilidad.

- ## Interpretación desde el enfoque cualitativo.

Los relatos recogidos en los grupos triangulares enriquecen la comprensión de estas transformaciones. Las personas jóvenes verbalizan que Beinke ha representado para ellas una base segura, una figura vincular estable desde la que poder mirar el mundo y a sí mismas de forma diferente. La experiencia compartida con las personas profesionales, marcada por la presencia continuada, la contención sin invasión y la validación emocional, emerge como la principal palanca de trasformación.

Especial relevancia adquieren los testimonios de las personas jóvenes quienes, tras expresar que inicialmente mostraban desconfianza o indiferencia, reconocen que el acompañamiento constante del equipo profesional fue transformando su vivencia del otro. Lo que en un primer momento era autoprotección emocional se fue convirtiendo en apertura al vínculo y reconocimiento del propio deseo de ser acompañada.

Este proceso no solo reorganiza el vínculo externo, sino también la autoimagen y la representación de las figuras adultas. Desde una autopercepción de no sentirse como personas merecedoras de cuidado a la posibilidad de ser vistas y reconocidas. Desde la figura del adulto como invasiva a la figura disponible y no amenazante.

- ## Análisis desde el marco teórico.

Estos hallazgos se sustentan en los fundamentos teóricos expuestos en el marco teórico de esta tesis, que postulan que el apego, lejos de constituir un constructo estático, lejos de ser un rasgo inmutable es susceptible de modificaciones significativas cuando se activan experiencias emocionales correctoras. Esta plasticidad del apego adquiere relevancia clínica al demostrar que la activación sistemática de dinámicas relacionales seguras y validadoras puede reestructurar los modelos internos de vinculación. El modelo de Vinculación Emocional Validante ofrece precisamente ese tipo de experiencia, una vivencia vincular sostenida, coherente, predecible y emocionalmente disponible, que entra en contradicción con los modelos internos negativos construidos a partir de vivencias tempranas de negligencia, abandono o ruptura.

La mejora en la dimensión de seguridad no es solo una puntuación en una prueba, representa la incorporación psíquica de una nueva figura vincular interna, capaz de ofrecer estabilidad y reparación.

Resulta especialmente revelador que el estilo de apego inseguro evitativo, históricamente considerado más resistente al cambio, sea el que mayor grado de transformación muestra. Esto refuerza la tesis de que cuando la intervención se sustenta en un vínculo no intrusivo, genuino y éticamente comprometido, incluso las defensas más rígidas pueden flexibilizarse.

- ## Límites y consideraciones metodológicas.

A pesar de la solidez de estos hallazgos, es importante realizar una lectura crítica de los límites que presenta la investigación. En primer lugar, ciertas dimensiones del estilo de apego, como la preocupación familiar, el traumatismo infantil o la interferencia parental, se mantienen estables, probablemente por su anclaje en experiencias tempranas muy cristalizadas que requieren un trabajo clínico más específico o de mayor duración.

En segundo lugar, el elevado porcentaje de personas jóvenes objeto de estudio (41,8%) que no respondieron a la segunda aplicación del Camir-R, plantea interrogantes tanto metodológicos como clínicos. Esta ausencia de respuesta puede interpretarse como una manifestación de resistencia al cambio, frecuente en población adolescente y juvenil vulnerable, donde la confrontación con nuevas perspectivas emocionales puede generar mecanismos de defensa como la evitación o la autocensura.

Por otra parte, la baja consistencia interna observada en algunas subescalas del Camir-R refuerza la pertinencia de emplear la triangulación metodológica, integrando otros análisis cuantitativos como el test MACI, el análisis de la demanda y la evolución de la sintomatología aguda, así como análisis cualitativo mediante grupos triangulares, para lograr una comprensión más profunda y contextualizada. La combinación de diferentes enfoques ha compensado las limitaciones de cada uno y aporta una visión más rica y matizada de los procesos de trasformación en los estilos de apego.

- ## Aportaciones a la práctica profesional.

En relación a la práctica profesional, quizás la aportación más relevante sea el hecho de ver como el vínculo no solo acompaña la trasformación, sino que la genera. Y lo hace desde una lógica radicalmente distinta a la de otros modelos basados en el control, el rendimiento o la exigencia. La transformación vincular que se observa, especialmente en las personas con un estilo de apego inseguro evitativo, no es fruto de una intervención directiva, sino de una relación construida desde la disponibilidad emocional, el respeto al ritmo de la otra persona y la validación constante de su experiencia.

Desde la perspectiva del Trabajo Social y la intervención educativa con personas jóvenes que cursan con un alto nivel de sufrimiento, este hallazgo interpela de forma directa a las prácticas que demandan transformación sin haber generado previamente una base segura. El estilo de apego puede cambiar, mejorar o modularse cuando el entorno relacional deja de ser una amenaza y se convierte en un espacio de sostén. En este sentido, el Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo

muestra eficacia técnica, sino también un posicionamiento ético que pone el cuidado, la presencia y la reciprocidad en el centro de la transformación.

2.2. Cambios en el funcionamiento interno: análisis con el MACI.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Analizar los cambios en los indicadores de funcionamiento interno de las personas jóvenes objeto de estudio tras la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Este segundo objetivo aborda una de las dimensiones más sensibles del proceso de transformación, el modo en que las personas jóvenes reorganizan su mundo interno a lo largo de la intervención. A través de la herramienta MACI que permite medir variables psicoafectivas y clínicas, así como de una lectura cualitativa de las narrativas, se explora hasta qué punto el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha impactado en el sufrimiento subjetivo, la regulación emocional y la capacidad para representarse a sí mismas y a los demás de estas personas jóvenes, de forma más integrada y consciente.

- ### Hallazgos cuantitativos: mejoras en los indicadores psicoafectivos de las personas jóvenes objeto de estudio.

La escala con el porcentaje de mejora más elevado es la tendencia al suicidio, con un 41% de reducción tras la intervención, lo que representa el hallazgo con mayor relevancia clínica y social, ya que remite a una reorganización subjetiva en la que la presencia del otro ha operado como límite vital, anclaje emocional y catalizador del proceso de reparación. El análisis estadístico confirma además que esta mejora es significativa (t de Student = 2,15; p = 0,038; d de Cohen = 0,31), y aunque sea de pequeña a moderada es clínicamente relevante. El resto de mejoras observadas, aunque puedan considerarse de interés para la intervención y con implicaciones prácticas para el abordaje terapéutico, no alcanzan significación estadística según los resultados obtenidos.

Por otro lado, en lo que respecta a los estilos de apego, los apegos inseguros, especialmente el evitativo, muestran una alta reactividad al cambio: pueden empeorar, pero también mejorar

notablemente. Y en todo caso el apego seguro actúa como factor protector y facilitador de cambios estables y consistentes.

De este modo, la intervención psicosocioeducativa y terapéutica basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante muestra capacidad para generar mejoras en áreas nucleares del funcionamiento interno, especialmente en la reducción de la ideación suicida (41% de mejora, $p = 0,038$) y el estilo de apego funciona como modulador de esas mejoras: el evitativo, aunque resistente, es también el más reactivo y capaz de mejorar bajo condiciones adecuadas; el ansioso es vulnerable pero permeable a la validación emocional; y el seguro facilita cambios estables y adaptativos. Estos resultados refuerzan que el trabajo relacional y validante es una vía eficaz para mejorar y modular el malestar psicológico en las personas jóvenes objeto de estudio.

- ## Interpretación desde el enfoque cualitativo.

Los resultados cualitativos evidencian también que las transformaciones trascienden la simple reducción de síntomas. Los relatos recogidos muestran que el tránsito va más allá del abandono de conductas autolesivas: implica la adquisición de nuevas formas de afrontamiento, como la capacidad de solicitar ayuda de manera activa y consciente. Este paso del silencio a la palabra no solo representa la verbalización del malestar, sino la apertura a una comunicación significativa que permite resignificar la experiencia emocional.

El aislamiento, que antes funcionaba como estrategia defensiva, da paso a la regulación emocional compartida. Las personas jóvenes del grupo triangular describen cómo la presencia del otro se convierte en un recurso fundamental para sostenerse en momentos de crisis. El vínculo, lejos de ser un mero contexto de intervención, se transforma en una herramienta activa de sostenimiento emocional, facilitando la contención y el acompañamiento en los momentos de mayor vulnerabilidad.

Este proceso de transformación no se desarrolla de manera lineal ni exento de retrocesos. Los testimonios dan cuenta de una evolución discontinua, marcada por avances y recaídas, en la que el malestar comienza a ser narrado, simbolizado y compartido. El dolor, que antes se expresaba a través

del acto impulsivo o el síntoma, adquiere un nuevo significado al ser puesto en palabras y pensado en relación con el otro. Esta capacidad de representarse el sufrimiento, de pensarlo y compartirlo, constituye un indicador cualitativo de evolución en el funcionamiento interno.

Desde esta perspectiva, la mejora observada no solo se traduce en una disminución de la sintomatología, sino en el desarrollo de competencias relacionales y simbólicas que les permiten afrontar el malestar de manera más adaptativa. El hecho de que el dolor pueda ser narrado y sostenido en el vínculo con el otro, sugiere una reorganización de los esquemas internos y una mayor integración emocional, lo que refuerza la importancia de intervenciones que prioricen la validación y el acompañamiento relacional en contextos de alta vulnerabilidad y complejidad.

- ## Análisis desde el marco teórico.

Desde el marco teórico, estos resultados pueden leerse como una expresión del desarrollo del funcionamiento reflexivo o de la capacidad de mentalización (Fonagy, 2002). El modelo de Vinculación Emocional Validante no se limita a contener desde fuera, sino que forma internamente, construyendo un aparato psíquico capaz de tolerar la ambivalencia, pensar la emoción y sostener el vínculo sin que este sea vivido como amenaza.

La disminución de la tendencia suicida, por ejemplo, no implica solo un descenso en el impulso autodestructivo, sino una señal de que la persona ha empezado a construir sentido sobre su experiencia y a incorporar la figura del otro como factor protector.

Este proceso de reorganización no solo afecta a los estados emocionales, sino a la forma de estar en el mundo, a la narrativa interna con la que la persona se define y a su modo de vincularse con el sufrimiento. En este sentido, puede afirmarse que el modelo ha conseguido acceder al núcleo del malestar, operando sobre las representaciones y no únicamente sobre la conducta observada.

• Límites y consideraciones metodológicas.

A pesar de la relevancia los hallazgos observados, los datos muestran una resistencia al cambio en rasgos más estructurales de personalidad, como la rudeza, el egocentrismo, la difusión de la identidad o la insensibilidad social. Incluso se detecta un ligero empeoramiento en algunos de estos indicadores, que puede interpretarse como la emergencia de defensas más consolidadas una vez que la angustia aguda ha sido contenida.

Este fenómeno no implica necesariamente un retroceso, sino que puede considerarse una fase intermedia del cambio, al descender la urgencia del malestar pueden materializarse aspectos que antes podían permanecer ocultos o enmascarados. Asimismo, el mantenimiento de niveles elevados en conductas como el consumo o la impulsividad indica que algunas dimensiones requieren un abordaje más prolongado y sostenido en el tiempo.

Estas limitaciones subrayan que el modelo tiene una alta eficacia en la reorganización emocional y en la contención del sufrimiento inmediato, pero que su efecto sobre configuraciones de personalidad más rígidas es bastante menor, lo que puede ser debido a varias razones como el tiempo de intervención, al encuadre institucional o la red de apoyo externa, o a la combinación de varias o de todas estas circunstancias.

• Aportaciones a la práctica profesional.

Las aportaciones a la práctica profesional de estos hallazgos evidencian que contener el sufrimiento no significa eliminarlo, sino dotarlo de sentido y convertirlo en materia pensable. El paso de la actuación impulsiva a la mentalización compartida no es automático ni garantizado, pero se vuelve posible cuando existe una relación que sostiene, una figura que no huye, y una estructura que no se limita a castigar. En este sentido, los resultados dan cuenta de una transformación subjetiva que convierte al sufrimiento en experiencia elaborable y al vínculo, en herramienta de organización emocional.

Este hallazgo tiene una doble implicación. Por un lado, refuerza la necesidad de sostener intervenciones en el tiempo y en intensidad. Por otro, confirma que no hay reorganización psíquica sin presencia vincular, y que la contención además de técnica es también relacional.

2.3. Análisis de la trasformación de la demanda.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Analizar la evolución de la demanda formulada por las personas jóvenes objeto de estudio a lo largo del proceso de intervención, como expresión de cambio psíquico y relacional.

En el proceso de investigación, la transformación de la demanda mostró ser un indicador transversal, sensible y altamente significativo, no solo en términos estadísticos, sino también en su potencial interpretativo para comprender el impacto de la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante.

Lejos de constituir un hallazgo marginal, la evolución de la demanda se reveló como un eje estructurante del cambio psíquico, vincular y relacional que las personas jóvenes objeto de estudio experimentaron. Y lejos de entenderse como una condición previa para iniciar el proceso, la demanda se configuró como una construcción progresiva en el marco del vínculo. Por tanto, su análisis permite acceder no solo al contenido de lo que se pide, sino también al proceso por el cual se legitima la palabra y se autoriza el pedir.

- ### Hallazgos cuantitativos: de la petición de ayuda asistencial a la demanda subjetivada.

El análisis de la evolución de la demanda formulada por las personas jóvenes objeto de estudio revela una transformación profunda en su posicionamiento subjetivo y relacional a lo largo del proceso de intervención. Al inicio, la mayoría (59,7%) expresa una demanda de tipo asistencial, centrada en necesidades utilitarias y urgentes como vivienda o ayudas económicas. Este dato refleja que el punto de partida está marcado por la instrumentalización del recurso y una escasa elaboración subjetiva del malestar. Solo un 4,5% formula una demanda subjetivada desde el comienzo, es decir,

orientada al cambio interno o la mejora relacional, mientras que un 28,4% plantea demandas mixtas que combinan necesidades materiales y conciencia de dificultades emocionales. Un 7,5% no expresa ninguna demanda, lo que puede interpretarse como rechazo, desconfianza o desconexión respecto al recurso.

Tras seis meses de intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante, se observa un cambio estructural en la naturaleza de la demanda. El porcentaje de demandas subjetivadas asciende de manera exponencial hasta el 73,1%. Este incremento indica que la mayoría han sido capaces de poner palabras a su malestar interno, apropiarse de su proceso y expresar necesidades vinculadas a la regulación emocional, la introspección y la transformación personal. Paralelamente, la demanda asistencial desciende drásticamente al 1,5%, y la demanda mixta se reduce al 6%, lo que sugiere un movimiento hacia la integración y elaboración emocional. El 19,4% que no reformula su demanda o se desvincula del proceso plantea un reto importante, ya que puede estar relacionado con abandonos, resistencias o dificultades para establecer un vínculo de confianza suficiente.

El análisis estadístico confirma que este cambio no es aleatorio. El valor de chi cuadrado de 0,001 y la V de Cramer de 0,383 indican una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada-fuerte entre la demanda inicial y su reformulación. Este hallazgo valida empíricamente la capacidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante para facilitar la simbolización y la elaboración subjetiva, promoviendo el tránsito desde una demanda instrumental hacia formas más complejas y reflexivas de solicitar ayuda. La reformulación de la demanda se convierte así en un indicador objetivo de cambio psíquico y relacional.

En cuanto a la asociación entre la demanda y los estilos de apego, los datos muestran que al inicio no existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables (chi cuadrado = 0,714; V de Cramer = 0,167), lo que sugiere que, en contextos de alta exclusión y desprotección, el estilo de apego de base no discrimina la capacidad inicial para formular una demanda subjetivada. Sin embargo, tras seis meses de intervención, emerge una asociación estadísticamente significativa (chi cuadrado = 0,004; V de Cramer = 0,378), lo que indica que el proceso relacional y psicosocioeducativo

vivido favorece que los estilos de apego más inseguros evolucionen hacia posiciones más elaboradas y conscientes en la formulación de la demanda.

El análisis complementario con los estadios del cambio de Prochaska y DiClemente aporta una lectura dinámica del proceso. Inicialmente, el 65,7% de los jóvenes se encuentra en pre-contemplación, sin conciencia de la necesidad de cambio, y un 28,4% en contemplación, comenzando a reconocer dificultades. Tras seis meses, solo el 3% permanece en pre-contemplación, mientras que el 29,9% está en contemplación, el 28,4% en preparación y el 19,4% en acción, evidenciando un avance significativo en la disposición al cambio y la implicación subjetiva. El análisis estadístico entre la demanda y los estadios del cambio tanto al inicio como a los seis meses arroja valores de chi cuadrado de 0,000 y V de Cramer superiores a 0,8, lo que indica una asociación muy fuerte y refuerza la solidez de los resultados.

En síntesis, la intervención basada en el Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo promueve la contención y la regulación emocional, sino que actúa como motor de transformación psíquica y relacional. El notable aumento de la demanda subjetivada, la evolución en los estadios del cambio y la asociación emergente con estilos de apego más seguros constituyen evidencias robustas del impacto del modelo. Estos resultados subrayan la capacidad del modelo para movilizar procesos internos de simbolización, apropiación y agencia.

- ## Conclusiones desde el marco teórico.

La evolución de la demanda observada en las personas jóvenes objeto de estudio a lo largo de la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante se alinea de manera precisa con los principales postulados de la teoría del apego, la mentalización y la vinculación emocional. Según la teoría del apego de Bowlby (1973), los modelos internos de trabajo que se desarrollan a partir de las experiencias tempranas con figuras de cuidado determinan la capacidad de los individuos para confiar en otros, simbolizar el malestar y pedir ayuda de manera reflexiva. El hecho de que las personas jóvenes pasen de demandas predominantemente asistenciales a demandas subjetivadas tras la

intervención refleja la progresiva internalización de un vínculo seguro, lo que permite abandonar estrategias defensivas y abrirse a la exploración emocional y relacional (Bretherton & Mullholland, 1999; Gillath et al., 2024).

Desde la perspectiva de la mentalización, definida por Fonagy y Target (1997), este cambio en la demanda indica el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás, así como de simbolizar el sufrimiento en lugar de actuarlo. La mentalización no surge espontáneamente, sino que se construye en el contexto de relaciones de apego seguras y validantes, donde el otro es percibido como disponible y capaz de contener emocionalmente (Fonagy & Target, 1997; Fonagy, 2001). Así, la transición de la demanda instrumental a la demanda subjetivada es una manifestación directa del fortalecimiento de la función reflexiva y de la capacidad de narrar el propio malestar en relación con el otro.

Por último, el marco de la vinculación emocional validante, tal como lo desarrolla Estalayo (2017), sostiene que la creación de un espacio relacional seguro y empático es fundamental para que emerjan procesos de simbolización, apropiación y agencia en jóvenes con trayectorias de exclusión social. El vínculo validante no solo contiene el sufrimiento, sino que actúa como motor de reorganización psíquica y relacional, facilitando que las personas jóvenes pasen de la demanda instrumental a la formulación consciente de sus necesidades internas. En conjunto, estos resultados empíricos confirman que la intervención no solo modifica el contenido de la demanda, sino que transforma la estructura misma del posicionamiento subjetivo y relacional, en línea con los fundamentos teóricos del apego, la mentalización y la vinculación validante.

- ## Límites y consideraciones metodológicas.

A pesar de esta evolución generalizada, existen casos en los que la demanda permanece ambigua o instrumentalizada durante todo el proceso. Esto puede responder a la gravedad de las experiencias previas, al temor a exponerse emocionalmente o a estrategias defensivas consolidadas. En estos casos, forzar la formulación puede generar regresiones o cierres anticipados. Por ello, es

necesario distinguir entre ausencia de demanda y ausencia de deseo de ayuda. Muchas veces el deseo de ayuda está, pero aún no han encontrado las palabras para nombrarlo.

- ### Aportaciones a la práctica profesional.

Este análisis obliga a repensar el lugar que ocupa la demanda en los dispositivos de intervención. En el modelo de Vinculación Emocional Validante, la demanda no es un requisito previo, de hecho, se acepta la primera demanda que traiga la persona sea cual sea, porque la demanda para el modelo es un producto vincular. Desde esta perspectiva, contener una demanda no es conducirla, ni provocar su aparición, sino sostener el espacio para que se geste. Validar incluso la ausencia de palabra es, en muchos casos, el gesto que permite que la palabra llegue después. Así entendida, la demanda deja de ser un trámite y se convierte en una forma de reconstrucción subjetiva.

Los resultados subrayan el valor de utilizar la reformulación de la demanda como un indicador objetivo del cambio psíquico y relacional. El seguimiento sistemático de cómo evoluciona la demanda permite al profesional ajustar la intervención, identificar momentos de estancamiento o retroceso, y diseñar estrategias más personalizadas y eficaces. Así, la demanda no solo es un punto de partida, sino un proceso dinámico que refleja el grado de apropiación, conciencia y motivación respecto al propio cambio.

2.4. Reducción de la problemática conductual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Valorar el impacto que tiene el modelo de Vinculación Emocional Validante en la reducción de la problemática conductual de las personas jóvenes objeto de estudio.

Este objetivo se centra en uno de los síntomas más visibles y desbordantes del malestar subjetivo, las conductas disruptivas. Las intervenciones, por lo general, suelen enfocarse de forma prioritaria en el control de la conducta, lo que con frecuencia concluye en respuestas punitivas o expulsivas poco eficaces. Desde esta perspectiva, resulta fundamental analizar si el Modelo de Vinculación Emocional Validante, centrado en el vínculo como herramienta de transformación, ha

logrado no solo reducir la frecuencia de estas conductas, sino resignificar su origen y transformar el modo en que las personas jóvenes objeto de estudio gestionan el conflicto.

- ## Hallazgos cuantitativos: remisión significativa de conductas disruptivas.

Los resultados muestran como las conductas consideradas como expresiones de sintomatología aguda: violencia, autolesiones, consumo de sustancias e ideación o tentativa suicida, presentan una disminución relevante en las personas jóvenes objeto de estudio. Este dato, por sí solo, debería ya constituirse en un indicador robusto de la eficacia del modelo, sobre todo, en el contexto de una población con altísima prevalencia de estas conductas en el momento de inicio en el servicio, lo que refuerza aún más la relevancia del cambio.

Al inicio de la intervención, la prevalencia de conductas violentas era del 73,1%, las autolesiones afectaban al 32,8% de las personas jóvenes objeto de estudio, el consumo de sustancias al 31,3% y la ideación o tentativa suicida al 14,9%. Estos datos reflejan una situación de sufrimiento psíquico intenso, desregulación emocional y gran dificultad para canalizar el malestar de manera adaptativa.

Tras seis meses de intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante, se observa una remisión sustancial de la sintomatología aguda en el 50,7% de los casos, mientras que un 40,3% presenta una remisión parcial y solo un 1,5% no muestra mejoría. El impacto positivo de la intervención alcanza así al 93% de las personas jóvenes objeto de estudio, lo que constituye una evidencia robusta de la eficacia del modelo para contener, validar y transformar el sufrimiento psíquico. La reducción de la problemática conductual no solo implica una mejora clínica inmediata, sino que también facilita la apertura a procesos de maduración y autonomía.

El análisis estadístico revela que, aunque al inicio no existe una asociación significativa entre la presencia de conductas disruptivas y el estilo de apego, tras seis meses de intervención sí se observa una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre la evolución hacia un apego más seguro y la remisión de la sintomatología aguda (chi cuadrado = 0,027; V de Cramer = 0,370). Este

patrón se repite en todos los indicadores analizados: conductas violentas, consumo de sustancias, autolesiones e ideación suicida. Los jóvenes que evolucionan hacia estilos de apego más seguros presentan mayores niveles de remisión sintomática, lo que confirma el papel protector del vínculo seguro y la importancia de la intervención relacional como eje central de la reparación subjetiva y la estabilización emocional.

Destaca especialmente el descenso de las conductas violentas y autolesivas, que pasan de ser indicadores predominantes al inicio a mostrar una remisión significativa tras la intervención. Asimismo, la reducción del consumo de sustancias y de la ideación suicida, aunque partían de prevalencias menores, adquieren especial relevancia por su potencial riesgo vital y su impacto en el pronóstico psicosocial. El hecho de que la remisión de estos síntomas esté asociada a la transformación del estilo de apego refuerza que el Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo actúa sobre la expresión conductual del malestar, sino que incide en los procesos internos de regulación emocional y simbolización del sufrimiento.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que el Modelo de Vinculación Emocional Validante tiene impacto en la reducción de la problemática conductual aguda de las personas jóvenes objeto de estudio. El modelo facilita la contención y transformación del malestar más urgente, promoviendo el tránsito hacia estilos de apego más seguros y sienta las bases para procesos de maduración y autonomía.

- ## Interpretación desde el enfoque cualitativo.

Los testimonios recogidos en los grupos triangulares tanto de personas jóvenes como de profesionales refuerzan también el descenso de las conductas disruptivas.

Las personas jóvenes verbalizan un cambio en su forma de responder al malestar, allí donde antes respondían con conductas que interferían en la relación de ayuda como las autolesiones, ahora aparece la petición de ayuda, el dialogo o la búsqueda de acompañamiento. Por su parte, los profesionales destacan que este descenso responde a que no se trata únicamente de suprimir la

conducta, sino de intervenir en la emoción que la sostiene. Así, se empieza a trabajar desde la raíz, desde la compresión del síntoma como expresión de un sufrimiento no simbolizado. Este cambio se traduce en una transformación del modo en que se concibe la conducta problemática, ya no como una disfunción individual, sino como un lenguaje relacional que solo puede reconfigurarse cuando se transforma el vínculo que lo contiene.

- ## Límites y consideraciones metodológicas.

Aunque la mejora es clara, no todos los casos logran una remisión total. Algunas personas jóvenes mantienen conductas de riesgo o atraviesan recaídas, lo que evidencia que el proceso de transformación no es lineal ni homogéneo.

Estas recaídas se asocian con factores como el momento del proceso en el que se encuentra la persona, la adherencia al modelo, la intensidad del vínculo construido o la existencia o no de una red comunitaria o sociofamiliar. Además, los resultados cuantitativos, si bien reveladores, no capturan por completo la complejidad simbólica y emocional de la conducta. Por ello, su lectura debe integrarse con las voces de las personas jóvenes y los significados atribuidos por ellas a sus propias formas de expresión, aspectos que no han sido tratados en esta tesis.

- ## Aportaciones a la práctica profesional.

Desde la práctica profesional, estos resultados confirman que la contención no se impone, se construye. Solo cuando una persona se siente vista, acogida y reconocida en su sufrimiento puede comenzar a transformar sus respuestas defensivas. El paso de la reacción impulsiva a la regulación compartida no se produce por norma o sanción, sino por la experiencia sostenida de otro que no abandona y que sostiene con coherencia.

Este hallazgo cuestiona los modelos de intervención centrados en la norma y abre la puerta a una comprensión más ética del síntoma conductual. El Modelo de Vinculación Emocional Validante no “cura” la conducta disruptiva, pero si la desactiva progresivamente, al ofrecer otra vía para expresar

el sufrimiento. Desde esta perspectiva, se produce una transformación en la manera de estar en el mundo con el otro, que, aunque frágil y no exenta de retrocesos, tiene efectos profundamente reparadores.

2.5. Análisis subjetivo del impacto de la intervención.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Analizar las vivencias subjetivas de las personas jóvenes objeto de estudio y de las y los profesionales de referencia del Servicio de Día Beinke donde han sido atendidas, respecto al impacto del modelo, a las transformaciones en el estilo de apego y a los cambios percibidos en la regulación emocional, la mentalización y la reducción de la sintomatología aguda durante la intervención.

Este último objetivo no busca confirmar datos ni aislar efectos. Se orienta, más bien, a comprender el sentido profundo de lo vivido durante la intervención por quienes la protagonizaron, las personas jóvenes objeto de estudio y las personas profesionales que les atendieron. Aquí el impacto no se mide, se narra. A través de los grupos triangulares y del análisis temático cualitativo, emergen relatos que permiten acceder a las transformaciones más intangibles que provoca el Modelo de Vinculación Emocional Validante en las subjetividades de quienes participan.

Las vivencias subjetivas compartidas por las personas jóvenes revelan un tránsito desde posiciones defensivas y desconfiadas, hacia formas de vínculo más permeables, recíprocas y mentalizadas. Según su propia voz, Beinke deja de ser un recurso y se convierte en una base segura internalizada, una representación emocional de que, aunque lo pongan difícil, Beinke continúa ahí.

Esta frase resume el núcleo del cambio, el otro ya no es el que abandona, el que falla o el que hiere. El otro es ahora alguien que está, que sostiene y que incluso aguanta cuando no se le deja entrar. Esta experiencia, repetida en el tiempo, genera una grieta en la coraza defensiva, desde la cual puede comenzar la reorganización interna. Este punto es clave en Beinke, el vínculo no es el medio, es el método. El cambio ocurre porque la relación se convierte en un espacio donde algo se repara no solo con palabras, sino con presencia, con mirada y con paciencia.

Pero no solo las personas jóvenes se transforman también las personas profesionales, no solo desde la técnica, sino desde la implicación emocional y la auto-observación. En sus propias voces, el modelo les exige revisarse, reconocerse y sostenerse mutuamente. Acompañar a personas jóvenes que arrastran tanto sufrimiento no solo impacta, afecta, pero esa afectación compartida se convierte en una forma de intervención dialógica, no vertical.

Desde la voz de las personas jóvenes, la intervención sostenida desde el Modelo de Vinculación Emocional Validante ha supuesto para ellas una experiencia emocional correctora. Relatan, en términos espontáneos, que la vivencia de haber sido vistas, escuchadas y sostenidas incluso en momentos de crisis o rechazo, algo tan infrecuente en sus trayectorias vitales previas, que comienzan a sentir que el otro adulto ya no es una amenaza y pasa a convertirse en una figura disponible y coherente. A partir de ahí, emergen cambios como la disminución de las conductas autolíticas, la capacidad para pedir ayuda y el desarrollo incipiente de confianza relacional.

Para el grupo de profesionales el modelo impacta especialmente en los perfiles con estilo de apego evitativo, quienes, a pesar de sus defensas iniciales, responden positivamente a la constancia, la validación y la coherencia vincular. Aunque el proceso sea más lento, también es más revelador ya que se percibe una progresiva apertura a la relación, una reinterpretación de lo que significa confiar y un cuestionamiento de las estrategias defensivas de autosuficiencia.

Además, se confirma el papel central del vínculo como marco de simbolización del malestar. La regulación emocional y la capacidad de mentalización no emergen como aprendizajes técnicos, sino como consecuencias del vínculo significativo. Las personas jóvenes empiezan a pensar lo que sienten porque alguien ha estado ahí para sostener lo que antes desbordaba o paralizaba.

Pero no todas las personas jóvenes atraviesan este proceso en la misma medida. Algunos permanecen en posiciones más defensivas, otros necesitan más tiempo para resignificar sus vivencias. Además, la subjetividad, por definición, no es estable ni cuantificable, por lo que el impacto no es generalizable ni lineal.

El análisis también muestra que esta huella vincular permanece más allá del dispositivo formal, expresándose en contactos posteriores, visitas espontáneas o menciones al equipo profesional como figuras de referencia interna. Beinke se convierte así en una base segura internalizada, no tanto como entidad o recurso, sino como experiencia afectiva que deja una marca estructurante.

Pero también hay una vulnerabilidad estructural en la desvinculación posterior a la intervención. Aunque muchos jóvenes mantienen el contacto con los profesionales incluso después de finalizar su estancia en el servicio, esta desvinculación inevitable plantea incertidumbres, temores, de ahí la necesidad de abordar como cerrar sin romper, como despedirse sin revivir el abandono.

Este matiz no es menor. En un contexto donde la mayoría de estas personas jóvenes han vivido rupturas traumáticas, la forma de cerrar la intervención puede reforzar o fracturar el proceso de reorganización vincular logrado, y así lo plantean en sus relatos.

2.6. Confirmación de la hipótesis general.

El análisis de los resultados desde los objetivos específicos nos permite confirmar la hipótesis general que ha guiado esta tesis, que una intervención psicosocioeducativa y terapéutica específica, como es el Modelo de Vinculación Emocional Validante, tiene capacidad para cambiar, mejorar o modular el estilo de apego en personas jóvenes que presentan perfiles de alta complejidad y extrema dificultad de intervención.

Los resultados confirman la hipótesis en sus tres dimensiones conceptuales. El cambio estructural es poco frecuente pero altamente significativo en la demanda. Cuando la demanda evoluciona hacia una forma subjetivada, significa que las personas jóvenes objeto de estudio comienzan a poner palabras a su malestar interno, a apropiarse de su proceso de cambio y a expresar necesidades vinculadas a la regulación emocional, la introspección y la transformación personal. Este tránsito indica un avance en la capacidad de simbolización y mentalización, es decir, la habilidad para

comprender y reflexionar sobre sus propios estados mentales y emocionales, así como sobre los de los demás.

Sin embargo, quizás lo más relevante de la intervención con el Modelo de Vinculación Emocional Validante se encuentra en los procesos de mejora y modulación. La mejora se manifiesta en avances significativos en dimensiones concretas del apego, el funcionamiento interno y la problemática conductual, aunque no impliquen una transformación global del estilo de apego o de la estructura psíquica. Destaca especialmente la mejora en la tendencia suicida y en la reducción de las conductas disruptivas, que son expresiones directas de la sintomatología aguda. La disminución de estos indicadores no solo representa una contención eficaz del sufrimiento más urgente, sino también la apertura a procesos de simbolización, introspección y regulación emocional más sostenidos.

La mejora en tendencias suicidas indica que las personas jóvenes objeto de estudio han logrado, al menos parcialmente, contener la impulsividad autodestructiva, encontrar nuevas formas de expresar o simbolizar el malestar y, en muchos casos, recuperar la esperanza y la conexión con el entorno. Este avance suele estar relacionado con una mayor capacidad para pedir ayuda, mayor confianza en las figuras de apoyo y el desarrollo de recursos internos para afrontar situaciones de crisis.

Por otra parte, la reducción de conductas disruptivas, como la violencia, la agresividad, el consumo de sustancias o la impulsividad, supone una menor expresión externa del sufrimiento psíquico agudo y una mayor capacidad de autorregulación. Estas mejoras permiten participar de manera más adaptativa en los contextos educativos, familiares y sociales, disminuyendo el riesgo de exclusión y de conflicto con el entorno, y facilitando la construcción de relaciones más saludables y sostenidas.

La modulación lograda por el modelo se manifiesta en movimientos sutiles, pero clínicamente relevantes: mayor conciencia del malestar, reducción de la urgencia sintomática y apertura a la relación de ayuda. Estos avances, aunque no consoliden un cambio estructural, evidencian que el modelo logra "desbloquear" patrones rígidos en jóvenes altamente resistentes. La clave reside en su

enfoque procesual y en la creación de un vínculo seguro que valida el dolor sin patologizarlo, permitiendo que emerjan capacidades latentes de simbolización y regulación.

Los hallazgos permiten sostener que el modelo no solo genera modificaciones en indicadores medibles como el funcionamiento interno o la sintomatología conductual, sino que actúa sobre estructuras vinculares profundas, abriendo paso a la experiencia de una seguridad relacional hasta entonces ausente. Las transformaciones observadas en la forma de demandar, vincularse y autorregularse evidencian que incluso en contextos marcados por el trauma, la desconfianza y la exclusión, es posible construir nuevas formas de relación que habiliten el cambio.

3. Triangulación de los resultados: integración de enfoques.

La combinación de los resultados cuantitativos y cualitativos permite construir una comprensión más completa, coherente y profundamente arraigada del impacto que el Modelo de Vinculación Emocional Validante genera en las personas jóvenes objeto de estudio con trayectorias marcadas por el sufrimiento relacional y la exclusión social. Ambos enfoques, lejos de ofrecer estructuras divergentes, convergen y se refuerzan mutuamente, legitimando los hallazgos desde una doble evidencia, la de lo medido y la de lo vivido.

Desde una perspectiva cuantitativa, se observa un cambio estadísticamente significativo en la demanda a lo largo del proceso, una mejora significativa en la dimensión de seguridad del estilo de apego y una reducción clínicamente relevante en indicadores de alto impacto, como la ideación suicida y las conductas disruptivas. Estos datos permiten afirmar que el Modelo de Vinculación Emocional Validante incide sobre dimensiones estructurales del malestar psíquico, promoviendo procesos de reorganización interna y una mayor apertura al vínculo.

El análisis cualitativo no solo respalda estos hallazgos, sino que les da sentido vivencial y relacional. Las personas jóvenes narran como esta transformación se produce en el marco de relaciones profesionales basadas en la disponibilidad, la contención y la validación emocional. El

vínculo sostenido, coherente y no invasivo aparece como el verdadero mediador de la transformación, habilitando nuevas formas de pensarse, de sentir y de estar con el otro.

Especialmente revelador es el caso de los perfiles con estilo de apego evitativo, donde tanto los datos estadísticos como las voces de las personas jóvenes y profesionales coinciden en señalar una transformación más pronunciada. Este grupo, tradicionalmente considerado de difícil acceso relacional, muestra en los resultados de esta tesis una notable plasticidad cuando la intervención se sostiene desde una lógica vincular segura y consistente.

Asimismo, se observa una clara correspondencia entre la reducción de la sintomatología aguda y el desarrollo progresivo de la capacidad de mentalización y regulación emocional, ambas descritas por las personas jóvenes como logros. El paso del acto impulsivo a la expresión simbólica, del silencio al pedido de ayuda, no es solo un cambio de forma, sino un cambio de fondo en la representación de sí mismas como sujetos dignos de cuidado.

Esta triangulación confirma empíricamente que el modelo de Vinculación Emocional Validante no se limita a contener, sino que genera procesos de transformación subjetiva y vincular de carácter profundo, incluso en contextos marcados por la desconfianza, la desregulación emocional y el sufrimiento psíquico crónico.

El diálogo entre ambos enfoques demuestra que los resultados cuantitativos no son cifras aisladas, sino manifestaciones objetivadas de procesos subjetivos que las propias personas jóvenes y los profesionales han sabido significar.

Así, esta integración de métodos no solo fortalece la validez de los hallazgos, sino que permite transcender la lógica de la verificación para entrar en una lógica de compresión compleja del cambio humano. En este marco, la intervención deja de ser vista como una técnica aplicable y pasa a comprenderse como una experiencia relacional transformadora, capaz de generar un antes y un después en la trayectoria psicosocial de las personas jóvenes atendidas.

4. Limitaciones de la investigación.

Como investigación aplicada a la intervención social, esta tesis presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar sus hallazgos y valorar su transferibilidad. Desde el inicio, se identificaron dificultades metodológicas asociadas a la selección de una población que cumpliera con los criterios necesarios para el análisis: era imprescindible que se tratara de jóvenes en situaciones de alta vulnerabilidad psicosocial y en contextos donde la intervención presentara retos significativos. Además, se requería que estos jóvenes hubieran participado en procesos de intervención fundamentados en metodologías o modelos con respaldo científico, que garantizasen criterios de rigurosidad y replicabilidad.

A estas dificultades se sumaban limitaciones inherentes a la investigación aplicada en entornos complejos, tales como la heterogeneidad de las trayectorias vitales de los posibles participantes, la variabilidad en la implementación de los programas y la disponibilidad de datos longitudinales fiables, lo que iba a suponer un obstáculo metodológico importante para la comparación. De esta forma la población objeto de estudio que cumplía de forma más rigurosa con el perfil necesario fueron las personas jóvenes atendidas en el Servicio de Día Beinke. No obstante, el número de participantes ha sido suficiente para detectar cambios estadísticamente significativos en varias variables clave, así como para obtener saturación teórica en los grupos triangulares.

Otra limitación reside en el diseño ex post facto sin grupo de control, lo cual impide establecer relaciones causales directas entre la intervención y los cambios observados. Sin embargo, esta elección metodológica responde a las características éticas y contextuales propias de la investigación aplicada en contextos de alta vulnerabilidad, tal y como ya se desarrolló en el Capítulo 5 de Metodología de Investigación, en donde la asignación aleatoria y la constitución de grupos de control no siempre son viables ni apropiadas. Para mitigar esta limitación y fortalecer la validez interna del estudio, se empleó la triangulación metodológica. Aun así, se reconoce que no es posible excluir completamente la influencia de variables contextuales o personales ajenas a la intervención, por lo

que los hallazgos deben interpretarse con cautela, atendiendo a las particularidades del entorno y de la población estudiada. Los resultados obtenidos están estrechamente ligados al contexto específico en el que se desarrolla el Modelo de Vinculación Emocional Validante, el Servicio de Día Beinke. La cultura organizativa, la formación de los equipos y el encuadre institucional son factores que no necesariamente se replican en otros dispositivos. Por tanto, aunque los hallazgos son prometedores, su generalización debe hacerse con cautela y siempre acompañada de una adaptación contextualizada.

Desde el punto de vista cualitativo, cabe considerar también el posible sesgo de deseabilidad social en los discursos de personas jóvenes y profesionales. La implicación emocional en la intervención puede haber generado una tendencia a valorar de forma positiva el modelo por lealtad o agradecimiento, aunque para mitigar este sesgo, se diseñaron preguntas indirectas y se analizaron las tensiones y ambivalencias presentes en los discursos, en todo caso es una limitación que deberá tenerse en cuenta como posibilidad.

Estas limitaciones no restan valor a los hallazgos obtenidos, pero si invitan a profundizar y diversificar los diseños metodológicos en investigaciones futuras, incorporando poblaciones más amplias, análisis longitudinales de más duración, herramientas mixtas y marcos comparativos entre contextos.

5. Aportaciones para la práctica profesional.

A pesar de las limitaciones, los hallazgos de esta tesis no solo tienen valor en el plano académico, sino que ofrecen claves concretas y transferibles para la intervención psicosocioeducativa con personas jóvenes en situación de alta complejidad en la intervención y situaciones de exclusión social grave. En este apartado se presentan tres niveles de aportaciones, sugerencias para mejorar intervenciones futuras, la importancia de incorporar el estilo de apego y la dimensión de seguridad en los modelos de atención y la aplicabilidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante en otros contextos de intervención.

5.1. Sugerencias para mejorar intervenciones futuras.

El análisis de resultados permite extraer algunas orientaciones clave para mejorar la eficacia de los dispositivos que intervienen con personas jóvenes con trayectorias marcadas por la desconfianza, la fragmentación vincular y el sufrimiento emocional:

- El vínculo es la intervención: cualquier estrategia técnica pierde potencia si no se asienta en una relación sostenida, coherente y emocionalmente disponible.
- Las fases iniciales del vínculo son críticas: es necesario contar con profesionales formados para tolerar la ambivalencia, el rechazo o la indiferencia sin romper la relación.
- La validación emocional y la contención no son complementos, sino elementos estructurantes que deben formar parte del encuadre y del rol profesional.
- El equipo como figura vincular ampliada: la persona joven no se vincula solo con una persona, sino con un equipo multidisciplinar y con una cultura institucional. La coherencia entre profesionales es un factor de seguridad psíquica.
- La desvinculación se trabaja desde el inicio: preparar la salida es tan importante como sostener el vínculo. Transmitir que el cierre no implica ruptura sino transformación del vínculo es un acto ético que ayuda a reconstruir la confianza.

Estas recomendaciones no requieren recursos extraordinarios, pero si una mirada clínica, relacional y ética sobre la intervención, que reconozca que intervenir es sostener procesos subjetivos complejos.

5.2. La importancia del estilo de apego y la dimensión de seguridad.

Otra de las contribuciones relevantes del estudio es la evidencia de que el estilo de apego y, especialmente, la dimensión de seguridad son variables centrales para entender la evolución de personas jóvenes en procesos de intervención intensivos. Conocer el estilo de apego no debe utilizarse

como herramienta de clasificación, sino como marco comprensivo que permite ajustar el tipo de vínculo, el ritmo del proceso y las estrategias de intervención. En este sentido:

- En personas jóvenes con un estilo de apego evitativo, el modelo ha mostrado mayor impacto, quizá por su carácter estructurado, no invasivo y progresivo.
- La dimensión de seguridad actúa como indicador transversal de cambio, allí donde hay más seguridad, hay más capacidad para confiar, pedir ayuda, mentalizar y regular la emoción.
- Trabajar desde esta clave implica dejar de focalizar solo en la conducta y comenzar a intervenir sobre el marco relacional que la sostiene y la resignifica.

Incorporar esta mirada permite pasar de una lógica reactiva a una lógica preventiva, en la que el objetivo no es solo reducir síntomas, sino fortalecer la base vincular y psíquica que protege a este grupo de personas jóvenes en su tránsito hacia la vida adulta.

5.3. Transferibilidad del Modelo de Vinculación Emocional Validante a otros contextos.

Si bien la investigación sobre el modelo ha sido desarrollada en un contexto específico, el Servicio de Día Beinke, los resultados permiten cierto grado de trasferencia del mismo a otros dispositivos, siempre que se respeten ciertas condiciones básicas:

- Presencia de un equipo formado, estable y supervisado.
- Encuadre estructurado y flexible, que permite sostener el vínculo sin rigidez.
- Cultura institucional que valore el vínculo como herramienta terapéutica.
- Espacio de cuidado al profesional, para evitar el desgaste relacional y sostener la implicación emocional de forma saludable.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante no es una técnica cerrada, sino un marco ético-relacional de intervención. Puede adaptarse a programas residenciales, centros de día, contextos escolares y dispositivos de intervención comunitaria o ambulatoria, siempre que se mantenga la

centralidad del vínculo, la contención y la validación emocional como ejes del proceso. Su aplicabilidad es amplia, pero exige una revisión profunda de los marcos institucionales.

6. Propuestas para futuras investigaciones.

A partir de los hallazgos obtenidos, se abren diversas posibilidades para continuar explorando el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante en personas jóvenes con trayectorias de alta complejidad psicosocial.

Una primera línea de investigación sería profundizar en estudios longitudinales que analicen la sostenibilidad del cambio en el tiempo. Sería especialmente valioso observar si los logros alcanzados durante la intervención se mantienen tras la salida del recurso, y que elementos vinculares o estructurales contribuyen a esa persistencia.

En el plano clínico, podría explorarse más a fondo el impacto del Modelo de Vinculación Emocional Validante en dimensiones específicas como la tendencia suicida, el afecto depresivo y las conductas autolesivas. Resultaría enriquecedor estudiar los mecanismos por los cuales la contención y la validación emocional actúan como factores protectores en estos jóvenes, así como identificar mediadores y moderadores del cambio.

También sería relevante llevar a cabo estudios comparativos ente estilos de apego, especialmente entre perfiles evitativos y ansiosos, para identificar las respuestas diferenciales ante el mismo modelo de intervención. Esto ayudaría a afinar la personalización en el acompañamiento y a ajustar mejor los ritmos, las estrategias y las formas de vinculación.

Desde el plano metodológico, sería interesante replicar el diseño con otras herramientas de medición o incorporar técnicas observacionales y entrevistas narrativas que complementen los cuestionarios y grupos triangulares. La pluralidad metodológica puede enriquecer la comprensión de procesos complejos y evitar reduccionismos.

Por último, se sugiere investigar la transferencia del modelo a otros colectivos y realidades, como mujeres jóvenes víctimas de violencia, así como en contextos no residenciales como escuelas o programas comunitarios. Esta ampliación permitiría valorar no solo la eficacia del modelo, sino su adaptabilidad y sus límites.

Explorar estas rutas permitirá no solo validar el modelo en nuevos escenarios, sino también seguir humanizando la intervención desde una perspectiva científica, ética y transformadora.

7. Cierre final: sentido del recorrido, apertura al futuro.

En definitiva, esta tesis no solo confirma que es posible intervenir con personas jóvenes que presentan una alta complejidad desde un enfoque relacional, sino que demuestra que hacerlo transforma. Transforma la manera en que las personas jóvenes se miran a sí mismas, la forma en que piden ayuda, y también, el modo en que el mundo adulto les responde. El Modelo de Vinculación Emocional Validante no solo contiene el sufrimiento, lo dignifica. Y al dignificarlo, ofrece la posibilidad de empezar a repararlo. Esta experiencia no ha sido solo un recorrido investigativo, ha sido también una forma de posicionarse profesionalmente, desde la convicción de que el vínculo cuando es cuidado, disponible y confiable, puede convertirse en motor de cambio, reparación y esperanza.

Esta investigación ha sido, más allá de un ejercicio académico, un largo viaje que ha hecho escala en la comprensión del sufrimiento humano cuando se expresa en clave relacional. A través de cada análisis, cada dato y cada relato, ha sido posible vislumbrar que la presencia, la disponibilidad emocional, la contención y la validación no son solo conceptos, sino gestos fundamentales de reconocimiento que transforman realidades marcadas por el abandono, la incertidumbre y la desconfianza.

El Modelo de Vinculación Emocional Validante no se limita a intervenir, habita la relación con una ética del cuidado sensible, sin prometer salvaciones, pero abriendo espacios seguros donde poder ser, sentir y reconstruir. Esta manera de estar, de mirar y de sostener, revela que el cambio no siempre es visible a simple vista, pero se gesta en lo cotidiano, en lo micro y en lo humano.

Así, esta tesis no se cierra, sino que abre caminos para seguir investigando, para seguir interviniendo y, sobre todo, para seguir creyendo en que es posible acompañar el dolor sin invadirlo y, ofrecer seguridad sin exigirla.

Esta tesis no termina aquí, se transforma en práctica cuando cada vinculo se convierte en una oportunidad de reparación.

Bibliografía

Abeijon, J.A., & Irastorza, M.J. (2007). Intervenir con adolescentes que consumen drogas y no son toxicómanos. *Norte de Salud Mental, 7*(27) 31-35. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830169

Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 264–272. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.264

Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theorical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 40(4), 969-1025. https://doi.org/10.2307/1127008

Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp.3-30). Basic Books.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1979). Patterns of Attachment: A Psychological study of the Strange Situation. Lawrence Erlbaum.

Aizpuru de la Portilla, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2(1), 37-44.

Allen, J. & Miga, E. (2010). Attachment in adolescence: A move to the level of emotion regulation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 181-190. https://doi.org/10.1177/0265407509360898

Allen, J. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders.* Wiley& Sons.

Allen, J. (2005). Coping with trauma: Hope Through Understanding (2nd ed.). *American Psyquiatric Publising Inc*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615377404.fm01

Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 419-435). The Guilford Press.

Allen, J., & Manning, N. (2007). From safety to affect regulation: Attachment from the vantage point of adolescence. *New Directions in Child and Adolescent Development*, 117, 23-39. https://doi.org/10.1002/cd.192.

Allen, J., Grande, L., Tan, J., & Loeb, E. (2018). Parent and peer predictors of change in attachment security from adolescence to adulthood. Child Development, 89(4), 1120-1132. https://doi.org/10.1111/cdev.12840

Allen, J., McElhaney, K., Kuperminc, G., & Jodl, K. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75, 1792-1805. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00817.x

Allen, J., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69(5), 1406-1419. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1557707/

Allen, J., Porter, M., McFarland, F., Mc Elhaney, K., & Marsh, P. (2002). The relation of attachment security to adolescents paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 73(3), 1107-1120. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01062.x

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Angrosino, M. (2014). Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. Morata. https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u3/angrosino-etnografia.pdf

Anta, J., & Estalayo, A. (2024). Identificación facial de las emociones, interrelación y empatía. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 3, 26-32. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/05.-Identificacion-facial-de-las-emociones-interrelacion-y-empatia.-Juan-Angel-Anta-Angel-Estalayo.-pp.26-32.pdf

Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55*(5), 469–480. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469

Arruabarrena, M., & De Paul, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia.* Pirámide.

Baim, C., & Morrison, T. (2011). *Attachment-based practice with adults: Understanding strategies and promoting positive change: A new practice model and interactive resource for assessment, intervention and supervision.* Pavilion Publishing.

Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M. (2009). The first 10.000 adults attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment and Human Development*, 11(3), 223-263. 10.1080/14616730902814762

Bakersmans-Kranenburg, M., Van Ijzendoorn, M., & Juffer, F. (2003). Less is more: metaanalyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, *129*(2), 195-215. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195

Balabanian, C., Lemos, V., & Vargas Rubilar, J. (2014). Estudio psicométrico del cuestionario de apego parental de Kenny en adolescentes argentinos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60(4), 227-235. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/33703/CONICET_Digital_Nro.1875a9ee-545e-423c-b639-9b1d98f97ab7_A.pdf?sequence=2

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. Psicothema, 23(3), 486-494. https://www.redalyc.org/pdf/727/72718925022.pdf

Bárez, N.B., Saúl, L.A, & Corbella, S. (2024). Instrumentos para la evaluación del apego adulto en población española: revisión sistemática. Rev. CES Psico, 17(3), 80-94. https://dx.doi.org/10.21615/cesp.7111

Bárez, N.B., Saúl, L.A., & Corbella, S. (2024). Instrumentos para la evaluación del apego adulto en población española: Revisión sistemática. *Revista CES Psicología*, 17(3), 80-94. https://dx.doi.org/10.21615/cesp.7111.

Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5(1), 64-77. https://doi.org/10.1080/1461673031000078634

Barrios, M., & Cosculluela, A. (2013). Fiabilidad. J. Meneses (coord.), *Psicometría* (pp. 75-140). Editorial UOAC. https://www.researchgate.net/profile/Julio-Meneses-2/publication/293121344_Psicometria/links/584a694408ae5038263d9532/Psicometria.pdf

Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. https://doi.org/10.1177/0265407590072001

Bartholomew, K. (1994). Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry*, 5(1), 23-67. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_2

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Gedisa. https://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/2023-06/Los%20desaf%C3%ADos%20invisibles%20de%20ser%20madre%20o%20padre%20(Jorge%20Barudy%20%E2%80%93%20Maryorie%20Dantagnan).pdf

Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia.* Gedisa.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. Oxford University Press*. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. Psychoanalytic Inquiry, 33(6), 595–613. https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology, 4*(1, Pt.2), 1–103. https://doi.org/10.1037/h0030372

Becoña Iglesias, E., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J.R. (2009). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. *Adicciones*, 21(1), 35-48. https://doi.org/10.20882/adicciones.137

Beeney, J. E., Wright, A. G. C., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., Lazarus, S. A., Beeney, J. R. S., Scott, L. N., & Pilkonis, P. A. (2017). Disorganized attachment and personality functioning in adults: A latent class analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(3), 206–216. https://doi.org/10.1037/per0000184

Benoit, D & Parker, K.C. (1994). Stability and trasmission of attachment across three generations. *Child Development*, *65*(2), 1444-1456. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00828.x

Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedia.isa*, 1-13. https://idus.us.es/server/api/core/bitstreams/66914d77-b23f-417a-bc23-ef6c1e268756/content

Bernard, R. (2011). *Autolesión: qué es y cómo ayudar.* Ficticia. https://es.scribd.com/document/393750758/AUTOLESION-Que-Es-y-Como-Ayudar

Berscheid, E. (1994). Interpersonal relationships. *Annual Review of Psychology*, 45(1), 79-129. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.45.1.79

Berscheid, E. (1994). Interpersonal relationships. *Annual Review of Psychology*, *45*(1), 79-129. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.45.1.79

Bevington, D., Fuggle, P., & Fonagy, P. (2015). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach youth: the AMBIT approach. *Attachment & human development*, *17*(2), 157–174. https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006385

Bevington, D., Fuggle, P., Cracknell, L., & Fonagy, P. (2017). *Adaptive mentalization-based integrative treatment: A guide for teams to develop systems of care.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780198718673.001.0001

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) - a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and adolescent mental health*, *18*(1), 46–51. https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00666.x

Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalíticahacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.

Blumentritt, T. L., & Wilson VanVoorhis, C. R. (2004). The Millon Adolescent Clinical Inventory: Is it Valid and Reliable for Mexican American Youth? *Journal of Personality Assessment*, *83*(1), 64–74. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8301_06

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Bowlby, J. (1947). *Forty-Four juvenile thieves: their characters and home-life*. Tavistock Clinic. http://resource.download.wjec.co.uk.s3.amazonaws.com/vtc/2015-16/Psychology/Forty-Four%20Juvenile%20Thieves.pdf

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health.* Bulletin of the World Health Organization, 1951, 3, 355-534. https://darkwing.uoregon.edu/~eherman/teaching/texts/Bowlby%20Maternal%20Care%20and%20Mental%20Health.pdf

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss.* Vol. 1. Penguin Books. https://ia800205.us.archive.org/5/items/attachmentlossvo00john/attachmentlossvo00john.pdf

Bowlby, J. (1973). *El vínculo Afectivo.* Paidós.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psiquiatry*, 130(3), 201-210. https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201

Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 5, 33-43.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: loss, sadness and depression.* Vol.3. Basic Books. https://pep-web.org/browse/IPL/volumes/109?openNotificationModal=false

Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva.* Paidós.

Bowlby, J. (1988). *Una base segura.* Paidós. https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf

Bowlby, J. (1993). *El Apego.* Paidós.

Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida.* Morata.

Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*(1/2), 3–35. https://doi.org/10.2307/3333824

Bretherton, I. (1987). Open communication and internal working models: their role in the development of attachment relationships. In R. Thompson (ed.), *Socioemotional development: Nebraska symposium 1987* (pp. 57-113). University of Nebraska Press. https://www.researchgate.net/profile/Inge-Bretherton/publication/20077223_Open_communication_and_internal_working_models_Their_role_in_the_development_of_attachment_relationships/links/581b711508aeccc08aea6dd8/Open-communication-and-internal-working-models-Their-role-in-the-development-of-attachment-relationships.pdf

Bretherton, I. (1988). New perspectives on attachment relationships: Security, communication, and internal working models. In J. Oskofsky (eds.), *Handbook of infant development.* John Wiley & Sons.

Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in Attachment Relationships: An construct revised. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications (pp. 89-111). The Guilford Press.

Brody, L. R. (1999). *Género, emoción y familia.* Harvard University Press.

Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and psychotherapy*, *76*(Pt 4), 351–367. https://doi.org/10.1348/147608303770584728

Bruno, V., Oriol-Sanchez, A., Magariño-Llavero, A., Montaner-Ventosa, M., Canalias-Perez, O., Arin-Gonzalez, P., & Artigue-Gomez, J. (2025). Clinical Home Intervention Team: how we work with families within the AMBIT model. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 46(146), 43-65. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265080039008

Bulut, M. B. & Tunc, A. (2024). Fearful Attachment and suicide probability: the mediating role of psychological symptoms on medical school students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 14(72), 63-75. https://doi.org/10.17066/tpdrd.1269512_5

Bureau, J.F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010.). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. In: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, (eds). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press; 48-56. (Capitulo 5). https://www.researchgate.net/publication/297709416_Attachment_dysregulation_as_hidden_trauma_in_infancy_Early_stress_maternal_buffering_and_psychiatric_morbidity_in_young_adulthood

Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, *34* (1), 45–58. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x

Cabrejas, C., & San Juan, P. (2020). Intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes con conductas adictivas y sus familias. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 1, 74-88. https://www.lugapsicologia.com/wp-content/uploads/2023/03/ENCUENTROS-1_DIC-2020_74-88.pdf

Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2): 129-138. https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf

Cantón, J., & Cortés, M. (2000). *La sugestibilidad de los niños.* Piramide.

Caper, R. (1999). *A Mind of One's Own: A Psychoanalytic View of Self and Object.* Routledge.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*(4), 525–531. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525

Carrillo, S. (1999). Marv Salter Ainsworth (1913-1999). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31 (2), 383-386. https://www.redalyc.org/pdf/805/80531211.pdf

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547. https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547

Castillo, I., Ledo, H., & Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: Un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, X(42), 59-66. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/Dialnet-TecnicasNarrativasUnEnfoquePsicoterapeutico-3910979.pdf

Castillo, J., & Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego; intimidad y cambios sociales. En A. Talarn Caparrós (Ed.), *Globalización y Salud Mental* (393-416). Herder.

Chhabra, G. (2020). Insider, Outsider or an In-Betweener? Epistemological Reflections of a Legally Blind Researcher on Conducting Cross-National Disability Research. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1), 307–317. https://doi.org/10.16993/sjdr.696

Chopik, W.J., Edelstein, R.S., y Grimm, K.J. (2019). Cambios longitudinales en la orientación del apego durante un período de 59 años. *Journal of Personality and Social Psychology, 116* (4), 598–611. https://doi.org/10.1037/pspp0000167

Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1987). Symbolic development in maltreated youngsters: an organizational perspective. *New directions for child development*, (36), 47–68. https://doi.org/10.1002/cd.23219873605

Cohen, P. (2004. Children of divorce: The impact of familiy structure on Child Development. Child Development Perspectives, 2(1), 1-6. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00035.x

Colectivo IOÉ (1997). *Voluntariado y democracia participativa. Reflexiones a partir del "Proyecto +60. Investigación Acción Participativa en el barrio de Prosperidad (Madrid).* https://www.colectivoioe.org/uploads/62145a362f7e337cbdbdc6e873e991146cf40b1d.pdf

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832. https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810

Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 53–90). Jessica Kingsley Publishers.

Conde, F. (1993). El grupo triangular: una alternativa a los grupos de discusión canónicos. *Revista Internacional de Sociología*, 51(3), 99-120.

Conde, F. (2008). Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva: un estudio sobre la vivienda en Huelva. En A. J. Gordo y A. Serrano (Eds.) *Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social* (pp. 155-188). Pearson Educación.

Cooper, M.L., Shaver, P.R, Collins, N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1380-1397. https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.5.1380

Corral, V. & Díaz, E. (2019). Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *Revista CienciAmérica*, 8(1), 48-61. https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain.* Norton & Company.

Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*(3), 315–346. https://doi.org/10.1521/jscp.22.3.315.22888

Crittenden, P. (1990). Internal representational models of attachment relations. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-278.

Crittenden, P. (1999). *Ataccamento in etá adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. Raffaello Cortina Editore.

Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego.* Promolibro.

Crittenden, P. (2016). *Raising parents. Attachment, representation and treatment.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315726069

Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, *4*(2), 209–241. https://doi.org/10.1017/S0954579400000110

Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 367–406). Analytic Press, Inc.

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Eds.), *The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context* (pp. 343–357). Cambridge University Press.

Crosby, A.E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. *Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control*. 4-87. https://www.govinfo.gov/content/pkg/GOVPUB-HE20-PURL-gpo23246/pdf/GOVPUB-HE20-PURL-gpo23246.pdf

Cummings, E.M, & Davies, P. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology*, *8*(1), 123-139. https://doi.org/10.1017/S0954579400007008

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos.* Gedisa.

Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas.* Gedisa.

Dallos, R. (2006). *Terapia Narrativa del apego.* Morata.

Dangerfield, M. (2021). El Proyecto ECID. Un modelo de intervención comunitario para adolescentes de alto riesgo desvinculados de la red asistencial. *Aperturas Psicoanalíticas*, 68(e4), 1-28. https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2021%7Dn068a10.pdf

Davies, P.T, & Cummings, E.M. (1998). Exploring children´s emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development, 69*(1), 124-139. https://doi.org/10.2307/1132075

Davila, J., & Sargent, E. (2003). Meaning in life (events) predicts changes in attachment security. Personality and Social Psychology Bulletin, 29(11), 1383–1395. https://doi.org/10.1177/0146167203256374

de la Osa Subtil, I., Vicente Mateo Fernández, P. & Arias Astray, A. (2002). Insecure attachment style and child maltreatment: relations to aggression in men convicted of intimate partner violence. Revista *Ansiedad y Estrés*, 28(3), 207-2013. https://doi.org/10.5093/anyes2022a24

de Lucas Taracena, M.T., & Montañes Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 361-370. https://doi.org/10.20882/adicciones.334

de Prado García, M. (2014). Apego y Maltrato. *Mosaico:* Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, num. 58, 38-50.

Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 59/2019, de 21 de mayo, por el que se regulan los servicios de atención diurna para personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Bizkaia. Boletín Oficial de Bizkaia, núm. 99, de 24 de mayo de 2019. https://www.bizkaia.eus/lehendakaritza/Bao_bob/2019/05/20190524a099.pdf

Devine, P. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology,* 56(1), 5-18. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.1.5

Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21-35. https://www.revistas.uma.es/index.php/espsi/article/view/13463/13734

DiClemente, C.C, & Prochaska, J.O (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, *7(*2), 133-142. https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7

Dozier, M., & Tyrrell, C. L. (1998). The role of attachment in therapeutic relationships. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 221–248). The Guilford Press.

Eagle, M. N. (1996). Attachment research and psychoanalytic theory. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (Eds.), *Psychoanalytic perspectives on developmental psychology* (pp. 105–149). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10219-004

Easterbrooks, M.A., Bureau, J.F., & Lyons-Ruth, K. (2012). Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother-child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Developmental and Psychopathology, 24*(1), 64-78. https://doi.org/10.1017/s0954579411000666

Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and Early Maltreatment. *Child Development*, *52*(1), 44–52. https://doi.org/10.2307/1129213

Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychologist, 28*(5), 404–416. https://doi.org/10.1037/h0034679

Epstein, S. (1991). Cognitive-Experiential Self-Theory: An Integrative Theory of Personality. In R. C. Curtis (Ed.), *The Relational Self: Theoretical Convergences in Psychoanalysis and Social Psychology* (pp. 111-137). The Guilford Press.

Epston, D., & White, M. (1992). *Experience, contradiction, narrative and Imagination. Selected Papers of David Epston & Michael White 1989-1991.* Dulwich Centre Publications.

Erskine, R. (2018). *Relational patterns, therapeutic Presence: Concepts and practice of integrative psychoherapy.* Routledge.

Estalayo, A. (2011). Violencia adolescente y circularidad: de la teoría a la práctica. En R. Pereira (ed.), *Adolescentes del siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 385-402). Morata.

Estalayo, A. (2017). Modelo de vinculación emocional validante: Una propuesta de intervención para contextos de justicia juvenil y acogimiento residencial específico [Tesis Doctoral, Universidad de Deusto]. Repositorio Institucional de la Universidad de Deusto. https://deustoteka.deusto.es/items/37871695-d232-4dc3-9b36-65272217f003

Estalayo, A., & Romero, J. (2003). Evolución de la tipología de menores internados en centros de reforma de la comunidad autonoma vasca. *Cuadernos de Psiquiatría del niño y del adolescente*, 35-36 193-204. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/CUADERNOS_DE_PSIQUIATRIA_Y_PSICOTERAPIA.pdf

Estalayo, A., Rodríguez-Ochoa, O., & García, J. (2014). Reflexiones en torno a los internamientos terapéuticos y su especificidad. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 7, 11-24. https://doi.org/10.4995/reinad.2014.3333

Estalayo, A., Rodríguez-Ochoa, O., & 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, 33-42.

Estalayo, A., Rodríguez-Ochoa, O., & Gutiérrez, R. (2017). Aplicaciones de la mentalización con familias en contextos de protección y justicia juvenil. *Clínica e investigación relaciona, 11(*1), 110-133. *https://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTA-On-line/CeIR-Buscador-Valore-y-comente-los-trabajos-publicados/ID/610/APLICACIONES-DE-LA-MENTALIZACION-CON-FAMILIAS-EN-CONTEXTOS-DE-PROTECCION-Y-JUSTICIA-JUVENIL-Angel-Estalayo-Hernandez-Olga-Rodriguez-Ochoa-y-Raul-Gutierrez-Sebastian*

Estalayo, A., Rodríguez-Ochoa, O., & Romero-Leon, J. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo Psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 48, 113-130.

Estalayo, A., Rodríguez-Ochoa, O., Gutiérrez, R., & Romero, J. (2021). *Modelo de vinculación emocional validante.* Octaedro.

Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D. C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M. C. (2017). Attachment Styles and Suicide-Related Behaviors in Adolescence: The Mediating

Role of Self-Criticism and Dependency. *Frontiers in psychiatry*, *8*, 36. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00036

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317-328. https://doi.org/10.1037/a0032258

Feeney, J., & Noller, P. (1996). A*dult attachment.* Sage Publications. https://doi.org/10.4135/9781452243276

Feeney, J., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling, & W. H. Berman (Eds.), Attachment in adults (pp. 128-151). The Guilford Press. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/AssessingAdultAttachment__Feeneyetal1994.pdf

Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. McGraw-Hill.

Fleta-Zaragozano, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: Una conducta emergente. *Boletin de la sociedad de pediatría de Aragón, La rioja y Soria*, *47*(2), 37-45. https://spars.es/wp-content/uploads/2018/05/Bol-SPARS-2017-vol-47-n2.pdf

Flórez, K. (2021). *Eficacia de los programas de intervención en adolescentes infractores* [Tesis doctoral], Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. https://hdl.handle.net/20.500.12692/72938

Florsheim, P., Henrry, W., & Benjamin, L. (1996). Integrating individual and interpersonal approaches to diagnosis: The structural analysis of social behaviour and attachment theory. In P. Florsheim, W. Henrry, & L. Benjamin (eds.), *Handbook of relational diagnosis* (pp. 81-101). Kaslow: Handbook.

Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanaltic Inquiry*, 307-335. https://doi.org/10.1080/07351692209348990

Fonagy, P. (1999). *Apegos patológicos y acción terapéutica.* Aperturas Psicoanalíticas.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalisys.* Other Press.

Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In J. F. Allen (Ed.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 55-88). Jon Wiley & sons Ltd. https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch3

Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 62*(4), 411-430. https://doi.org/10.1002/jclp.20241

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381. https://doi.org/10.1017/s0954579409990198

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and psychopathology*, *9*(4), 679–700. https://doi.org/10.1017/s0954579497001399

Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International journal of psycho-analysis*, 81 (Pt 5), 853–873. https://doi.org/10.1516/0020757001600165

Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental psychopathology.* Routledge.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429471643

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 22–31. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representation of attachment during pregnancy predicts the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905. https://doi.org/10.2307/1131141

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233–278). Analytic Press, Inc.

Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood. Meta-Analysis and Dinamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.

Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology, 70,* 401–422. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813

Fraley, R. C., Gillath, O., & Deboeck, P. R. (2021). Do life events lead to enduring changes in adult attachment styles? A naturalistic longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 120*(6), 1567–1606. https://doi.org/10.1037/pspi0000326

Fraley, R.C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. Personality and Social Psychology Review, 6(2), 123-151. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/S15327957PSPR0602_03

Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J., & Bragesjo, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment and Human Development*, 3(3), 269-283. 10.1080/14616730110096889

Fuggle, P., Bevington, D., Duffy, F. & Cracknell, L., (2016). The AMBIT approach: working with hard to reach youth. Mental Health Review Journal, 21 (1), 61-72. https://www.researchgate.net/publication/297680271_The_AMBIT_approach_Working_with_hard_to_reach_youth

Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2), 156–168. https://doi.org/10.1177/2515245919847202

Gabbard, G. (1995). Countertransference: the emerging common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 76 (Pt 3), 475-486.

Gago, J. (2014). Teoría del apego. El Vínculo. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25707w/Teoria-del-apego.-El-vinculo.-J.-Gago-2014.pdf

Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N., Garmezy, & N. G. Rutter (Ed.), *Stress, coping and development in children* (pp. 43-84). McGraw-Hill.

Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. *Revista Lationamericana de Psicología*, 38 (3), 441-450. https://www.redalyc.org/pdf/805/80538304.pdf

Gárriz, M., & Arocena, I. (2021). Adaptación del modelo de vinculación emocional validante al proyecto de residencias y programas de autonomía de Fundación Ilundain Haritz Berri. *Encuentros de Educación Psicoterapia*, 2, 22-28. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/4-ADAPTACION-DEL-MODELO-DE...-pp.-22-28.pdf

George, C., Main, M., & Kaplan, N. (1985). *Adult Attachment Interview (AAI)* [Database record]. APA PsycTests. https://www.psychdb.com/_media/child/attachment/adult_attachment_interview_aai_protocol.pdf

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS/PC + step by step: A simple guide and reference.* Wadsworth Publishing Company.

Gillath, O., Deboeck, P. R., Fraley, R. C., & Dugan, K. A. (2024). Person-situation interactions as predictors of variations in attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, *41*(11), 3194-3221. https://doi.org/10.1177/02654075241262046

Gobierno Vasco. (2015). Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 206, 2015/4561. https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2015/10/1504561a.pdf

González, M. (2010). La parentalización en la infancia: un enfoque psicosocial. *Revista de Psicología*, 28(1), 45-60.

González. A., & Martín, M. (2017). La circularidad y la figura educativa como elemento Validante en la intervención (Vinculación Emocional Validante). Revista de Educación Social, 24, 872-879. https://eduso.net/res/wp-content/uploads/documentos/1018.pdf

Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relationships: Interaction structures and the processes of therapeutic change*. Bloomsbury Academic.

Gratz, K., Rosenthal, M., Tul, M., Lejuez, C., & Gunderson, J. (2006). An experimental Investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy.* The Guilford Press.

Greenberg, L.S. (2012). Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist, 67*(8), 697-713. https://doi.org/10.1037/a0029858

Greenberg. L.S. (2023). Cambiar la emoción con la emoción. Guía clínica. Desclée De Brouwer.

Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-26). The Guilford Press.

Grossmann, K., & Grossmann, K.E. (1991). Newborn behavior, early parenting quality, and later toddler-parent relationships in a group of German infants. In J.K. Nugent, B.M. Lester, & T.B. Brazelton (Eds.), *The cultural context of infancy (Vol.2).* (pp. 3-38). Ablex.

Grundmanis, L. (2023). Análisis de la relación entre la autolesión no suicida y los estilos de apego. https://aura.antioch.edu/etds/911.

Guion, L. A., Diehl, D. C., & McDonald, D. (2011). Triangulation: Establishing the validity of qualitative studies. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 103(1), 4-6.

Gutiérrez, R., & Estalayo, A. (2020). La confianza básica en la relación de apego seguro con adolescentes en contextos de protección de menores y justicia juvenil. *Clínica e investigación*

relacional, 14(2), 449-457. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N2_2020/12_Gutierrez-Estalayo_Confianza-basica-relacion-apego-seguro-Adolescentes_CeIRV14N2.pdf

Gutiérrez, R., Fandiño, R., Rodríguez, V., Estalayo, A. (2025). *La violencia adolescente en clave relacional*. Ágora.

Hamilton C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development*, *71*(3), 690–694. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00177

Handley, M. A., Lyles, C. R., McCulloch, C., & Cattamanchi, A. (2018). Selecting and improving quasi-experimental designs in effectiveness and implementation research. Annual Review of Public Health, 39, 5-25. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014128

Harlow, H. y Harlow, M.K. (1978). Aprendiendo a Amar. En J. Delval (comp.) *Lecturas de psicología del niño*, vol. 1. [Traducción del artículo publicado originalmente en 1966]. Alianza.

Harris, A. D., McGregor, J. C., Perencevich, E. N., Furuno, J. P., Zhu, J., Peterson, D. E., & Finkelstein, J. (2006). The use and interpretation of quasi-experimental studies in medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(1), 16-23. https://doi.org/10.1197/jamia.M1749

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511–524. https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511

Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, *30*(4), 417–432. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366

Hernandez-Pachecho, M. (2020). *Apego, disociación y trauma.* Descleé De Brouwer.

Hervás, G., & Vázquez, C. (2006). La regulación Afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1), 9-36. https://www.researchgate.net/publication/235428353_La_regulacion_afectiva_Modelos_investigacion_e_implicaciones_para_la_salud_mental_y_fisica#fullTextFileContent

Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Hadbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.552-598). Guilford Press.

Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and psychopathology*, *18*(2), 309–343. https://doi.org/10.1017/S0954579406060172

Hiatt, M. D., & Cornell, D. G. (1999). Concurrent validity of the Millon Adolescent Clinical Inventory as a measure of depression in hospitalized adolescents. *Journal of personality assessment*, *73*(1), 64–79. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730105

Hill, J., & Holmbeck, G. (1986). Attachment and autonomy during adolescence. *Annals of Child Development*, 3, 145-189.

Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *44*(2), 205–218. https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.205

Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura.* Desclée de Brouwer.

Holmes, J. (2001). *The search for the Secure Base: Attachment theory and psychotherapy.* Brunner-Routledge.

Holmes, J. (2010). *Exploring insecurity: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Hope, K. J. & Smith-Adcock, S. (2011). An Attachment Model for Assessing Suicidal Risk. *Journal of Counseling Research and Practice*. 2(1), 55-63. https://doi.org/10.56702/UCKX8598/jcrp0201.10

Hopkins, J. (1990). The observed infant of attachment theory. *British Journal of Psychotherapy, 6*(4), 460-470. https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1990.tb01308.x

Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139

Houston, J., & Grych, J. (2016). Maternal attachment buffers the association between exposure to violence and youth attitudes about aggression. *Journal of clinical child and adolescent psychology,* 45(5), 605-613. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.987380

Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context of multiple caregivers. In J. Cassidy, & P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 671-687). Guilford Press.

INE – Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2020)

Johnson, S. M. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families.* The Guilford Press. https://doi.org/10.4324/9781351168366

Karakurt, G., Whiting, K., & Banford Witting, A. (2019). Adult Attachment Security and Different Types of Relational Violence Victimization Among College-Age Couples. *Journal of marital and family therapy*, *45*(3), 521–533. https://doi.org/10.1111/jmft.12352

Keller, H. (2008). Attachment-Past and Present. But what about the future? *Integrative Psychological & Behavioral Science*, *42*(4), 406-415. https://doi.org/10.1007/s12124-008-9080-9

Kerr, S., Melley, A., Travia, L., & Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research*, 1(2), 108-122. https://www.researchgate.net/publication/283515895_The_relationship_of_emotional_expression_and_experience_to_adult_attachment_style#fullTextFileContent

Kirk, R. E. (1995). Experimental design: Procedures for the behavioral sciences (3rd ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Kobak, R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child development*, 59(1), 135-146. https://doi.org/10.2307/1130395

Kobak, R.R., Zajac, K., Herres, J., & Krauthamer Ewing, E.S. (2015). Attachment-based treatments for adolescents: The secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. *Attachment & Human Development, 17*(2), 220-239. https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1006388

Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development, 72*(2), 474–490. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00291

Lacasa, F. &. Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego Camir-R. *Psicopatología Salud Mental*, 24, 83-93. https://www.researchgate.net/publication/303299226_Guia_para_la_aplicacion_e_interpretacion_del_cuestionario_de_apego_CaMir-R#fullTextFileContent

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863

Lamb M. E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *55*(6), 817–824. https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.6.817

Lamb, M. E., Thompson, R. A., Gardner, W. P., Charnov, E. L., & Estes, D. (1984). Security of infantile attachment as assessed in the "strange situation": Its study and biological interpretation. *Behavioral and Brain Sciences*, *7*(1), 127–147. https://doi.org/10.1017/S0140525X00026522

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectical therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). Basic Books. https://es.scribd.com/document/713234190/Handbook-of-Psychotherapy-Integration-2019

Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la mentalización en la práctica clínica. Clínica e Investigación Relacional, 5(2), 295-315.

https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/4_G-Lanza_Polaridades-Mentalizacion_CeIR_V5N2.pdf

Larose, S., Bernier, A., & Tarabulsy, G. (2005). Attachment state of mind, students learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental Psycology*, 41(2), 281-289. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.1.281

Lawler, E. J., & Thye, S. R. (1999). Bringing emotions into social exchange theory. *Annual Review of Sociology, 25,* 217–244. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.25.1.217

Leal Guindo, M. (2011). El vínculo de apego como organizador del desarrollo en menores protegidos de 0 a 3 años. *Revista Educación Inclusiva 4(1)*, 89-102. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3957892

Lecannelier, F. (2002a). Apego y autorregulación en el desarrollo humano. *Revista Persona y Sociedad*, 6, 99-110.

Lecannelier, F. (2002b). La entrevista de apego de niños Child Attachment Interview-Cai. *Revista Terapia Psicológica*, 20(1) 53-60.

Lecannelier, F. (2018). La teoría del apego: Una mirada actualizada y la propuesta de nuevos caminos de exploración. *Aperturas Psicoanalíticas*, 7(1),1-28.

Leiva Pereira, J. E. & Concha Landeros, A. M. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud & Sociedad*, 10(1), 84-99. https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00006

León Fernández, F.J., Luque Mejía, S.G., & Maldonado Guerra, R.E. (2024). Los estilos de apego y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (Trabajo de suficiencia profesional, Universidad de Lima). Repositorio Institucional de la Universidad de Lima. https://hdl.handle.net/20.500.12724/20350

Levinson, A., & Fonagy, P. (2004). Offeding and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 112-116. https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/133805/1/Levinson_Fonagy_oct_15.pdf

Levy, K.N., Kivity, Y., Johnson, B.N., & Gooch, C.V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1996-2013. https://doi.org/10.1002/jclp.22685

Lewis, M. (1998). Altering Fate: Why the Past Does Not Predict the Future. *Psychological Inquiry*, *9*(2), 105–108. http://www.jstor.org/stable/1449102

Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial del País Vasco, 246, de 24 de diciembre de 2008. https://www.boe.es/eli/es-pv/l/2008/12/05/12

Ley 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 41, de 16 de febrero de 2024. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2024-4784

Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 29 de julio de 2015. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 15, de 17 de enero de 1996. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores. Boletín Oficial del Estado, 11, de 13 de enero de 2000. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-641

Linares, J. (2012). *Terapia Familiar ultra moderna. La inteligencia terapéutica.* Paidós.

Liotti, G. (14 - 17 de junio de 2012). *Traumas, apego y EMDR* [Comunicación en congreso]. 13º Conferencia Europea de EMDR, Madrid. https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2012/Trauma-Attachment-and-EMDR.pdf

Llorente, J. (2024). La demanda como puerta de entrada a la relación de ayuda y el vínculo educativo-terapéutico. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 3, 41-45. https://adp-cets.org/wp-

content/uploads/07.-La-demanda-como-puerta-de-entrada-a-la-relacion-de-ayuda-y-el-vinculo-educativo-terapeutico.-Javier-Llorente.-pp.41-45.pdf

Lo Cricchio, M.G., Musso, P., Lo Coco, A., Cassibba, R., & Liga, F. (2022). The relation between empathy and aggression: The role of attachment style. *Europe´s Journal of Psychology, 18*(3), 319-336. https://doi.org/10.5964/ejop.4509

Loizaga, F. (2016). *Evaluación del apego-attachment y los vínculos familiares: Instrumentos para el diagnóstico familiar en la infancia y adolescencia.* Editorial CCS.

López, F. (2006). Apego: Estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 9-23. https://doi.org/10.1174/021037006775380830

López, F.G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. Journal of Counseling Psychology, 49 (3), 355-364. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.49.3.355

Lopez, G. (2024). Adolescencia migrante. Vidas en tránsito. En A. Salvador, B. Pedrosa, M. Gómez, & G. López (Eds.), *Adolescentes Migrantes sin referentes familiares* (pp. 11-17). Dykinson.

López-Soler, C., Fernandez, M., Prieto, M., Alcantara, M., Castro, M., & López-Pina, J. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788. https://www.redalyc.org/pdf/167/16723774016.pdf

Lupo, W. (2015). EMDR en el tratamiento de los traumas y transtornos de apego. *Intercambios, papeles de psicoanálisis* 35, 23-31. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6269874

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. Personality Disorders. *Theory, Research, and Treatment, 6*(4), 366-379. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000117

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 520–554). Guilford Press.

MacCoby, E. E., & Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol.4*, 1-101.

Magai, C., Hunziker, J., Mesias, W., & Culver, L. (2000). Adult attachment styles and emotional biases. *International Journal of Behavioral Development*, 24(3), 301-309. https://doi.org/10.1080/01650250050118286

Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psycopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 237-243. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.237

Main, M. (1999). Attachment theory: Eighteen points. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and clinical applications* (pp. 845-887). Guilford Press.

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415-426. https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415

Main, M., & Goldwyn, S. (1995). Interview based adult attachment classification: Related to infant-mother and infant-father attachment. *Developmental Psychology*, 31(4), 227-239. https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.4.227

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during he Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.

Main, M., Hesse, E., & Hesse, S. (2011). Attachment theory and research: Overview with suggested applications to child custody. *Family Court Review*, 49(4), 426-463. https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 66-104. https://doi.org/10.2307/3333827

Marina González, P. (2018). La baja exigencia: Una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 15(1), 9-26. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/cuadernos-de-psiquiatria-fin.pdf

Maristany, M. (2008). Diagnóstico y evaluación de las relaciones interpersonales y sus perturbaciones. *Revista Argentina de clínica psicológica, 17(1)*, 19-36. https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921796002.pdf

Marra, T. (2005). *Dialectical behavior therapy in private practice: A practical and comprehensive guide.* New Hanbirguer Publications.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual.* Psimática.

Marrone, M. (2018). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e11, 1-9. https://doi.org/10.5093/cc2018a9

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438

Martín, N., Alonso, A., & Escribano, E. (2020). Pensando la desvinculación. *Encuentros de Educación y Psicoterapia, 1*, 64-73. https://www.escueladefamiliasadoptivas.es/wp-content/uploads/2021/01/ENCUENTROS-1_DIC-2020-64-73.pdf

Martínez Ibañez, J. J. (2016). Los modos prementales, los apegos inseguros, la mutualidad y la intimidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(3), 630-648. https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V10N3_2016/02_JJMtnez_2016_LOS%20MODOS%20PREMENTALES_CeIR_V10N3.pdf

Martínez, A., Perez, K., & Bereciartu, P. (2021). Estudio sobre la adaptación de AMBIT al Sistema Público de Salud (Osakidetza). *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 2, 29-36. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/5-ESTUDIO-SOBRE-LA-ADAPTACION...-pp.-29-36.pdf

Martínez–Ferrer, B. y Stattin, H. (2019). Self-harm, depressive mood, and belonging to a subculture in adolescence. Journal of Adolescence, 76, 12-19. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.003

Masters, J. C., & Wellman, H. M. (1974). The study of human infant attachment: a procedural critique. *Psychological bulletin*, *81*(4), 218–237. https://doi.org/10.1037/h0036184

McClellan, A. C., & Killeen, M. R. (2000). Attachment theory and violence toward women by male intimate partners. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, *32*(4), 353–360. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00353.x

McElhaney, K., Immele, A., Smith, F., & Allen, J. (2006). Attachment organization as a moderator of the link between peer relationships and adolescent delinquency. *Attachment and Human Development,* 8(1), 33-46. https://doi.org/10.1080/14616730600585250

McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child abuse & neglect*, *30*(2), 171–191. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.10.004

McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. *Addictive behaviors*, *28*(6), 1115–1127. https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00224-1

Meco Marian, N. (2023). El estilo de apego como factor de riesgo o de protección para el trastorno por consumo de sustancias (Revisión teórica). *Proyecto Hombre, (51) 113*, 51-53. https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2023/11/TFM-NATALIAMECO-REVISTAPROYECTO113.pdf

Mendikote, A. (2025). Inclusión: La cabeza alta. En R. Gutiérrez, R. Fandiño, V. Rodríguez, & A. Estalayo (Eds.). *La violencia adolescente en clave relacional* (pp. 227-238). Ágora.

Mendikote, A. (2025). Inclusión: La cabeza alta. En R. Gutiérrez, R. Fandiño, V. Rodríguez, & A. Estalayo (Eds.), *La violencia adolescente en clave relacional* (pp. 227-238). Ágora.

Meredith, P.J., Moyle, R., & Kerley, L. (2020). Substance use: Links with sensory sensitivity, attachment insecurity, and distress in young adults. *Substance Use & Misuse, 55*(11), 1817-1824. https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1766502

Mestre, V., Moreno, C., & del Barrio, V., (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología*, 1(1), 1-10.

Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(5), 1092-1106. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.73.5.1092

Mikulincer, M. (1998). Adult atachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 513-524. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.513

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Apego en la edad adulta: Estructura, dinámica y cambio.* The Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2016). *Attachment in Adulthood*. *Structure, Dinamics, and Change.* The Guilford Press. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/Attachment_in_Adulthood_Structure_Dynami.pdf

Mikulincer, M., Gillath, M., & Shaver, P. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 881-895. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881

Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related stragies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102. https://doi.org/10.1023/A:1024515519160

Mikulincer, M., Shaver, P.R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality, 81*(6), 606-616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Millon, T. (2011). MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon: Manual (Adaptación española de Gloria Aguirre Llagostera). Pearson Educación.

Molina, P., Casonato, M., Sala, M. N., & Testa, S. (2018). The Factor Structure of the CA-MIR as Evaluated Using Confirmatory Factor Analysis. *Frontiers in psychology*, *9*, 190. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/fpsyg-09-00190.pdf

Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A.M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M.D., Olave, L., & Iruarrizaga, I. (2020). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología*, 36(2), 278-287. https://doi.org/10.6018/analesps.404671

Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pedidatría,* 85(3), 265-268. 10.4067/S0370-41062014000300001

Mosquera, D. (2008). *La autolesión: El lenguaje del dolor.* Pleyadés.

Muela, F. L. (2014). Guía para la aplicación e interpetación del cuestionario de apego CaMir-R. *Psicopatología y Salud Mental*, *24,* 83-93. https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Lacasa-Fernando-24.pdf

Muller, R. (2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment: intervention strategies in individual psychoterapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trainning*, 46 (1), 68-81. https://doi.org/10.1037/a0015135

Muller, R., Lemieux, K., & Sicoli, L. (2001). Attachment and Psychopatology among formely maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 151-168. 10.1023/A:1011158919303

Muris, P., Mayer, B., & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety and depression in children. *Social Behavior and Personality*, 28(2), 157-162. https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.2.157

Muro, A. (2020). Dónde mirar para poder construir un vínculo y una intervención terapéutica de éxito. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 1, 4-18. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/ENCUENTROS-1_DIC-2020_4-18.pdf

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*, *27*(2), 253–260. https://doi.org/10.1017/s0033291796004564

Nock, M.K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based* responsiveness, Vol. 1. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.001.0001

Observatorio de la Juventud en España – Informe Juventud en España 2020

Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Oliva Delgado, A. (2011). El apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-65. https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766005.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad (11.ª ed.)*. https://icd.who.int/es/

Organización Panamericana de la Salud (2022). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf

Perca Afaray, G.C. (2021). Apego y tendencia suicida en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa "Jorge Chávez", Tacna (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada de Tacna. Repositorio Institucional UPT. https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2205/Perca-Afaray-Guillermo.pdf?sequence=1

Pérez-Elizondo, A.D. (2020). Enfermedad por autolesión. ¡Primero me corto, luego existo! *Archivos de Investigación Materno Infantil. 11*(2):77-81. https://dx.doi.org/10.35366/101554

Perris, C. (2000). Personality-related disorders of interpersonal behaviour: A developmental-constructivist cognitive psychotherapy approach to treatment based on attachment theory. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 7(2), 97-117. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(200005)7:2<97::AID-CPP230>3.0.CO;2-K

Pichón Rivière, E. P. (1985). *Teoría del vínculo.* Nueva Visión. https://proletarios.org/books/Riviere-Teoria_del_vinculo.pdf

Pietrominaco, P.R. & Feldman, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? Review of General Psychology, 4(2), 155-175. https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.155

Pinedo, J. R., & Santelices Alvarez, M. P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-209. https://www.redalyc.org/pdf/785/78524210.pdf

Pintado Rivera, J.A. (2020). Apego y riesgo suicida en adolescentes del nivel secundaria de una institución educativa pública del Callao (Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo). Repositorio Institucional UCV. https://hdl.handle.net/20.500.12692/60338

Pinto, M., & Grilo, C. M. (2004). Reliability, diagnostic efficiency, and validity of the Millon adolescent clinical inventory: examination of selected scales in psychiatrically hospitalized adolescents. *Behaviour research and therapy*, *42*(12), 1505–1519. https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.006

Pitillas, C., & Berastegui, A. (2018). *Primera Alianza.* Gedisa.

Pons, S. C., Castillo-Garayoa, J., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clinica y Salud,* 25(1), 25-32. https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6

Prentice, D. A., & Miller, D. T. (1992). When small effects are impressive. Psychological Bulletin, 112(1), 160–164. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.160

Prochaska, J. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheorical analyses.* Dorsey Press. https://openlibrary.org/works/OL1919374W/Systems_of_psychotherapy?edition=isbn_9780534222901

Prochaska, J. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In Mark A. Hubble, Barry L. Duncan & Scott D. Miller (Eds.), *The hearth and Soul of Change: What works in therapy* (pp. 227-255). American Psychological Association.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheorical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psichotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288. https://doi.org/10.1037/h0088437

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390-395. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102

Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (1978). Systems of psychotherapy: A transtheorical analysis. Oxford University Press. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hu9IDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=20.+Prochaska,+J.+(1978).+Systems+of+psychotherapy:+A+transtheoretical+analysis.+Dorsey+Press.&ots=7MpPrzVRVp&sig=D9p7GDP0foSeAZgBzuazXy_X1Pw#v=onepage&q&f=false

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46. https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.1.39

Racker, H. (1968). *Transference and Countertransference.* Karnac.

Ricks, M. H. (1985). The Social Transmission of Parental Behavior: Attachment across Generations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*(1/2), 211–227. https://doi.org/10.2307/3333834

Roberts, G., & Holmes, J. (1998). *Healing Stories: Narrative in psychiatry and psychotherapy.* Oxford University Press.

Robles, A. (2024). Modelo de Vinculación Emocional Validante en recursos residenciales con niños y niñas menores de tres años. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 3, 46-55. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/08.-Psicoterapia-de-Vinculacion-Emocional-Validante-en-recursos-residenciales-con-ninos-y-ninas-menores-de-3-anos.-Ana-Isabel-Robles.-pp.46-55.pdf

Rodríguez Vílchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. Avances en Psicología Latinoamericana, 17(1), 59-74. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/adminunife,+4.pdf

Rodríguez, M. & Morell, J. (2012). Introducción: Acogimiento y adopción: Retos e implicaciones para el futuro. *Clinica y Salud*, 23 (3); 199-204. https://doi.org/10.5093/cl2012a24

Rodríguez-Berrio, A. (2021). Prólogo. En A. Estalayo, O. Rodríguez-Ochoa, R. Gutiérrez, & J.C. Romero, *Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV)* (pp. 9-10). Octaedro.

Rodríguez-Berrio, A. (2021). Prólogo. En A. Estalayo, O. Rodríguez-Ochoa, R. Gutiérrez, & J.C. Romero, *Modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV)* (pp. 9-10). Octaedro.

Rodríguez-Ochoa, O. & Estalayo, A. (2020). La no expulsión como criterio de universalización. En A. Izaola (coord.), *VIII Congreso de la Red Española de Política Social (REPS) REPS 2021 Bilbao. Cuidar la vida, garantizar la inclusión, convivir en diversidad: consensos y retos. Actas de Congreso* (pp. 541-556). Universidad del País Vasco. VIII-Congreso-de-la-Red-Espanola-de-Politica-Social-REPS.pdf

Rodríguez-Ochoa, O., Estalayo, A., & Gonzalez, F. (2017). Abordaje terapéutico de adolescentes con graves problemas de conducta en un centro de menores. Evolución de un caso. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 101-112. https://sepypna.com/articulos/psiquiatria-63/09-rodriguez-ochoa-et-al.pdf

Rodríguez-Ochoa, O., Iraurgi, I., & Estalayo, A. (2018). Evaluación del abordaje terapéutico en un centro de justicia juvenil. *Psicopatología y salud mental*, 31, 53-66. https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Rodriguez-O-31.pdf

Rodríguez-Rodríguez, J., & Reguant-Alvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *REIRE. Revista de I`Innovació i Recerca en Educació*, 13(2), 1-13. https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048

Romano, V., Fitzpatrick, M.R., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychology. *Journal of Counseling Psychology, 55*(4), 495-504. https://doi.org/10.1037/a0013721

Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, 167*(1), 47–63. https://doi.org/10.3200/GNTP.167.1.47-63

Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 244–253. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.244

Rozenel, V. (2006). Los modelos operativos Internos (IWN) dentro de la teoría del apego. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis.* (23), 1-15

Ruiz, J. (2012). El grupo triangular: reflexiones metodologicas en torno a dos experiencias de investigación. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales,* 2012(24), 141- 162 https://www.redalyc.org/pdf/2971/297124963006.pdf

Ruiz, P., & Beteta, P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. *Zerbitzuan*, 61, 33-51. https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reflexion_baja_exigencia.pdf

Rutter M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *22*(4), 323–356. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x

Sable, P. (2007). Accentuating the positive in adult attachments. *Attachment & Human Development, 9*(4), 361-374. https://doi.org/10.1080/14616730701711573

Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K. W. (1997). Construct validity of psychopathy in a female offender sample: a multitrait-multimethod evaluation. *Journal of abnormal psychology*, *106*(4), 576–585. https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.576

Sanchez-Queija, I., & Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Psicología Social*, 18 (3), 71-86. https://personal.us.es/oliva/vinculos.pdf

Sánchez-Vázquez, A. R. (2024). Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿la base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente? *Anales de Pediatría*, 101, 299-302. https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403324002121

Schaeffer, H., & Emerson, P. (1964). The development of social attachments in infancy. Monographs of the Society for Research in Child Development, 29(3), 1-77. https://doi.org/10.2307/1165727

Scharf, M., Mayseless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents attachment representations and development tasks in emerging adulthood. *Developmental Psychology*, 40(3), 430-444. https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.3.430

Schindler, A., & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. Substance Abuse, 36(3), 304-313. https://doi.org/10.1080/08897077.2014.983586

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Küstner, U.J., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug-dependent adolescents. *Attachment & Human Development, 7*(3), 207-228. https://doi.org/10.1080/14616730500173918

Schore A. N. (2021). The interpersonal neurobiology of intersubjectivity. Frontiers in Psycology, *20*(12), 616-648. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648616

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 7–66. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N

Schroeder, A., Slopen, N., & Mittal, M. (2018). Accumulation, timing, and duration of early childhood adversity and behavior problems at age 9. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 00(00) 1–14, https://www.researchgate.net/publication/326887738_Accumulation_Timing_and_Duration_of_Early_Childhood_Adversity_and_Behavior_Problems_at_Age_9#fullTextFileContent

Seiffge-Krenke, I. (2006). Coping with relationship stressors: The impact of different working models of attachment and links to adaptation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 25-39. https://doi.org/10.1007/s10964-005-9015-4

Seiffge-Krenke, I., & Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: Links to attachment state of mind. *Journal of research on Adolescence*, 15(4), 561-582. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00111.x

Serrano, M. (2024). Trabajando las resistencias de la figura profesional. La importancia de analizar la figura del educador social en los recursos residenciales. *Encuentros de Educación y Psicoterapia*, 3, 33-40. https://adp-cets.org/wp-content/uploads/06.-Trabajando-en-las-resistencias-de-la-figura-profesional.-La-importancia-de-analizar-la-figura-del-educador-social-en-los-recursos-residenciales.-Marina-Serrano.-pp.-33-40.pdf

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Houghton Mifflin Company https://iaes.cgiar.org/sites/default/files/pdf/147.pdf

Shafiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 199-223. https://www.paragonhealth.net.au/uploads/2/6/2/4/26246570/shapiro_emdr_1989.pdf

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002a). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4, 133-161. http://dx.doi.org/10.1080/14616730210154171

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002b). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment & Human Development*, *4*(2), 243–257. https://doi.org/10.1080/14616730210157484

Sherry, A., Lyddon, W., & Henson, R. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling & Development*, 85(3), 337-348. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00482.x

Shi, Z., Bureau, J., Easterbrooks, M., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictor of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33, 55-96. 10.1002/imhj.20295

Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are.* The Guilford Press.

Siegel, D. J., & Payne, T. (2012). *El cerebro del niño: 12 estrategias revolucionarias para cultivar la mente en desarrollo de tu hijo.* Alba. https://elephantwise.org/wp-content/uploads/2020/08/1-EL-CEREBRO-DEL-NINO.pdf

Siegel, D.J., & Drulis, C. (2023). An interpersonal neurobiology perspective on the mind and mental health: personal, public, and planetary well-being. Annals of General Psychiatry, 22 (5), 1-20. https://doi.org/10.1186/s12991-023-00434-5

Silva Filho, O.C.D., Avanci, J.Q., Pires, T.O., De Vasconcellos Carvalhaes Oliveira, R., & Assis, S.G. (2023). Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: A study of a cohort of Brazilian schoolchildren. *BMC Pediatric*, 23(403), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7

Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 575–594). The Guilford Press.

Slade, A. (1999). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *48*(4), 1147-1174. https://doi.org/10.1177/00030651000480042301

Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life adversity and developmental outcomes: Interaction between genetics, epigenetics, and social environment. *Perspectives on Psychological Science* 1–27. https://childemotion.waisman.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/318/2020/07/Smith-and-Pollak-Adversity-2020.pdf

Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. In J. Solomon & C. George (Eds.), Attachment disorganization (3–32). The Guilford Press.

Soriano, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral,* XXVI(1), 49.e1 – 49.e5. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-01/impacto-en-la-conducta-de-las-experiencias-adversas-en-la-infancia/

Spitz, R. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations.* International Universities Press.

Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: A Follow-up Report on Investigation Described in Volume I, 1945. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *2*(1), 113–117. https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823540

Spuler, K., & Beltrán, E. (2019). Desde la teoría del apego adulto a los vínculos afectivos: La autoreflexión como recurso en terapia de pareja. *Redes: revista* de psicoterapia relacional e intervenciones sociales, 39, 37-40. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7010597

Sroufe, L. (1979). The coherence of individual development: Early care, attachment and subsequent development. *American Psychologist*, 34(10), 834-841. https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.834

Sroufe, L. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter, *Minnesota Symposium in Child Psychology* (pp. 41-81). Lawrence Erlbaum Associtates.

Sroufe, L. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. B. Nezworski (Ed.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18-40). Lawrence Erlbaum Associates.

Sroufe, L. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years.* Cambridge University Press.

Sroufe, L. (2000). *Desarrollo emocional.* Oxford University Press

Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartup, & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp.57-71). Lawrence Erlbaum Associates.

Sroufe, L., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48(4), 1184-1199. https://doi.org/10.2307/1128475

Sroufe, L., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13. 10.1017/s0954579499001923

Stalker, C.A., & Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually abused women. Canadian Journal of Psychiatry, 40(5), 234-240. https://doi.org/10.1177/070674379504000503

Steele, H., & Steele, M. (2008). Ten Clinical Uses of the Adult Attachment Interview. In Steele, H., & Steele, M. (Eds.), *From Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 3-30). Guilford Press. https://center-for-attachment.com/wp-content/uploads/2020/09/Steele-Ch01_2008_AAI-book.pdf

Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I., & Pilkonis, P. A. (2008). The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, *38*(5), 592–607. https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.592

Stern, D. (1998). *La primera relación madre-hijo.* Morata.

Stern, D. (2004). *The present moment in psychoterapy and everyday life.* W. W. Norton & Company.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy,

Strupp, H. (1993). The Vanderbilt studies: A synopsis. *Journal of Clinical and Counselling Psychology*, 61(3), 431-433. https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.431

Suárez-Colorado, Y.P., Ebratt-Pedraza, J.D., Samper-Santiago, C., & Medina-Cotes, J. (2019). Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Informes Psicológicos, 19*(2), 67-79. http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05

Sykes, W. S., & Turner, L. (2011). The attuned therapist: Does attachment theory really matter? *Psychotherapy Networker*, 35(1), 1–19.

Taboada Gonzalez, M. (2009). Los dilemas morales de los trabajadores sociales y la técnica de los grupos triangulares. *Documentos de Trabajo Social*, 46, 11-35. file:///C:/Users/arodrig/Downloads/Dialnet-LosDilemasMoralesDeLosTrabajadoresSocialesYLaTecni-3290382.pdf

Tambelli, R., Favieri, F., & Casagrande, M. (2024). New Addictions in Late Adolescence and Emerging Adulthood: How Attachment Style May Predict Problematic Use of Social Networks and Binge-Watching. *Healthcare*, *12*(5), 556. https://doi.org/10.3390/healthcare12050556

Tapia, L. M., & González Bravo, L. (2002). Descripción de patrones de apego en menores institucionalizados con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XI(2), 75-92. https://www.redalyc.org/pdf/264/26411206.pdf

Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monograghs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Thompson, R. (2006). The Development of the Person: Social Understanding, Relationships, Conscience, Self. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 24–98). John Wiley & Sons.

Turton, H., Berry, K., Danquah, A., Green, J., & Pratt, D. (2022). An investigation of whether emotion regulation mediates the relationship between attachment insecurity and suicidal ideation and behaviour. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1587–1598. https://doi.org/10.1002/cpp.2735

Valdés, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 139-149.

van der Kolk, B. A., Hopper, J. W., & Osterman, J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 4*(2), 9–31. https://doi.org/10.1300/J146v04n02_02

van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 8–21. https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.8

van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. Development Psychopatholy, *11*(2), 225-249. https://doi.org/10.1017/s0954579499002035

van IJzendoorn, M., & Kroonenberg, P. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. Child Development, 59(1), https://doi.org/10.2307/1130396

van IJzendoorn, M., & Van Vliet-Visser, S. (1988). The relationship between quality of attachment in infancy and IQ in kindergarten. The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development, 149 (1), 23-28. https://doi.org/10.1080/00221325.1988.10532135

van IJzendoorn, V., Feldbrugge, M., Derks, J., de Ruiter, C., Verhagen, M., Philipse, M., & Riksen-Walraven, J. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopyquiatry*, 67(3), 449-459. 10.1037/h0080246

Vaughn, B., Egeland, B., Sroufe, L. A., & Waters, E. (1979). Individual differences in infant-mother attachment at twelve and eighteen months: stability and change in families under stress. *Child development*, *50*(4), 971–975. https://www.researchgate.net/publication/22607736_Individual_Differences_in_Infant-Mother_Attachment_at_Twelve_and_Eighteen_Months_Stability_and_Change_in_Families_under_Stress#fullTextFileContent

Vega, D., Sintes, A., Fernandez, M., Punti, J., Soler, J., Santamaria, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martinez-Giménez, R., Romero, S., Pascual, J.C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿Quién, Cómo y Porqué? *Actas Españolas Psiquiatría*, 46(4), 146-155. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6522853

Vetere, A., & Dallos, R. (2012). *Apego y terapia Narrativa.* Morata.

Villegas Besora, M. (1992). El análisis de la demanda: Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, VII(26-27), 25-78. https://centroitaca.com/sites/default/files/biblioteca/000022.pdf

Wallin, J. (2007). *Attachment in psychotherapy.* The Guilford Press. https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D2y3V3_Attachment_in_Psychotherapy.pdf

Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Development*, 49(3), 483-494. https://doi.org/10.2307/1128714

Waters, E., & Cummings, E. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164-172. https://www.jstor.org/stable/1132229

Waters, E., Hamilton, C., & Weinfield, N. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development,* 71(3), 678-683. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00180

Waters, E., Kondo-Ikemura, K., Posada, G., & Richters, J. (1991). Learning to love: Mechanisms and milestones. In M. G. Sroufe (Ed.), *Self processes and development* (pp. 217-255). Minnesota Symposium on Child Psychology.

https://www.researchgate.net/publication/232441050_Learning_to_love_Mechanisms_and_milestones

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowel, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, *71*(3), 684-689. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176

Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, *71*(3), 695-702. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00178

Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development, 71*(3), 695-702. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00178

Wesselmann, D., & Potter, A. (2009). Change in adult attachment status following treatment with EMDR: Three Case Studies. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(3), 178-192. https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.178

White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays.* Dulwich Centre Publications.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to therapeutic ends*. W. W. Norton & Company. https://josefaruiztagle.cl/wp-content/uploads/2020/09/Michael-White-David-Epston-Narrative-Means-to-Therapeutic-Ends-W.-W.-Norton-Company-1990-1.pdf

Winnicott, D. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment.* The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. https://selfdefinition.org/burns/DW-Winnicott-The-Maturational-Process-and-the-Facilitating-Environment-1965.pdf

Winnicott, D. (2018). *Through Paediatrics to psychoanalysis.* Routledge. https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780429908774_A35095491/preview-9780429908774_A35095491.pdf

Yahyapour Azad M., Hamzehpoor Haghighi T., & Khosravaniyan S. Prediction of Non -Suicidal SelfInjury based on attachment styles in high school female students. *Caspian J Pediatrs* March 2023; 9: e15. https://caspianjp.ir/article-1-216-en.pdf

Young, J. E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner´s guide.* The Guilford Press.

Zalaquett, D., Schonstedt, G., Angeli, M., Herrera, C., & Moyano, A. (2015). Basics of early intervention in children with autism spectrum disorders. *Sociedad Chilena de Psiquiatria*, 86(2), 126-131. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). La psicoterapia integrativa funciona. *Fronteras de la psicología*, *6*, 2021. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.02021

Zimmermann, P., Maier, M., Winter, M., & Grossmann, K. (2001). Attachment and adolecents emotion regulation during a joint problem-solving task with a friend. *International journal of Behavioral Development*, 25(4), 331-343. https://doi.org/10.1080/01650250143000157

Zortea, T. C., Gray, C. M., & O'Connor, R. C. (2021). The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *25*(1), 38–73. https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1661893