

La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública

FERNANDO LACASA SALUDAS¹ Y GEORGE DOWNING²

RESUMEN

La video intervención terapéutica: una psicoterapia de apego y mentalización en la asistencia pública. La Video Intervención Terapéutica (VIT), de George Downing, tiene evidencia científica y, a diferencia de otros métodos útiles para niños pequeños, puede aplicarse a lo largo de la infancia y adolescencia. Es flexible y puede indicarse como tratamiento único o como parte de un plan de tratamiento. Estas cualidades lo hacen idóneo para incluirse en la cartera de servicios de la asistencia pública. En la primera parte de este artículo, se describe el método VIT, su procedimiento, características, conceptos operativos esenciales y algunas aplicaciones clínicas. En la segunda parte, se presenta un estudio retrospectivo de la aplicación VIT en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil. **Palabras clave:** Terapia de videointervención, apego, mentalización, psicopatología infantil y juvenil, asistencia pública.

ABSTRACT

Video Intervention Therapy: attachment and mentalization psychotherapy in public care. George Downing's Video Intervention Therapy (VIT) has scientific evidence and, unlike other methods useful for young children, it can be applied throughout childhood and adolescence. It is flexible and can be used as a stand-alone treatment or as part of a treatment plan. These qualities make it suitable for inclusion in the public health care portfolio. In the first part of this article, the VIT method, its procedure, characteristics, essential operational concepts, and some clinical applications are described. In the second part, a retrospective study of the VIT application in a Child and Adolescent Mental Health Centre is presented. **Keywords:** Video intervention therapy, attachment, mentalization, child and adolescent psychopathology, public assistance.

RESUM

La videointervenció terapèutica: una psicoteràpia d'aferrament i mentalització en l'assistència pública. La videointervenció terapèutica (VIT), de George Downing, té evidència científica i, a diferència d'altres mètodes útils per a nens petits, es pot aplicar al llarg de la infància i adolescència. És flexible i es pot indicar com a tractament únic o com a part d'un pla de tractament. Aquestes qualitats la fan idònia per incloure-la en la cartera de serveis de l'assistència pública. A la primera part d'aquest article, es descriu el mètode VIT, el procediment, característiques, conceptes operatius essencials i algunes aplicacions clíniques. A la segona part, es presenta un estudi retrospectiu de l'aplicació VIT en un centre de salut mental infantil i juvenil. **Paraules clau:** teràpia de videointervenció, aferrament, mentalització, psicopatologia infantil i juvenil, assistència pública.

Introducción

Los programas y técnicas terapéuticas de vídeo intervención, también llamadas de vídeo-feedback, son una nueva modalidad de

tratamiento psicológico, que básicamente utiliza grabaciones de secuencias de interacción entre hijos y padres, entre hermanos o dentro de un grupo de iguales, con la finalidad de promover cambios terapéuticos.

¹Ph. D. Salud Mental Infantil y Juvenil, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

²Ph. D. Clinical Faculty member in Child Psychiatry at Salpêtrière Hospital, Paris.

Contacto: fernando.lacasa@sjd.es

Recibido: 31/8/21 - Aceptado: 13/9/21

En la actualidad los medios audiovisuales están completamente incorporados a la cotidianidad. El uso de los móviles ha generalizado los vídeos en todas las franjas de edad. Las familias recogen los acontecimientos familiares en imágenes y vídeos. Los jóvenes, adolescentes y adultos los usan continuamente en sus redes sociales.

Recientemente, la pandemia COVID y el confinamiento han implicado la generalización del uso de las comunicaciones a distancia y de la imagen, así como en las intervenciones terapéuticas en línea. Todo ello configura un clima favorable a la incorporación del vídeo en la práctica clínica de la asistencia pública.

El uso del vídeo en psicoterapia de niños y adolescentes no es una mera adaptación de la psicoterapia clásica, sino que tiene una técnica y una teoría de la técnica diferentes. Los terapeutas que lo incorporan a su práctica deberían tener una extensa comprensión del desarrollo, así como de las técnicas de evaluación de la interacción (Lotzin et al., 2015) y de la psicoterapia basada en el análisis de dichas interacciones. Desde el año 2010 hasta 2019, George Downing ha dictado seminarios sobre la Video Intervención Terapéutica (VIT) y sus aplicaciones en la Fundación Ferran Angulo de Barcelona desde 2013 hasta la actualidad (1). La exposición de la VIT de George Downing que viene a continuación es fruto de dichos seminarios, así como de propia práctica del autor y la supervisión de terapeutas y equipos profesionales.

A modo de presentación, se hace un recorrido de los antecedentes de las intervenciones terapéuticas con vídeo. A continuación, en la primera parte de este artículo, se describe el método VIT, su procedimiento, características, conceptos operativos esenciales y algunas aplicaciones clínicas. En la segunda parte, se presenta un estudio retrospectivo de la aplicación VIT en un Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

Antecedentes de la video intervención

El uso de las filmaciones para estudiar el desarrollo del niño se remonta a los años 40 del siglo pasado, con Spitz y sus estudios sobre los efectos de la separación materna de los bebés cuyas madres ingresaban en prisión. Spitz (1972) observó que algunos bebés caían en un estado de retraimiento que denominó “depresión anaclítica”. Y si

la separación de la madre continuaba, los niños llegaban a un estado irreversible que llamó “hospitalismo”. En los años 50, fueron James y Joyce Robertson, que trabajaban con Bowlby, quienes filmaron el famoso caso de John, un bebé de 18 meses separado de su madre durante ocho días, cuya filmación permitía observar de forma clara el padecimiento y la ansiedad de separación del niño tras una separación mucho más corta que las descritas por Spitz, así como efectos persistentes en el desarrollo (Robertson y Robertson, 1967-1972).

Con la llegada del vídeo en los años 70 y 80, otro grupo de clínicos pioneros hicieron importantes descubrimientos sobre las competencias y vulnerabilidades del bebé. El estudio de grabaciones de vídeo mediante técnicas microanalíticas permitió estudiar las competencias del bebé y la interacción madre-hijo, con un detalle y finura no conocido hasta la fecha (Bakermans-Kranenburg, 2006; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer, 2003; Beebe, Sorter, Rustin y Knoblauch, 2003; Berry, Nugent y Costas, 1997; Tronick y Reck, 2009; van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2019).

Un primer intento de utilizar vídeos de relaciones madre-hijo *ejemplares* con poblaciones de riesgo para mejorar la interacción no fue efectivo. Esos vídeos diseñados para enseñar la forma correcta de cuidar a los bebés no producían ningún cambio en las madres. Estas no se fijaban en la interacción madre-hijo ejemplar, sino en aspectos superficiales como la ropa que llevaban las madres modelo y, al cabo de cierto tiempo, perdían la atención sobre los vídeos. Se llegó a la conclusión de que las madres necesitaban el espejo de sus propios vídeos para cambiar su conducta (Juffer, Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2007).

Además, Selma Fraiberg, en su trabajo pionero *Fantasmas en la habitación de los niños*, había mostrado cómo la presencia del niño en la psicoterapia madre-hijo tiene un gran efecto movilizador y acerca la experiencia interna de la madre en vivo, de una manera que no podría ser reproducida en una psicoterapia individual (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975). Solo quedaba, pues, introducir en la psicoterapia la grabación por vídeo de las interacciones reales.

Para Steele (2014), tres de las ventajas que tiene

el uso del vídeo en psicoterapia respecto de otras modalidades de psicoterapia madre-hijo tienen que ver con la experiencia de verse a sí mismo desde la posición de un “observador externo”. La primera ventaja que señala Steele es que la experiencia de estar observando el video juntos padre y terapeuta facilita el acuerdo entre ambos sobre la dirección en que debe tomar el cambio; es decir, facilita la alianza terapéutica. La segunda ventaja que menciona Steele es que la experiencia de observarse a uno mismo en interacción con el propio hijo mejora el funcionamiento reflexivo. Una tercera ventaja es que se trata de una experiencia de observación multimodal (auditiva, visual, cognitiva, cargada de afecto) y que el hecho de poner en palabras conductas, pensamientos, sentimientos, creencias, etc., supone desde el primer momento una elaboración de estos.

Las indicaciones terapéuticas de los programas de vídeo-feedback son amplias y abarcan distintas edades y problemáticas. En la primera y segunda infancia se aplican en los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos afectivos, los trastornos de conducta, los trastornos de alimentación, etc.; en la pubertad y adolescencia, están indicadas en el tratamiento de los trastornos de conducta y de las dificultades de relación entre padres e hijos, entre otros. Estas intervenciones terapéuticas basadas en la interacción pueden utilizarse tanto como tratamiento de primera elección, como asociadas a otros tipos de intervenciones de naturaleza verbal, como terapia individual, familiar, etc.

Finalmente, la relación coste-beneficio de los programas de vídeo-feedback es excelente. Un meta-análisis de Bakermans-Kranenbourg, van IJzendoorn y Juffer (2003), cuyo sugerente título es *Menos es más*, observó que las intervenciones de video feedback son más efectivas que otras que no usan el vídeo para mejorar la sensibilidad parental y el apego de los niños pequeños, y que las intervenciones de menos de cinco sesiones fueron más efectivas que las que duraban más. Todo ello hace que este tipo de intervenciones sea idóneo en la asistencia pública.

PRIMERA PARTE: VIDEO INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La VIT es una de las modalidades de vídeo-

feedback más interesantes por su flexibilidad y amplia aplicación. George Downing, su autor, la ha definido como un enfoque psicoterapéutico basado en el apego y la mentalización, que se adapta bien a la perspectiva cognitivo conductual. Se basa tanto en técnicas de mentalización como en otras técnicas desarrolladas ad hoc para VIT (Downing et al., 2013). La VIT es una terapia manualizada, lo que permite individualizar la intervención al contexto donde se aplica, según las necesidades y recursos de las personas que participan en él (Leyton et al., 2019). A diferencia de los enfoques clínicos tradicionales basados en la intervención del especialista en la consulta o el hospital, fuera del espacio habitual del niño, la VIT opera con las personas significativas, no solo en los contextos clínicos, sino que también en el contexto del niño y del adolescente, su casa, la residencia tutelar, la escuela, etc.

Responde a un modelo de tratamiento centrado en la familia y su foco son actividades habituales del niño o el adolescente, como el juego, el diálogo padres-hijos o actividades diarias, tales como la comida, el sueño, el aprendizaje, etc., a partir de las cuales la VIT trata de desarrollar habilidades nuevas (Downing, 2007, 2008; Downing, Bürgin, Reck y Ziegenhain, 2008; Downing, Wortmann-Fleischer, von Einsiedel, Jordan y Reck, 2013; Facchini, Martin y Downing, 2016; Leyton et al., 2019; Riva, Ierardi, Albizzati y Downing, 2014, 2016; Tello, López y Pérez, 2011).

La VIT tiene varias ventajas respecto de otros métodos de psicoterapia madre-hijo. En primer lugar, se puede aplicar en una franja de edad más amplia que otros métodos de psicoterapia madre-hijo con vídeo. En general, las intervenciones con vídeo están diseñadas para aplicarse en la primera infancia, sobre todo en los tres primeros años. Sin embargo, la VIT puede aplicarse desde los primeros meses hasta la adolescencia. Una segunda ventaja es su flexibilidad para realizarse con diferentes indicaciones, tal como se ha señalado antes. En tercer lugar, las grabaciones de vídeo se pueden trabajar psicoterapéuticamente, tanto individualmente como en grupo. Una revisión de psicoterapias madre-hijo puede encontrarse en Rusconi-Serpa, Sancho y McDonough (2009).

Por último, la VIT está concebida como un

procedimiento multimodal. Se puede operar tanto de forma transversal como secuencial. De manera transversal, en una sesión se puede pasar de lo que Downing llama “película exterior”, esto es, la conducta interactiva, a la “película interior”, esto es, los pensamientos, afectos, recuerdos que cada participante ha experimentado internamente durante la interacción y que se evocan al visionar la grabación. En ocasiones, se opera de forma secuencial, paso a paso; en las primeras sesiones, se opera solo con la película exterior y, en las siguientes, con la película interior.

El uso de grabaciones da la posibilidad de observar y observarse, lo que mejora el funcionamiento reflexivo o mentalización. La mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar la propia conducta y la de los demás, como expresión de estados mentales, sentimientos, pensamientos, fantasías, creencias y deseos. Es muy probable, por ejemplo, que cuando un padre o madre contempla una secuencia de interacción con su hijo, se pregunte qué estaría pensando él en ese momento o qué podía estar pensando su hijo. Muchos padres se sorprenden al verse en el vídeo y dicen cosas como “no sabía que yo hacía eso”, “no me había dado cuenta de tal cosa”, etc.

El uso del vídeo cambia las posiciones de paciente y experto. Habitualmente, la relación paciente-terapeuta es asimétrica. Hay un experto que sabe y un paciente o una persona que no sabe; en la VIT, se reconoce a los propios padres o participantes como expertos, al proponer a la persona ver juntos la grabación. Esta posición técnica disminuye el temor de los participantes a ser evaluados y culpados de las cosas que no van bien.

Procedimiento

Al plantear la VIT como parte de un plan terapéutico, se explica qué es lo que puede aportar el vídeo, qué se trata de obtener y en qué consiste el procedimiento. Cada sesión tiene dos partes: en la primera, se graba un vídeo que se reserva generalmente para visionar en la sesión siguiente y, en la segunda parte, se trabaja con el vídeo grabado en la sesión anterior. Con frecuencia se usan vídeos grabados en casa por los

padres, que pueden llevarse después y que no es necesario guardar por el clínico, con lo que se evitan los requerimientos que las leyes de protección de datos establecen para su custodia. Aun cuando se opera con vídeos grabados en casa, es conveniente grabar un primer vídeo en la consulta para explicar qué debe grabarse y cómo hacerlo.

La consigna es realizar la grabación de una interacción entre dos o más personas, aquellas con las que se desea trabajar. No son útiles los vídeos en que aparece una sola persona, u otras en que hay dos o más fuera de plano, ni aquellos vídeos en que los participantes se dirigen a la cámara y no interactúan entre ellos.

En cuanto al número de vídeos, para un caso son suficientes entre uno y cuatro; en ciertas ocasiones son necesarios más. El número de vídeos se puede aumentar en determinadas circunstancias: cuando el cambio que se propone es muy lento; si la generalización es difícil, por ejemplo, el niño cambia en unos contextos, pero no en otros; si se abordan diferentes problemas del mismo caso (ansiedad de separación, límites...); cuando se trabajan varias relaciones (padres, hermanos, todos...); cuando el niño o el adulto tienen una discapacidad; si hay alto riesgo de recaída.

Downing (2013) ha descrito el siguiente protocolo de intervención:

1. Mostrar una parte del vídeo, por ejemplo, los primeros dos minutos, y esperar que el paciente reaccione, que comente algo de eso que ha visto.
2. Se muestra algo positivo, un aspecto positivo de la interacción: el afecto, el manejo del espacio, el lenguaje, etc. Con algunos pacientes son suficientes los pasos 1 y 2 y sólo uno o dos vídeos para promover un cambio.
3. Mostrar un patrón negativo, quizá dos, pero no más. En la misma sesión, es preferible trabajar con un solo patrón negativo. Al mostrar y profundizar en un patrón negativo es importante cuidar el lenguaje que se utiliza, de forma que la madre o el padre no se sientan criticados.
4. Explorar el patrón negativo en profundidad. Aquí, se pueden introducir diferentes técnicas, si no se han introducido antes. Se trata de trabajar con la *película interior* y lo inter

e intrasubjetivo: mentalización, exploración emocional, técnicas corporales, pasado de los padres, etc.

5. Finalizar con un paso de acción. Puede ser un *role playing*. El terapeuta toma el lugar de la madre/padre y muestra acciones alternativas. También pueden darse indicaciones concretas para casa. En el *role playing*, se trata de favorecer que el padre o la madre conecte emocionalmente con el niño. Hacer pensar, favorecer la exploración de alternativas mediante preguntas: ¿qué le ayudará para...?, ¿qué puede hacer...?, ¿cómo lo puede hacer...?
6. Al terminar se intenta que la persona haga un resumen de la sesión: "en esta sesión, ¿qué partes han sido las que más te han ayudado?"

Categorías para la interacción

Para analizar la interacción y determinar tanto los patrones positivos como negativos, George Downing (2008, 2013) desarrolló una serie de categorías basadas en la teoría del apego, el microanálisis y la investigación del desarrollo.

Conexión física y emocional. Tipo de contacto físico y emocional que se establece entre los miembros en interacción. Se refiere a la capacidad de los padres para conectar y calmar al niño y también a la capacidad del infante para conectar y dejarse calmar.

Colaboración práctica. Capacidad o no de hacer actividades conjuntas. Independiente de las emociones. Se refiere a la capacidad de realizar juntos una o varias acciones en torno a un fin. Puede haber escasa conexión y buena colaboración, por ejemplo, en un juego de reglas.

Límites. Cómo se establecen, si se aceptan o no y la conducta que implica una u otra opción. Esta categoría tiene que ver con explicitar los límites y el marco, en general verbalmente.

Negociación. Es la capacidad de poder resolver conflictos de manera consensuada y comunicativa. Se valoran tanto los aspectos verbales como no verbales.

Autonomía. Se refiere a potenciar lo que el niño necesita para mejorar su desarrollo. Si la interacción genera impotencia o independencia; si el adulto ofrece su ayuda de manera dosificada y ordenada, si los problemas se asumen y a partir de ahí se buscan soluciones.

Organización del espacio. Cómo se ubican y

organizan los participantes en el espacio de relación, lenguaje corporal y situación de los objetos.

Organización del tiempo. Tiene que ver con el ritmo y las pausas. Ritmo de la secuencia interactiva, la alternancia, el cómo están estructuradas las actividades en el tiempo y cómo se organiza la acción.

Discurso. Se refiere al contenido verbal de los participantes. Qué dicen y cómo lo dicen, si es adecuado a la edad del niño o la niña, la coherencia del discurso, si se describe la acción y se verbalizan las emociones del niño, si hay negociación y se tiene en cuenta la opinión del otro, si la cantidad y la calidad de información es adecuada, si la información que se da es verosímil, si es lógica y si los mensajes son claros, ordenados y sin ambigüedad.

Conceptos operativos esenciales

Primero mostrar algo positivo

Como se ha comentado en el apartado de procedimiento tipo, la VIT empieza siempre mostrando algo positivo. Se trata de disminuir la impresión de quedar expuesto a la mirada del otro, pues dicha exposición puede generar ansiedad y sentimiento de culpa. Muchos padres sienten culpa por el hecho de tener que consultar por problemas psicológicos de sus hijos, ya que viven dichos problemas como resultado de fallos en su propia parentalidad. En segundo lugar, como el hecho de verse en la interacción activa el sistema de apego, puede que se activen representaciones inseguras de apego que impliquen una desregulación del afecto. El terapeuta, al mostrar los aspectos positivos de la relación, infunde seguridad y confianza. Es como si les dijéramos "habrá cosas negativas, pero también las hay positivas y como terapeuta soy capaz de reconocerlas".

Otro motivo por el que la VIT se focaliza primero en las interacciones positivas es que estimular los patrones positivos es una forma de reducir los patrones negativos. Si trabajamos con una madre o un padre con conductas intrusivas y vemos que en el vídeo le dice unas pocas palabras al bebé, se puede parar el vídeo, señalar esa breve comunicación y tratar de reforzarla: decir, por ejemplo, que hace muy bien al hablar con su bebé y que podría hacerlo mucho más

porque esto mejorará su desarrollo. De manera implícita, le transmitimos la idea de que el bebé la entiende o acabará entendiéndola, que tiene una mente y su conducta tiene un sentido. Es probable entonces que el refuerzo de esa breve verbalización le anime a hablar más a su bebé y a tratar de entenderlo, en lugar de imponer su iniciativa y sus deseos.

Marco claro

Les decimos a los padres que empiecen por enmarcar la acción explicándole al niño o niña lo que va a ocurrir antes, durante y después de la interacción. Y que lo expliquen de manera adaptada a la edad y capacidades del niño. Tienen que empezar describiendo el objetivo o acción general y después las acciones a realizar: “vamos a hacer esto, primero haremos aquello, luego esto otro, etc.”. Al final, se resume lo que ha ocurrido: “hemos hecho estas cosas”. El factor marco claro es más importante de lo que imaginábamos antes. Reduce la incertidumbre y favorece el desarrollo de la acción posterior. La incertidumbre es propia de familias con un funcionamiento caótico, por ejemplo, aquellas con un apego desorganizado o con violencia doméstica, entre otras. Al anticipar al niño la acción que va a ocurrir a continuación, le estamos dando un plan cognitivo con el que prever la situación, lo que le permite anticipar y ajustar sus propias acciones.

Ritmo

Se relaciona con el marco, tiene que ver con adaptarse al ritmo del otro, tener en cuenta la cadencia interactiva. Stern (1991) descubrió que las interacciones se organizan como acciones y pausas: después de determinada acción, viene una pausa. Las pausas sirven para regular la activación y modular la respuesta a los estímulos. Por ejemplo, el niño que toma el pecho o el biberón necesita parar cada cierto tiempo, hacer una pausa, regular su activación, para luego continuar mamando. Esto se observa en todo tipo de interacciones y es importante que los padres, sobre todo de los niños pequeños, acepten esas pausas y pauten su interacción de acuerdo con ellas. Con los niños mayores, el ritmo de la interacción es diferente pero también se organiza con acciones y pausas. Estas cambian con la

edad y capacidades del niño. Muchos padres necesitan aprender a esperar y observar la iniciativa del niño, después responder a dicha iniciativa para luego volver a esperar. La idea de ritmo se aplica lo mismo a una interacción que a un diálogo.

Lenguaje

Refuerzo verbal. El terapeuta en la VIT utiliza un lenguaje positivo, que valida de forma positiva las emociones de los padres y de los niños. Cuando se pasa a trabajar con los patrones negativos, el terapeuta prepara el terreno tratando de no juzgar ni culpar. Por ejemplo, se pueden utilizar expresiones como “si ustedes me dan permiso, les diría alguna cosa que podrían mejorar”. No se habla con los participantes en términos de si lo que hacen está bien o mal, sino de si tal conducta funciona o no funciona. Con frecuencia, se propone a los padres que alaben las acciones de los niños. La alabanza refuerza aquellas conductas que se desean obtener. A muchos padres les parece superfluo o innecesario alabar las conductas de los niños y, sin embargo, no dudan en sancionar o incluso criticar su conducta. El refuerzo verbal se usa en todas las edades, en niños mayores de seis años es más sutil y ajustado al contexto.

Lenguaje descriptivo. Con los niños pequeños, se anima a los padres a utilizar un lenguaje descriptivo. El padre describe lo que está haciendo el niño o lo que está haciendo él mismo. En el lenguaje descriptivo, se deben de evitar tanto las críticas como las preguntas. La VIT incorpora el lenguaje descriptivo en muchas interacciones, en especial con niños pequeños o con problemas de desarrollo como el autismo. Hay tres tipos de lenguaje descriptivo dirigido al niño: describir lo que el niño está haciendo; describir lo que el niño escucha y/o ve; expresiones sobre el mundo interno del niño (“me parece que te está gustando jugar con el coche”). Hay dos tipos de lenguaje descriptivo referidos al padre, que expresan la experiencia compartida: el adulto puede describir la acción que está haciendo o va a hacer (“voy a hacer esto”); lenguaje que se refiera al mundo interno del padre (“me gusta esto de hacer una torre contigo”).

Los niños que tienen problemas para regular las emociones necesitan que los padres nombren

las emociones utilizando un lenguaje descriptivo verbal y un *lenguaje corporal*. De esta forma, ayudan al niño comprender la situación. Emociones similares experimentadas y nombradas sucesivas veces se organizan como un patrón que dota de significado a la experiencia emocional del niño. Cuando una madre dice, por ejemplo, “ah, estas enfadado, lo entiendo”, al tiempo que baja la voz y utiliza un tono de voz cálido, está utilizando un lenguaje descriptivo de la emoción que experimenta el niño, que le ayuda a entender lo que está experimentando. Al mismo tiempo, la respuesta corporal de la madre, su tono de voz cálido y su volumen más bajo que el del niño enfadado, también contribuye a modular la emoción aguda del niño. Cuando la respuesta parental es empática y contingente, el niño se reconoce en ella, lo que sumado a la modificación del afecto que introduce la madre (calidez de la voz y volumen bajo), ayuda a la regulación de la experiencia emocional del niño, de forma que este reexperimenta la emoción modulada por la respuesta del adulto. Esto tiene que ver con la función especular materna (Gergely y Watson, 1996).

Propuestas de interacción

Juego

Gran parte de las sesiones de la VIT que se proponen con niños pequeños son secuencias de juego con presencia y/o participación del padre o de la madre. Se graban unos minutos de juego del infante con la madre o el padre, en casa o la consulta, con algunos juguetes adecuados a la edad. Uno de los primeros aspectos a observar es cómo organizan el espacio, sus posiciones y los juguetes, y si esta organización facilita o no la interacción.

Hay diferentes temas que podemos observar en los niños: la clase de juego, lo implicados y concentrados que están, la variabilidad o repetición del tema como ocurre en el juego traumático, la creatividad en el sentido de imaginativo, si reconoce el papel del adulto, si regula los afectos negativos o le desbordan y se desbarata el juego, el placer de jugar, las funciones ejecutivas (concentración y planificación), el nivel evolutivo del juego a nivel verbal, motor y cognitivo, etc.

En los padres podemos observar si se incluyen o se mantienen al margen del juego, si acompañan la acción del niño con expresiones verbales emocionales, si son creativos, si dan alabanzas, si hacen eco a la acción o verbalización del niño y si ayudan a expandir el tema, si hay calidez, si dan apoyo justo o son controladores o intrusivos, etc.

Con los padres que dicen que no saben jugar, o vemos que su juego es pobre, o con aquellos que son intrusivos o controladores, se puede proponer la técnica de “solo comentario”. Esta propuesta, desarrollada por Nancy Cohen, Elisabeth Muir y Mirek Lojkasek (Cohen et al., 1999) en Canadá consiste en instruir a los padres para que únicamente hagan comentarios y alabanzas al niño mientras juega, nada más. La madre o el padre se sienta al lado y no da órdenes, ni hace preguntas, ni emite críticas, solo comenta lo que hace el niño, describe el juego como si estuviera relatando un partido o un documental. Al principio, los comentarios pueden ser sólo de las acciones del niño durante el juego. Luego, se pueden incorporar comentarios sobre los afectos en juego. Más tarde, se amplía la gama de emociones y, progresivamente, se van completando los comentarios, incluyendo mentalización (Downing, 2015).

Niños mayores o adolescentes. Con los niños mayores y los adolescentes se pueden proponer situaciones de interacción con material. Puede ser, por ejemplo, con bloques de madera tipo Jenga. La consigna es que pueden hacer lo que quieran con el material que se les facilita durante unos minutos y que se grabará esa actividad. No se concreta si esa actividad la tienen que hacer juntos o por separado, uno al lado de otro, ya que esto es un ítem para observar.

Una propuesta interesante, tanto con niños pero especialmente con púberes y adolescentes, es la de Ruth Feldman (1998a, 1998b). Feldman propone tres temas sobre los que pueden dialogar. El primero se llama “Un día divertido” y consiste en conversar durante unos minutos sobre cómo pasar un día divertido juntos. La segunda es una “Discusión sobre algo conflictivo”: se trata de seleccionar con ellos un tema que suponga cierto nivel de conflicto, pero un conflicto leve o moderado, no ha de ser un conflicto grave que pudiera provocar una reacción

emocional importante. El tercer tema sobre el que hacer un vídeo es el de “Dar apoyo”. Por turnos, cada uno cuenta al otro algo triste que le haya ocurrido, pero debe ser algo fuera de la relación entre los participantes. El otro tiene que darle apoyo durante unos minutos. En la segunda parte del vídeo se invierten los papeles.

Role playing

Se utiliza el *role playing* para ayudar al padre o a la madre a explorar los pensamientos y sentimientos que puede estar sintiendo él mismo u otra persona. A partir de una secuencia del vídeo elegida, la técnica básica consiste en poner al padre o la madre en la piel de la persona para tratar de ampliar la mentalización de sí mismo o de los demás en la situación elegida. Por ejemplo: “imagina que estás ahí en el vídeo..., imagina lo que estás pensando, incluye también las emociones... ¿cómo te sientes? (...), ¿en qué parte del cuerpo sientes esa emoción? (...), ¿qué piensas entonces? (...), ¿qué ocurre/qué haces entonces? (...), ¿qué otra cosa podrías hacer? (...)”.

Se puede dar un paso más y proponer a la persona representar con el terapeuta, en la consulta, la situación grabada en el vídeo intercambiando los personajes. El terapeuta puede, por ejemplo, hacer de padre, madre o de paciente y este hacer de hijo, padre, hermano, etc. El *role playing* es útil tanto para mentalizar, como para explorar alternativas. Al representar la situación grabada se trata de que la persona busque sus propias estrategias. Esto siempre es preferible a que sea el terapeuta quien se las ofrezca; por ejemplo, se pide a la persona que imagine qué otras posibles respuestas pueden darse en la interacción examinada, que busque en su interior en ese momento o en los próximos días, qué puede hacer.

Negociación

La capacidad de negociación aparece a los cinco años, cuando el niño tiene suficiente *teoría de la mente* para saber qué puede estar pensando el otro y para buscar un compromiso entre el otro y uno mismo (Rochat, 2009).

En la VIT se pueden proponer directamente vídeos de negociación. Son muy usados con adolescentes, pero también con niños agresivos, con problemas de adicción y, en general, en

casos en que los padres se sienten impotentes o se dan por vencidos. En estos vídeos, es importante que los padres validen lo que los chicos dicen, que les hagan saber que se les escucha y que se ha entendido lo que quieren decir. Muchos padres tienen que aprender a escuchar, dar tiempo a que los chicos se expresen y no anticiparse ni interrumpir al otro. No es necesario buscar soluciones con urgencia.

A diferencia de la mayoría de los vídeos con los que se trabaja con VIT, que duran entre cinco y ocho minutos, los vídeos de negociación son largos, de unos 20 a 30 minutos. Se eligen primero temas que no sean muy conflictivos, para dar tiempo a incorporar la sistemática de la negociación. Un modelo para una buena negociación, según Downing (2010a), contiene seis pasos:

1. Enfocar bien el tema, hacer una formulación inicial clara: “vamos a hablar sobre este tema durante un rato y trataremos de encontrar una solución, ¿te parece bien?”. Y, durante la conversación, se mantiene el foco sin desviarse a otros temas.
2. Deseos y necesidades de cada uno. Cada uno dice lo que quiere y escucha al otro. El terapeuta o ambos validan lo propuesto por cada uno antes de llegar a ninguna conclusión.
3. Se expresan todas las sugerencias e ideas que podrían ser soluciones.
4. Se evalúan los aspectos positivos y negativos de cada una de las propuestas.
5. Se toma una decisión.
6. Hay que especificar qué implica esa decisión, qué tiene que hacer cada uno.

Apego

Estudios de Mikulincer y Shaver (2016) muestran que existe una pre-activación del sistema de apego adulto cuando se contemplan determinados estímulos visuales relacionados con las figuras de apego o con estímulos amenazantes, incluso cuando estos estímulos son subliminales. Leyton et al. (2019), apoyándose en dichos estudios, mantienen que, para una madre o un padre, el hecho de verse a sí mismo con su hijo o hija puede ser una experiencia emocional capaz de activar parcialmente el sistema de apego. El terapeuta, al mostrar a los padres los *buenos momentos* de relación y al señalar

alguna de las habilidades que pueden aparecer en el vídeo (todos los padres tienen habilidades que se pueden rescatar), contribuye a disminuir el malestar y la angustia que los padres sienten y, de esa manera, puede ayudarles a regular las emociones abrumadoras que hubieran aflorado.

Reconocer al otro es también una característica del apego seguro, de forma que la conducta del terapeuta reconociendo los aspectos positivos y los *buenos momentos* de interacción es una manera de fortalecer las habilidades emergentes y la autoestima de los padres, además de un ejemplo del tipo de conducta que se propone alcanzar.

Sensibilidad parental. La investigación ha observado tres factores parentales que promueven un apego seguro y una regulación emocional eficaz: la sensibilidad parental, la mentalización y las representaciones de apego. En cuanto al primero, la sensibilidad parental ha sido definida por Ainsworth como la capacidad de los padres para percibir las necesidades de los hijos, interpretarlos adecuadamente y responder a ellas de forma adecuada y en un breve tiempo (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Los padres con apego evitativo serán menos sensibles a las conductas y afectos de apego, porque les cuesta reconocer la función comunicativa de estas y ellos mismos evitan las emociones. Además, tienden a restar importancia a las relaciones de apego. En la VIT se puede ayudar a estos padres a incorporar una lectura emocional de las conductas de los niños y poner palabras a las emociones. Se puede preguntar, por ejemplo, cómo cree que se siente el niño o mostrar que la ansiedad de separación puede tomar forma de irritabilidad y problemas de conducta. Los padres con apego preocupado son muy sensibles a la separación y sus representaciones mentales de apego los muestran como poco autónomos y con dificultades para diferenciarse de los otros, por lo que las intervenciones que les ayudan a disminuir la proyección y diferenciarse del infante son muy útiles.

Apego desorganizado. En situaciones de estrés, los niños pequeños con apego desorganizado tienen conductas poco coherentes, como conductas contradictorias de acercarse y de huir de sus figuras de apego, quedarse *congelados*, reacciones agresivas, etc. (Main y Solomon,

1990). Por un lado, buscan la cercanía de sus padres cuando se sienten vulnerables, pero enseguida aparece la reacción contraria de alejarse de ellas o quedar desorientado o paralizado. La cuestión con estos niños es tratar de entender por qué no quieren acercarse a sus figuras de apego. Los padres de los bebés desorganizados tienen interacciones con errores graves en la comunicación afectiva con sus hijos, con ausencia o respuesta interactiva pobre o ausente. En estos tipos de interacciones parentales distorsionadas se puede intervenir con VIT. Cuando los bebés con conductas de apego desorganizadas y desorientadas en los dos primeros años crecen, una parte de ellos seguirán presentando las mismas conductas durante la infancia y adolescencia y otros niños evolucionarán hacia conductas de apego organizadas. Sin embargo, una buena parte de ellos derivarán hacia comportamientos controladores de sus figuras de apego. Estos comportamientos de control toman dos formas, o bien hostilidad, desafío y críticas hacia sus figuras de apego (control punitivo) o bien cuidados, apoyo y sostén de los padres (control cuidador); en ambas formas el niño es quien sostiene y dirige la interacción. El concepto de recompensa-castigo no funciona con estos niños de apego desorganizado, por lo que hay que proponer otras vías a través de la VIT (Obsuth, Hennighausen, Brumariu y Lyons-Ruth, 2014). Los padres de los niños con control punitivo y con control cuidante se sienten indefensos ante sus hijos, incapaces de mantener disciplina o dependientes de ellos. Y tienen representaciones de apego poco integradas y opuestas, resultado de relaciones de maltrato o inversión de roles (Obsuth et al., 2014). El trabajo de VIT con estos padres debería ser de empoderamiento, e incluir la exploración de su propia historia para comprender esos sentimientos de indefensión y poder cambiarlos. Con las diadas desorganizadas se aconseja un plan de tratamiento VIT de no menos de cinco o seis vídeos para poder trabajar varias dimensiones como la sensibilidad, la comunicación interactiva, la necesidad de control y también las representaciones de apego de los padres, ya que con frecuencia tienen antecedentes de maltrato o negligencia graves, depresión y duelos no elaborados, enfermedad mental, etc. Finalmente, una constante de

las personas con apego desorganizado es una mentalización o funcionamiento reflexivo muy pobre o ausente.

Mentalización. La mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar la propia conducta y la de los demás como una expresión de estados mentales, tales como sentimientos, pensamientos, fantasías, creencias y deseos. La comprensión de la conducta en términos mentales aumenta la sensibilidad en las relaciones. Y la investigación ha mostrado cómo las interacciones con cuidadores sensibles, que entendían al infante en términos de estados mentales, favorecen una relación de apego seguro (Mikulincer y Shaver, 2016). La técnica VIT está basada en el apego y la mentalización. El propio procedimiento, el lenguaje utilizado, el foco en las emociones y el interior de las personas, el *role playing*, etc., están dirigidos a mejorar la mentalización de los participantes, no solo a nivel general sino momento a momento. En cualquier vídeo se puede trabajar con la mentalización. Hay dos tipos de mentalización, a) la mentalización de uno mismo sobre cómo se piensa sobre los propios estados mentales, entendiendo estos como emociones, pensamientos, expresión corporal, motivaciones... y cómo lo expresamos, qué lenguaje usamos para eso; y b) la mentalización del otro, qué está pensando y sintiendo la otra persona, qué hipótesis tenemos sobre los que está pensando y sintiendo. Los pacientes necesitan ayuda sobre los propios estados mentales, pero sobre todo sobre los estados mentales del otro. Los prerrequisitos para mentalizar, según Downing (2020), son: 1) ver y escuchar a la otra persona, 2) ser capaz de fijarse en expresiones y signos específicos de la otra persona, por ejemplo, de alegría, de rabia, "mira esa persona lo que hace, mira esto o aquello...", 3) pensar acerca de esos signos e interpretarlos, por ejemplo, "qué debe de estar pensando...", "por qué estará sintiendo esa persona alegría o rabia...". Las dimensiones de la función reflexiva pueden ser de ayuda para orientar la intervención. Estas se presentan como dimensiones bipolares que tendrían un gradiente entre una y otra: dispuesto a mentalizar versus no dispuesto, buen enfoque en el otro vs excesivo enfoque en uno mismo, abierto a nueva información vs cerrado, preciso y verdadero vs distorsionado o

falso, complejo vs. demasiado simple, coherente vs. confuso, pensamiento original vs. clisé y tópico, de tandeo vs. excesivamente rígido, visión equilibrada vs unilateral, buena comprensión de los estados de desarrollo vs mala comprensión, buena comprensión de los efectos de la discapacidad vs mala comprensión.

Algunas aplicaciones clínicas de la VIT

Autismo

Los padres de niños autistas suelen estar muy motivados para emprender la VIT y puede serles de ayuda para regular sus interacciones en el nivel de desarrollo y al ritmo que tolera el niño. El concepto de zona de desarrollo próximo de Vygotsky (2009) es muy útil en estos casos. En ocasiones, el deseo de ayudar a su hijo toma una forma ansiosa que puede traducirse tanto en una presión excesiva y exigencia por encima de las posibilidades del niño, como en todo lo contrario, una excesiva protección y no plantear ningún reto.

Los abordajes con video intervención en autismo suelen ser más largos que con otras problemáticas. En primer lugar, los padres necesitan aprender más habilidades que los de otros niños y la técnica VIT puede utilizarse para realizar psicoeducación sobre las capacidades y déficits de sus hijos (Downing, 2010b).

La VIT, al tratarse de una técnica interactiva, puede ser de ayuda en muchas de las áreas de dificultad del autismo: relación social, percepción global versus preferencia por los detalles, atención conjunta, lenguaje. En la mayoría de las ocasiones, un foco terapéutico con los padres del duelo del hijo que no se tuvo, es decir, el hijo sin problemas que todo padre desea tener y que no llegó. Este duelo puede aparecer en forma aguda en el momento de recibir el diagnóstico del hijo y es importante abordarlo terapéuticamente. Los riesgos de un duelo insuficientemente realizado van desde el rechazo más o menos inconsciente, al retraso en la aplicación de los abordajes terapéuticos necesarios.

Con los niños autistas funcionan bien los juegos de construcción y les cuestan más los juegos simbólicos o presimbólicos. En esto se diferencian de los niños con retardo de desarrollo, que pasan por todos los tipos de juego, aunque más tarde.

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Los padres de los niños TDAH han de ayudarles a ralentizar la interacción y centrar su atención. Con niños pequeños, conviene que el padre dé mucha confirmación y aliento, así como que les ayude a centrarse en la tarea cada vez que el niño se disperse. Aunque habitualmente en el juego de padres e hijos se da espacio al niño para que encuentre la dirección del juego y es el niño quien la marca (el padre solo lo apoya con lenguaje descriptivo sin dirigir ni hacer preguntas), en el juego con niños con TDAH conviene alternar esa forma clásica del juego con otro que incluya planificación, organización y ejecución de tareas, de forma que se dedique parte del tiempo a la planificación del juego. Si, por ejemplo, se hace un vídeo sobre cómo se planifica una excursión, se deja que el niño explique las cosas que quiere hacer y el padre, tras escucharle, hace un resumen y un plan. Tendrá que repetir muchas veces la expresión “hagamos un plan” (Downing, 2016).

Otro problema con los niños con TDAH es que no dan turno en las interacciones con el otro, son impulsivos y se frustran cuando tratan de hacer algo y no lo logran. Se les puede ayudar usando un lenguaje descriptivo y animándolos: “estás haciendo esto..., lo estas intentando y es difícil, muy bien...; lo has conseguido, muy bien”.

Los niños hiperactivos están demasiado centrados en sí mismos y no tienen la habilidad de interesarse por el otro. No hacen turnos en las interacciones, les cuesta escuchar y preguntarse qué pasa en la mente del otro, hay que ayudarles a mentalizar.

Es frecuente que los padres de los niños con TDAH tengan una interacción negativa y sean críticos, lo que puede conducir a que los niños tengan un autoconcepto negativo. Se debería trabajar con los padres, ayudándoles a que validen con frecuencia al niño y que sea de forma no crítica. Habría que conseguir que el niño tenga sensación de éxito.

Si los padres están preocupados por el tiempo que el niño necesita para hacer los deberes, son útiles los vídeos de deberes que incluyan planificación y ajustados al tiempo que el niño o la niña puede tolerar.

Ansiedad

Los niños que tienen problemas para regular sus emociones necesitan ayuda para reconocerlas en sí mismos. Se necesita lenguaje descriptivo, dar comprensión a la emoción: (“mira, estás enfadado, lo entiendo, mamá ha cometido un error y estas enfadado”) e identificar la emoción a nivel corporal (Downing, 2011)

Existen diversas estrategias para ayudar a mentalizar las emociones con los niños mayores, con los adolescentes o con los padres: a) ayudar a nombrar la emoción (“¿qué emoción dirías que sientes ahora?”); b) ayudar al paciente a sentir mejor la emoción (“¿dónde sientes eso en tu cuerpo?, ¿en el pecho, en la garganta, en los ojos...?”); c) un recurso de expresión corporal (“¿puedes mostrarme con tus manos o tu cuerpo a qué se parece esa emoción?”). Estos recursos ayudan a representarse las emociones y proporcionan un sentimiento de control sobre ellas y se puede contactar con las emociones de forma no amenazante.

Un apego desorganizado en los primeros años puede desembocar en una conducta controladora y ansiosa con miedos y obsesiones en los años siguientes. Los niños con un apego desorganizado se viven impotentes ante sus temores, al tiempo que subestiman sus propias capacidades para enfrentarse a lo temido. Desencadenan entonces una conducta controladora con objeto de mantener al adulto a su lado. La ayuda con la VIT pasa por desactivar esos pensamientos de impotencia, por disminuir la ansiedad de separación e incluso por abordar de forma concreta los temores de estos niños con vídeos que impliquen algún grado de exposición a las situaciones u objetos temidos.

Niños mayores y adolescentes

Tal como planteaba Bowlby (1976), los modelos internos de apego no están totalmente formados y acabados en la infancia, sino que siguen construyéndose más allá de esta. Las representaciones mentales de base segura de los adolescentes están determinadas, solamente en parte, por las experiencias de los primeros años. Estas representaciones se reorganizan a partir de la información de la relación con los padres a lo largo de la infancia y adolescencia. Las habilidades de parentalidad, por tanto, siguen

influyendo en la construcción de las representaciones de los hijos sobre la disponibilidad de los padres como base segura a lo largo de la infancia y la adolescencia (Vaughn et al., 2016).

Con los niños mayores y los adolescentes, los vídeos se pueden trabajar solo con ellos, solo con los padres, entre hermanos, todos juntos, etc. Las situaciones que se pueden grabar son muy variadas, pueden ser de la conducta problema, como alimentación, problemas de conducta, negociación, etc. o, como se ha señalado más arriba, se pueden proponer interacciones con material o los paradigmas de Feldman (1998a).

Durante la discusión de un conflicto, las díadas madre/padre-adolescente con un *apego seguro* mantienen ciertos límites, como si compartieran la convicción de que el vínculo que les une está por encima de cualquier diferencia. De manera que cuando discuten, confrontan opiniones y escalan, uno de los dos cede, y no siempre es el más mayor o el adulto. Las discusiones, por intensas que sean, incluyen algún metamensaje positivo sobre la propia discusión, de forma que, en las VIT con adolescentes, el señalar algún aspecto positivo e incluso introducir el humor contribuye a un mejor resultado.

Las díadas con *apego evitativo* escalan pronto en las discusiones y estas acaban con frecuencia en enfado y ruptura. A diferencia de las díadas seguras que reparan pronto la relación, las evitativas pueden mantener la distancia y el enojo durante tiempo, a veces días. Los vídeos con ellos pueden centrarse a ayudar a regular la emoción y no precipitarse.

Las díadas con *apego preocupado* quedan atrapadas en discusiones interminables sin llegar a ningún acuerdo. La estrategia de vínculo preocupado consiste en asegurarse el contacto y la presencia física del otro, más que lograr un acuerdo. La ayuda con este tipo de díadas pasa por proporcionar una estructura de negociación; el esquema propuesto más arriba puede ser de utilidad.

Madres adolescentes

En la adolescencia, la tarea evolutiva adolescente de avanzar hacia la autonomía entra en conflicto con el ejercicio del rol parental que precisa la crianza de un niño. La activación de

la parentalidad estimulada por el recién nacido compite con la necesidad de la madre adolescente de realizar su propia transición hacia la edad adulta. Además, otros factores de riesgo, como la disfunción familiar, el maltrato o el apego desorganizado se suman con frecuencia a esta circunstancia. Estos factores provocan en la madre adolescente sentimientos de vulnerabilidad y baja autoestima (Fraiberg et al., 1975) y comprometen muchas veces, no solo el vínculo que se establece entre madres e hijos, sino también el desarrollo posterior de ambos (Osofsky, Hann y Peebles, 1993).

Una de las dificultades más importantes con las madres adolescentes tiene que ver con la intrusividad en sus interacciones. Las madres adolescentes tienen más dificultades que las adultas para regular las emociones negativas de los niños, con lo que se producen situaciones de agresividad hacia sus bebés con más frecuencia.

La VIT aumenta la sensibilidad de la joven madre, al descubrir las capacidades comunicativas de su bebé y su propia sintonización con él. También le ayuda a disminuir las atribuciones erróneas y a tratarlo como un ser que piensa y siente. En un estudio reciente en se aplicó un tratamiento basado en VIT a madres adolescentes de entre 14 y 21 años (Riva et al., 2016), tras la VIT las madres adolescentes aumentaban su sensibilidad interactiva y disminuyeron su intrusividad, lo que hizo que sus bebés tuvieran un estilo más cooperativo y menos pasivo.

SEGUNDA PARTE: ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA VIT EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTIL I JUVENIL (2)

Este estudio piloto se llevó a cabo en condiciones reales de asistencia en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Cornellà, ciudad anexa a Barcelona, y tuvo como objetivo reunir información del uso de las técnicas de VIT por un equipo interdisciplinar de salud mental, así como de sus resultados. El equipo del CSMIJ había asistido a los seminarios de George Downing. Se utilizó la VIT con la población clínica habitual del Centro, con lo que se pudo disponer de una muestra suficiente para realizar este estudio retrospectivo (Rius, Navarro, Pérez, Albiac, Ortiz y Lacasa, 2014).

Método

Población

Se recogieron datos de 93 tratamientos VIT realizados a otros tantos pacientes y sus familias, entre los años 2008 y 2014, en el CSMIJ de Sant Joan de Deu en Cornellà. Este centro atiende a niños y adolescentes entre cero y 17 años de cuatro poblaciones del área metropolitana de Barcelona.

Los pacientes fueron 32 niñas y 61 niños de entre cuatro y 17 años. El 11 % tenían entre cuatro y cinco años; el 60 %, entre seis y 11 años; y el 27 %, entre 12 y 17 años. La distribución por sexo y edad de los pacientes en los que se aplicó VIT coincidió con la distribución general de edades de pacientes atendidos en el centro.

Los participantes en el tratamiento, además de los propios pacientes, fueron uno de los padres (40,9 %), los dos padres (28 %), los hermanos (19,4 %) o padres y hermanos (11,8 %).

Participaron seis terapeutas que habían recibido formación de la técnica VIT por George Downing y supervisión de casos por el primer autor de este trabajo, supervisor acreditado en VIT.

Los síntomas y problemas clínicos más frecuentes fueron los Problemas de conducta (31 %), TDAH (17 %), Problemas de relación (14 %) y TEA (12 %) (ver Tabla 2 del anexo).

Procedimiento

La inclusión de los pacientes y sus familias fue consecutiva. El terapeuta proponía la VIT al paciente y la familia como parte de un plan de tratamiento más amplio o como tratamiento único, si pensaba que podía contribuir a su mejora. No existía a priori un perfil determinado de pacientes. A las familias que aceptaban se les explicaba el modo de tratamiento y firmaban un documento conforme habían recibido dicha explicación y un consentimiento informado de filmación y custodia de las grabaciones.

En cuanto al número de vídeos utilizados en la VIT, en el 43 % de los casos se utilizó un solo vídeo, en el 30 % dos vídeos, en el 10 % tres vídeos y en el 13 % restante entre cuatro y siete vídeos.

En seis casos la VIT fue el tratamiento único, mientras que en 82 se combinó con otros abordajes psicoterapéuticos. Finalmente se

incluyeron cinco casos que habían sido resistentes a otros tratamientos.

Al final de la VIT, los terapeutas cumplimentaban un registro con los siguientes datos de cada caso: datos personales, síntomas y problemas prioritarios, familiares que habían participado en la VIT, número de vídeos con los que se había trabajado, mejora clínica, otros tratamientos y objetivos de la VIT.

Los terapeutas consensuaron previamente los focos de tratamiento u objetivos que se querían alcanzar con la VIT, en base a su experiencia previa. Surgieron 14 objetivos que fueron agrupados en siete categorías: a) *Explorar la calidad del vínculo* entre infantes y padres; b) *Mejorar la sensibilidad parental* según los criterios de Ainsworth (1989) (sensibilidad para captar las señales del otro; interpretación realista, no proyectiva); c) *Empoderamiento de los padres* (disfrutar del juego, promover una parentalidad positiva [Juffer et al., 2007], desculpabilizar a los padres y estimularles como agentes del cambio); d) *Mejorar las habilidades parentales* (psicoeducación sobre el neurodesarrollo del niño, manejo de límites, disminuir estrategias de control y coerción); e) *Mejorar la autorregulación emocional y la autoestima* de los niños y adolescentes (representación mental y simbolización, autoconciencia, autoestima, regulación emocional); f) *Mejorar la relación entre hermanos*; g) *Mejorar habilidades de negociación* adolescente y padres.

Resultados

La VIT se aplicó en el 90 % de los casos en combinación con otros tratamientos. Sólo en seis casos se utilizó como única modalidad de tratamiento. No hubo diferencias en cuanto a la edad, la VIT se aplicó en la misma proporción de los grupos de edad de los pacientes (60 % en niños de seis a 11 años, 30 % en adolescentes de 12 a 17 años, y el 10 % preescolares menores de 5 años). Sí hubo diferencias en la edad en el número de vídeos utilizado en cada VIT, con los preescolares se utilizaron más vídeos que con los niños mayores y adolescentes ($p = 0,036$).

El primer objetivo perseguido por los terapeutas con la VIT fue *Incrementar la sensibilidad*

parental (27 %), objetivo que engloba dos indicaciones: *Mejorar la sensibilidad ante las conductas de apego* (10 %) e *Interpretarlas en forma realista y no proyectiva* (17 %). El segundo objetivo más señalado fue el de incrementar el *Empoderamiento de los padres* (21 %), seguido de *Incrementar las habilidades parentales* (16 %) (ver Tabla 1 del anexo). Con los niños más pequeños el principal objetivo fue el de *Mejorar las habilidades parentales*, con los escolares *Mejorar la sensibilidad parental*, el *Empoderamiento* y la *Habilidades parentales* y con los adolescentes *Mejorar las habilidades de negociación*, la *Relación entre hermanos* y el *Empoderamiento de los padres* ($p = 0,25$).

En cuanto a los resultados de la intervención valorados por los terapeutas, el 92,5 % de los niños y adolescentes que han recibido la VIT mejoran, frente al 7,5 % que no lo hacen ($X^2 = 35,88$, $p = 0,023$).

El 18,3 % logra una “mejora importante”; el 35,5 % “mejoran”; el 38,7 % logra una “mejora leve”; y el 7,5 % “no mejoran”. Es decir, el 61 % de los pacientes con *Problemas Relacionales* tiene una franca mejora, y la mitad de los pacientes con diagnóstico de *TDAA* y *Problemas Conductuales* logra una mejora o una franca mejora (ver Tabla 1 del anexo).

Entre los pacientes que mejoran encontramos que el 100 % de aquellos que tiene la VIT como tratamiento único mejoran. Y aunque son solo cinco pacientes que se incluyeron como resistentes a otros tratamientos, cuatro de ellos mejoran con el VIT.

Los resultados son independientes de los terapeutas, no se encuentran diferencias en la mejora clínica, objetivos de la intervención, número de vídeos o la edad.

Discusión

Este estudio piloto pretende describir cómo las técnicas de VIT son usadas en un equipo interdisciplinar de salud mental infanto-juvenil, así como los resultados de utilizarlas según los terapeutas.

Se confirma que la VIT es un tratamiento psicológico polivalente, indicado para diferentes problemas psicopatológicos desde la infancia a la adolescencia. En el estudio fue aplicada en el

tratamiento de ocho síntomas y problemas psicopatológicos diferentes, con muy buenos resultados según la propia valoración de los terapeutas, pues el 92,5 % de los casos tratados con VIT mejoran. Esta mejora fue más significativa en el grupo de pacientes que tenían problemas relacionales. Aunque todos los problemas de salud mental afectan el área relacional de la persona, en ocasiones las relaciones familiares son el síntoma principal. La VIT, al involucrar directamente a padres e hijos y centrarse en las relaciones interactivas, se muestra especialmente efectiva en estos casos.

El estudio también ha ayudado a identificar qué objetivos u indicaciones de tratamiento tiene la VIT para los clínicos del estudio. La VIT tiene multitud de aplicaciones, muchas de ellas todavía estarán por descubrir. Con todo, las 14 indicaciones de tratamiento elegidos por el equipo terapéutico pueden servir de orientación para investigaciones posteriores.

Siendo que la VIT tiene una fuerte orientación en la teoría del apego, no es extraño observar que los dos objetivos principales elegidos por los terapeutas coinciden con dos de las tres características de lo que Mary Ainsworth llama *Sensibilidad parental*, esto es la *Sensibilidad para percibir las señales del otro* y la *Interpretación realista, no proyectiva*.

No se han encontrado diferencias en los resultados en función de los terapeutas que hicieron la VIT, lo que puede explicarse porque la VIT es prácticamente un procedimiento manualizado, además los terapeutas recibieron formación del propio George Downing, supervisión del segundo autor y forman parte del mismo equipo de salud mental. Esto también podría explicar que la VIT se aplicara mayoritariamente combinada con otros tipos de intervención, más que como tratamiento único, pues era la época en que los terapeutas la estaban incorporando a su arsenal terapéutico.

En cuanto a futuras líneas de investigación sugerimos las de estudiar su efectividad como tratamiento único y su efectividad en casos resistentes a otros tratamientos, ya que, aunque fueron pocos tratamientos, todos los casos en que se aplicó la VIT como tratamiento único, mejoraron y cuatro de los cinco casos resistentes a otros tratamientos también mejoraron.

Este es un estudio que ofrece resultados prometedores y es útil como estudio piloto, pero su diseño no permite generalizar sus resultados. Serán necesarios estudios posteriores con mayor número de casos y un diseño experimental, que ofrezcan resultados generalizables. Los métodos de bio-feedback van a ser cada vez más usados en la asistencia pública por su eficacia en diferentes problemas psicopatológicos, su flexibilidad y buena relación coste-beneficio. La VIT de George Downing tiene todas las cualidades para ser una de las más utilizadas.

Conclusiones

La VIT de George Downing es una herramienta eficaz para mejorar las interacciones y relaciones vinculares y, por ende, la salud mental de las personas. En este artículo, se han expuesto los fundamentos de la VIT de manera manualizada para que el lector pueda iniciarse en su aplicación en su propio contexto. La técnica se integra bien en la práctica de aquellos profesionales con formación en psicología y psicopatología del desarrollo y teoría del apego, como se ha visto en la descripción de cómo se ha utilizado la VIT por un equipo de Salud mental infantil y juvenil, que la incorporaron a su arsenal psicoterapéutico con buenos resultados de eficacia y eficiencia en una amplia variedad de problemas psicopatológicos.

Notas

(1) La información sobre seminarios y supervisión de VIT en diversos países se puede consultar en <http://www.vit-downing.com/>

(2) Los resultados de este estudio fueron presentados como póster en el V Congrés Català de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència (Rius, Navarro, Pérez, Albiac, Ortiz y Lacasa, 2014).

Bibliografía

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. En *The American Psychologist* 44(3-66).

- Bakermans-Kranenburg, M. J. (2006). Script-like attachment representations: Steps towards a secure base for further research. *Attachment and Human Development*, 8(3), 275-281. <http://www.informaworld.com/10.1080/14616730600910037>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Beebe, B., Sorter, D., Rustin, J. y Knoblauch, S. (2003). A comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(6), 777-804. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000291&a=Una-comparacion-entre-Meltzoff-Trevarthen-y-Stern>
- Berry Brazelton, T., Nugent, J. K. y Costas Moragas, C. (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1976). Vol. II. *La Separación Afectiva*. Barcelona: Paidós S.A.I.C.F.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). WATCH, WAIT, AND WONDER: An Infant-led Approach to Infant-parent Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451.
- Downing, G. (2007). A different way to help. En A. Fogel, B. J. King y S. G. Shanker (Eds.), *Human Development in the Twenty-First Century* (pp. 200-205). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511489693.021>
- Downing, G. (2008). Effects of parental supportiveness on toddlers' emotion regulation over the first three years of life in a low-income African American sample. *Infant mental health journal*, 29(3), 278-295. <https://doi.org/10.1002/imhj>
- Downing, G. (2010a). *Seminarios VIT: Violencia*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2010b). *Seminarios VIT: Autismo*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2011). *Seminarios VIT: Ansiedad*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2016). *Seminarios VIT: TDAH*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona
- Downing, G. (2020). *Seminarios VIT: Mentalización*. Fundación Ferran Angulo. Barcelona

- Downing, G., Bürgin, D., Reck, C. y Ziegenhain, U. (2008). Interfaces between intersubjectivity and attachment: Three perspectives on a mother-infant inpatient case. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 278-295. <https://doi.org/10.1002/imhj.20177>
- Downing, G., Wortmann-Fleischer, S., von Einsiedel, R., Jordan, W. y Reck, C. (2013). Video intervention therapy with parents with a psychiatric disturbance. En K. Brandt, B. Perry, S. Seligman y E. Tronick (Eds.), *Infant and early childhood mental health: core concepts and clinical practice* (pp. 261-280). Washington: American Psychiatric Association.
- Facchini, S., Martin, V. y Downing, G. (2016). Pediatricians, Well-Baby Visits, and Video Intervention Therapy: Feasibility of a Video-Feedback Infant Mental Health Support Intervention in a Pediatric Primary Health Care Setting. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00179>
- Feldman, R. (1998a). *Coding interactive behavior manual. Extension Adolescent Versión*. Manual no publicado.
- Feldman, R. (1998b). *Coding interactive behavior manual*. Manuscrito no publicado.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(0002-7138; 3), 387-421.
- Gergely, G. y Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77 (Pt 6), 1181-1212.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van Ijzendoorn, M. H. (2007). Promoting positive parenting : an attachment-based intervention. En *Monographs in parenting series*. <https://doi.org/10.4324/9780203809624>
- Leyton, F., Olhaberry, M., Alvarado, R., Rojas, G., Dueñas, L. A., Downing, G. y Steele, H. (2019). Video feedback intervention to enhance parental reflective functioning in primary caregivers of inpatient psychiatric children: Protocol for a randomized feasibility trial. *Trials*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3310-y>
- Lotzin, A., Lu, X., Kriston, L., Schiborr, J., Musal, T., Romer, G. y Ramsauer, B. (2015). Observational Tools for Measuring Parent-Infant Interaction: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 99-132. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0180-z>
- Main, M. y Solomon, G. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in Preschool Years 4*, 121-160.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2016). Adult Attachment and Affect Regulation. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment*. 507-533. New York: Guilford Press.
- Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L. E. y Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized Behavior Adolescent-Parent Interaction: Relations to Attachment State of Mind, Partner Abuse, and Psychopathology. *Child Development*, 85(1), 370-387. <https://doi.org/10.1111/cdev.12113>
- Osofsky, J. D., Hann, D. M. y Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. En *Handbook of infant mental health*. (pp. 106-119). New York: Guilford Press.
- Rius, T., Navarro, M. A., Pérez, S., Albiac, N., Ortiz, E. y Lacasa, F. (2014). Experiència de psicoteràpia amb Videointervenció Terapèutica en un Centre de Salut Mental Infantojuvenil. V *Congrés Català de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència. Experiències en Salut Mental: Assistència, Recerca i Formació*.
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A. y Downing, G. (2016). Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00195>
- Riva Crugnola, C., Ierardi, E., Albizzati, A. y Downing, G. (2014). Emotion regulation and maternal attachment in adolescent mothers and their infants: risk assessment and video intervention. *Conference: 6th International Attachment Conference*, 25.
- Rochat, P. (2009). *Others in Mind: Social Origins of Self-Consciousness*. Cambridge University Press.

- <https://doi.org/10.1017/CBO9780511812484>
Robertson, J. y Robertson, J. (1967-72). *Young Children in Brief Separation (Film series)*. Londres: Tavistock Institute of Human Relations.
- Rusconi-Serpa, S., Sancho Rossignol, A. y McDough, S. C. (2009). Video feedback in parent-infant treatments. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(3), 735-751.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.02.009>
- Spitz, R. A. (1972). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Steele, M., Steele, H., Bate, J., Knafo, H., Kinsey, M., Bonuck, K., Meisner, P. y Murphy, A. (2014). Looking from the outside in: the use of video in attachment-based interventions. *Attachment & human development*, 16, 402-415.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912491>
- Tello, C., López García, J. M. y Pérez García, J. A. (2011). Video feedback intervention therapy en niños menores de 6 años con trastornos de la conducta alimentaria. *12o Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*, 1-8.
- Tronick, E. y Reck, C. (2009). Infants of Depressed Mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156.
<https://doi.org/10.1080/10673220902899714>
- van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current Opinion in Psychology*, 25, 31-36.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.014>
- Vaughn, B. E., Waters, T. E. A., Steele, R. D., Roisman, G. I., Bost, K. K., Truitt, W., Waters, H. S. y Booth-Laforce, C. (2016). Multiple domains of parental secure base support during childhood and adolescence contribute to adolescents' representations of attachment as a secure base script. *Attachment & Human Development*, 18(4), 317-336.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1162180>
- Vygotsky, L. S. (2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica S.L.

Anexos

Tabla 1. Objetivos de la Video Intervención

Objetivos de la intervención	N	%
Explorar la calidad del vínculo infante padre/madre	24	11 %
Sensibilidad parental	60	27 %
Empoderamiento madre/padre	46	21 %
Habilidades parentales	35	16 %
Autoregulación-autoestima infante	30	14 %
Negociación adolescente	13	6 %
Relación entre hermanos	11	5 %

Tabla 2. Diagnósticos y resultados de la Video Intervención

Diagnóstico	N	Franca Mejoría	Mejora	Mejora leve	Sin Mejora
Problemas de Conducta	29	3	13	12	1
TDAH	17	1	7	8	1
Problemas de Relación	13	8	3	1	1
TEA	11	1	4	5	1
Ansiedad	8	1	3	4	0
Retardo Desarrollo	8	1	1	5	1
Problemas Alimentación	5	1	1	1	2
Madre adolescente	2	1	1	0	0
Total	93	17	33	36	7
		18 %	35 %	39 %	8 %