

# LA PSICOTERAPIA RELACIONAL INFANTIL

Gemma Pou y Caroline Flaster Taverner

gemmapou@movistar.es

*Alba's symptoms interfere with her development and make her suffer. Through the therapy relationship with Alba, we can help her modify her relational patterns and her psychological structures. We work with relational psychotherapy to enhance self-regulation and with mutual regulation with our little patients and their parents.*

*Relational child therapists work and act in this interpersonal and intersubjective field. The mutual influence between patient and therapist, though not symmetric, is taken into account from this perspective. We can influence in the process of construction and revision of the psychological structures of the child and change the mental images that the parents have of the child and his or her symptoms.*

*Keywords: relational psychotherapy; psychological structures; therapeutic relationship; child psychotherapy*

---

## Caso Clínico: Alba

Alba no puede callar. Este “no poder callar” es el síntoma que lleva a Alba a un tratamiento psicoterapéutico con una de las dos autoras de este artículo.

*Los padres de Alba acuden a consulta derivados por la psicóloga de la escuela y preocupados por la “hiperactividad” de la niña. Los padres nos explican y entendemos que, en el caso de Alba, el impulso de hablar es superior a ella y le causa un sufrimiento importante, que le está interfiriendo en varios ámbitos de su desarrollo. Explican que están muy preocupados; quieren valorar y/o descartar la posibilidad de que padezca un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.*

*Alba es una niña de 9 años que fue adoptada a sus 7 meses de edad en Rusia y, en la actualidad, vive con sus padres y su hermano de 3 años y medio de edad. Alba es alta, observadora y con un buen contacto interpersonal. Se muestra coqueta y tímida, hasta que empieza la verborrea. Acude a una escuela desde donde refieren buen rendimiento escolar. De hecho, el rendimiento académico siempre ha estado por encima de la media.*

*Suele mantener buenas relaciones sociales pero, desde hace un año, todo esto se está viendo muy interferido por su inquietud motriz y mental, su*

*hiperactividad y su verborrea.*

*En los datos de anamnesis, los padres refieren que al conocer a Alba, ésta parecía desnutrida y tenía poca movilidad en los brazos, lo que les hizo pensar que podía haber estado atada. En la presentación, ella se mostró muy afectuosa y con búsqueda de cariño. Alba buscaba activamente el vínculo.*

*También los padres cuentan que Alba tuvo dificultades en el control de esfínter, así como presencia de terrores nocturnos de los 3 a los 4 años de edad. El control de los esfínteres y el sueño pueden ser vistos como medidas de auto-regulación. El desarrollo del lenguaje fue muy precoz.*

*Los padres de Alba son mayores. El padre, abogado, de 50 años, tiene un hijo biológico de su primera pareja que tiene 25 años de edad y al que Alba ve una vez cada 2 o 3 meses. El padre, que solía llevar a Alba a sus sesiones siempre respetó nuestras sesiones, queriendo saber como ayudar a Alba desde casa pero no queriendo conocer su contenido.*

*La madre de Alba es una mujer de 56 años, dependiente en una tienda de ropa. Ella dice literalmente “con Alba todo me sobrepasa”.*

*La relación de los padres entre sí parece buena. Son una pareja estable que se conocen 2 años antes de adoptar a Alba, y que después de intentar tener hijos biológicos, deciden adoptar a Alba y, posteriormente, a Carlos en Rusia.*

*Después de realizar los tests y cuestionarios cognitivos pertinentes, recomendamos a la familia realizar un trabajo clínico ya que se percibe un alto nivel de ansiedad y Alba no cumplió los criterios para ningún diagnóstico de trastorno de aprendizaje ni trastorno de atención.*

*Los padres se muestran dispuestos a llevar a cabo un tratamiento clínico con un seguimiento semanal. El tratamiento duró aproximadamente un curso escolar. Posteriormente se hizo un seguimiento con Alba quincenalmente y después una vez por mes.*

Desde el momento en que la terapeuta conoce la historia de Alba, es decir la historia de una niña que presenta un **síntoma**, escucha y siente lo que necesitan transmitirle los padres y la pequeña con dificultades, Alba.

En cada uno de los contactos que tenemos con nuestros pacientes, en el “aquí y el ahora” con ellos, es donde se revelan los patrones de relación que conforman su mundo. Empezando por la derivación o las llamadas telefónicas, los correos electrónicos, los sms , whatsapps y, especialmente, las sesiones de consulta, como terapeutas prestamos la máxima atención a nuestras propias sensaciones, percepciones, sentimientos y pensamientos ya que, en la psicoterapia relacional, nosotros somos la principal herramienta .

El síntoma de verborrea, de no poder callar, que aparece tanto en la derivación como en el primer contacto con Alba, nos invita a pensar, sentir, experimentar

juntas, en la relación terapéutica, lo que le pasa. Algo que a ella le angustia, le sobreexcita, le sobrecarga de afecto y entramos en sus experiencias con curiosidad y disposición a que nos afecte su estado, para poder tolerarlo juntas y descubrir sus orígenes.

El síntoma de “no poder callar”, de no tener control en su manera de relacionarse, de hablar cuando no quiere, no sólo interfiere en su capacidad para relacionarse con los demás, también figura como un aspecto clave que Alba posee de su sentido de sí misma (su self). Entro con ella en sus experiencias, para poder descubrirla, acompañarla, y construir juntas nuevas maneras de “estar con” (Stern, 1995).

La historia de Alba es lo suficientemente representativa de muchos niños y familias que pasan por nuestra fundación o llegan a nuestras consultas privadas buscando alivio para un síntoma, y/o una ayuda para poder entender cuál es la respuesta adecuada frente a ese síntoma.

### **El síntoma**

En la psicoterapia relacional tenemos una visión del síntoma (aquello que lleva a una persona a buscar ayuda) algo diferente a la visión de los terapeutas de otros marcos teóricos. Para un terapeuta relacional un síntoma siempre se ve como la forma espontánea de solucionar un problema emocional (Velasco, 2009) a la vez que representa la expresión de un sufrimiento interno. El síntoma es a la vez una solución y el lugar de sufrimiento.

No acostumbramos a entender el síntoma como el problema en sí, ya que los síntomas se desarrollan en un contexto relacional y sirven, o han servido, para realizar una función importante en un momento dado. Así que nuestro trabajo como terapeutas consiste, primero, en descubrir, entender y compartir el problema a fondo, y luego buscar juntos otras soluciones a este problema que sean más adaptativas que el síntoma para el paciente.

Cuando una familia consulta a un psicoterapeuta infantil es porque hay un bloqueo en el desarrollo del niño y, en algún aspecto, de su entorno relacional. El modo en que se desbloquea el desarrollo y cómo se puede aliviar el sufrimiento de un síntoma es lo que expondremos aquí, con el ejemplo del tratamiento de Alba, que sigue actualmente en curso.

El desarrollo de Alba estaba bloqueado en el sentido de que su capacidad de auto-regularse, sus experiencias de “estar con” y su sentido de sí estaban comprometidos de manera importante. Su experiencia de sí (su self), en relación con los demás, se convertía en dolorosa para ella y su desarrollo emocional y social se hallaba detenido.

## Capacidades y dificultades en la regulación de estado y afecto

Daniel N. Stern (1995) ofrece un modelo en el que conceptualiza el sistema de interacción entre padre/hijo y se visualizan los procesos de regulación.

Ver ilustración 1.1

Este modelo del sistema de interacción, adaptado por nosotras, sirve para plantear nuestra intervención en la psicoterapia relacional ya que expresa gráficamente las relación (es) en que el niño se encuentra. Las flechas de regulación se refieren a las maneras que tenemos de experimentar y modular nuestras experiencias y/o las experiencias de los demás. Los seres humanos, como todos los organismos, buscamos una experiencia que requiera la menor tensión posible y en lo que se refiere a estado de ánimo, de excitación y de afecto, un estado altamente regulado.

En la psicoterapia relacional infantil, normalmente, el sistema se contempla como la familia nuclear y, en algunos casos, incluye los otros adultos que tiene responsabilidad de cuidar al niño de forma habitual (abuelos, canguros, tíos). Un cambio en cualquiera de los elementos del sistema puede llevar a cambios en otras partes y /o en todas las partes del mismo (Stern, 1995). Nuestra forma de ser y de “estar con” proviene de nuestras experiencias tempranas de relación con los adultos que nos cuidaron durante la primera infancia, especialmente en el periodo del primer año de vida.

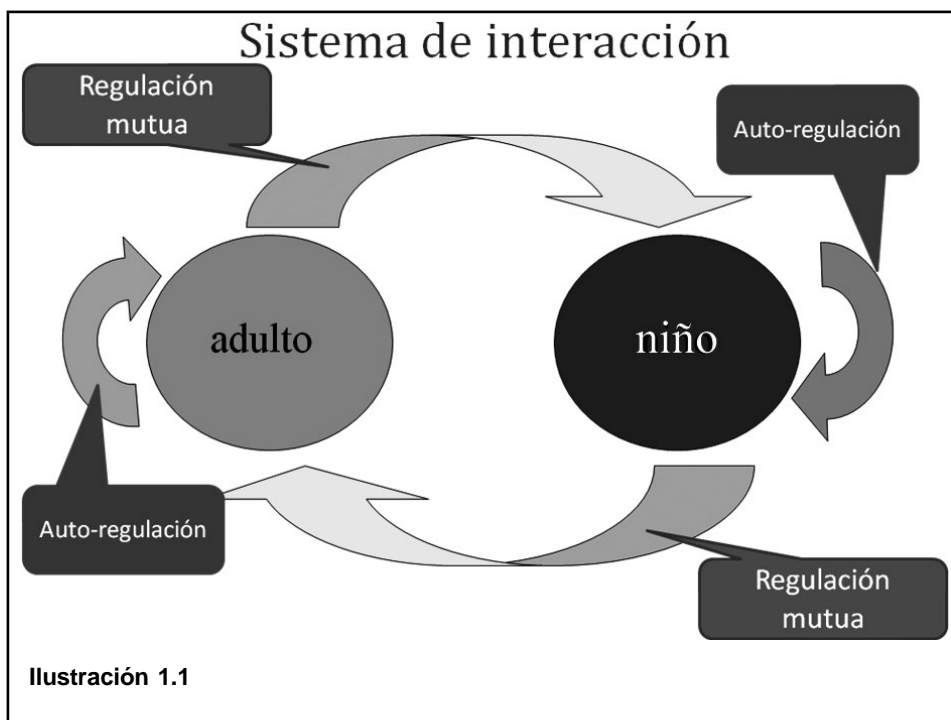
Podemos definir la **autoregulación** como una capacidad de regular nuestras experiencias, de modular lo que experimentamos. Es una capacidad que variará de unas personas a otras y que está relacionada con el temperamento del individuo y, en general, aumenta con la edad. Definimos la **regulación mutua** como la manera en que la regulación de estados (de ánimo, de excitación, de afecto) está modulado e influido por la interacción con otra persona. Estas dos capacidades regulatorias son interdependientes: la regulación interactiva facilita o interfiere en la autorregulación y viceversa.

Nos parece adecuado destacar que la mayor parte de trastornos que se describen en los DSM-IV y el DC: 0-3R tienen como base dificultades en la regulación de estado, afecto y atención. De hecho, en el DC: 0-3R, existe un diagnóstico (700), denominado expresamente “trastorno de relación y comunicación” en el que “están involucradas unas dificultades en relacionarse y comunicar que están combinadas con dificultades en la regulación de procesos fisiológicos, sensoriales, atencionales, motores, cognitivos, somáticos y afectivos” (DC:0-3R, p. 38).

En la ilustración la flecha corta refiere a la auto-regulación y la flecha larga refiere a la regulación interactiva.

Como señala Altman y sus colegas, el modelo nos puede servir para concebir el sistema de interacciones de un niño sintomático y decidir en qué punto enfocar el trabajo para aliviar el sufrimiento de todos involucrados (Altman, Briggs,

Frankel, Gensler y Pantone, 2011).



Como es un sistema dinámico (Sander, 1977), un cambio en una parte del sistema tendrá una influencia sobre todos los elementos del sistema. Por este motivo existen muchas formas de ayudar a nuestros pacientes. Existen varios puertos de entrada. El terapeuta decide, caso por caso, en qué lugar la intervención es más viable y más efectiva para llegar a los objetivos que se ha planteado. Cuando el niño presenta un síntoma, el terapeuta puede decidir trabajar de forma individual con el niño o puede decidir trabajar con los padres juntos y con el padre/la madre por separado, pensando en el niño.

Se intentará influir sobre las interacciones habituales con el niño, trabajando la representación mental del niño que tiene el padre/madre. Así mismo, también se puede decidir focalizar el trabajo en la madre o padre y niño juntos, para luego poder observar (en vivo o con la ayuda de video) las interacciones típicas entre ambos.

El marco Relacional nos permite gran flexibilidad a la hora de establecer el setting terapéutico así como ajustarnos a los recursos y momentos particulares de cada una de las familias, sin descuidar el diagnóstico del que partimos y el objetivo de cada tratamiento, que se refiere principalmente a desbloquear desarrollo y aliviar el síntoma en cada uno de nuestros pacientes.

*En el caso de Alba, la indicación terapéutica después de las primeras*

*visitas con los padres y con Alba fue ver a la niña en sesiones individuales una vez por semana, sin fecha de terminación determinada. Para las sesiones con los padres se estableció una periodicidad mensual.*

## **La identidad parental**

Al igual que la mayoría de padres que vemos en estas primeras visitas, los padres de Alba también buscan una ayuda para rescatar sus propias identidades parentales que están bloqueadas.

Cuando un niño presenta un síntoma, sabemos que también hay un sufrimiento importante por parte de los padres ya que su identidad parental está bloqueada y/o detenida. Cuando el desarrollo de un niño se bloquea, paralelamente, el desarrollo de **la identidad parental** también queda bloqueado.

La **identidad parental** es la subjetividad que se configura con la vivencia de ser padres, que incluye la relación real e imaginaria con los hijos, las representaciones mentales, los procesos regulatorios y cognitivos, en un contexto transgeneracional (Catalina Munar, comunicación personal; Stern y Bruschiweiler-Stern, 1998).

## Historia de la Psicoterapia relacional

El punto de vista “relacional” fue descrito originalmente como contrapartida a la teoría freudiana de las pulsiones. La idea relacional básica es que la mente está organizada por las relaciones que hemos experimentado con las personas importantes a través de toda la vida y no por impulsos endógenos, ni por las defensas contra dichas pulsiones (Greenberg & Mitchell, 1983).

Un enfoque basado en las experiencias de relación con otras personas nos lleva a una **“psicología de dos personas”** o, dicho de otra manera, dos mentes en interacción, una con la otra. Este enfoque se distingue del enfoque de la “psicología de una persona” o el psicoanálisis clásico, en los que el campo de observación es la mente del paciente de forma aislada y una descripción de síntomas que residen dentro de la persona y son vistos estrictamente como patología.

La psicoterapia relacional con niños se basa en el estudio del desarrollo humano, poniendo énfasis en el desarrollo temprano. Los patrones relacionales que aprendemos en el transcurso de la vida pero, en particular, durante la primera infancia, se convierten en la base de nuestra personalidad (Mitchell, 1988, 1993, 1997).

Los pensamientos que Alba anticipa sobre el terapeuta (me rechazará, pensará que soy una pesada...), provocan en el terapeuta la obligación de atravesar esos sentimientos. Mientras tanto la terapeuta está siempre mirando tanto a sus sensaciones, sentimientos y pensamientos. En las sesiones los terapeutas nos regulamos y intentamos ayudar a nuestros pacientes regular sus estados, devolviendo observaciones del proceso, de las experiencias de los dos, en la medida que podemos. Al poder explicitar la experiencia de la interacción, abrimos margen para crear nuevas

experiencias.

El enfoque en los mundos de experiencias de dos personas en interacción hace que este punto de vista se caracterice por ser “intersubjetivo” (Benjamín, 1988, Stolorow & Atwood, 1992).

### Una Visión Micro-Analítica

Actualmente disponemos de evidencia empírica, rigurosamente probada y confirmada, de que los patrones de interacción de la primera infancia influirán sobre la forma en que desarrollamos los patrones de relación y el sentido de nosotros mismos (self) que tenemos a lo largo de la vida (véase por ejemplo Beebe et al., 2010, Lyons-Ruth et al., 1998; Sroufe, 2005). Las recientes investigaciones nos ayudan a pensar con más claridad y mayor apoyo empírico sobre el modo en que las relaciones de la primera infancia afectan a la organización de la personalidad y a las estructuras psíquicas.

Gran parte de la organización de la personalidad y las estructuras psíquicas son procesos o circuitos de conexiones neuronales que afectan la regulación de afecto y de excitación así como a la manera que tenemos para interactuar con los demás y con nosotros mismos (Seligman, 2012) contribuyendo a nuestro sentido de sí.

Estas organizaciones y estructuras se construyen a través de los años y devienen automáticas. Son **organizaciones no-reflexivas y no verbales**. Las organizaciones consisten en redes de neuronas que crean expectativas de cómo comprendemos lo que nos sucede y lo que nos va a suceder y nos condicionan en la forma de percibir, sentir y pensar el mundo y la manera de estar en el mundo. Nuestros patrones relacionales son **patrones duraderos que nacen de la experiencia y estructuran futuras experiencias**.

Como hemos comentado, los patrones de interacción cuando son característicos y se dan de forma repetitiva organizan un tipo de expectativas sobre nuestro modo de percibir lo que nos rodea. Estos patrones se reorganizarán y transformarán después del primer año pero las bases de la relacionalidad están configuradas antes de los 12 meses como bien demuestra el paradigma de la “Situación del extraño” (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). El fundamento de la persona no es un “ello” caótico sino una capacidad constante de auto-organización en el contexto del campo interpersonal e intersubjetivo.

Podemos conocer y acceder a estas representaciones y estructuras en los niños por un lado examinando, explorando y mostrando curiosidad sobre el síntoma, así como también con la exploración de nuestra experiencia de “estar con” y de la interacción con el niño en el setting terapéutico. A través de la psicoterapia relacional infantil tenemos oportunidad de modificar patrones que quizás se hallarían mucho más consolidados y difíciles de cambiar más adelante.

## Alba: La primera fase del trabajo: descubriendo el patrón que atrapa

*En la primera consulta Alba llega, me mira, me saluda y se pone a llorar. Mientras llora, cojo los pañuelos y me siento a su lado, tranquila, escuchando lo que puede ir diciendo entre sollozos.*

*No puede callar, mientras llora y dice: **“es que mientras hablo, me siento mal y no puedo decir lo que quiero decir. Me hago tan pesada que nadie me querrá y me quedaré sola y entonces no sabré que hacer y me moriré”**.*

*El nivel de sufrimiento es elevado y explícito a través del llanto. Mientras la miro, Alba habla, llora y se suena en el pañuelo que le ofrezco, en una primera sesión en que me angustio con ella la vez que la puedo tranquilizar y decir que la comprendo.*

*“si me duele algo, hablo y hablo por no decirlo ya que pienso que así me podré olvidar del dolor...mis amigas se cansan de mi y entonces no me invitan a las fiestas y me quedaré sola y ya nadie me querrá nunca más.....”*

*No es siempre el caso que un niño venga tan preparado a trabajar en una psicoterapia infantil. Pero del mismo modo como buscaba el vínculo con sus padres a pesar de sus experiencias, quizás, traumáticas de bebe, Alba busca activamente el vínculo con la terapeuta. Los sentimientos de pena y tristeza desbordan a Alba de forma que le producen un alto nivel de ansiedad y está en condiciones de compartirlos.*

*Podemos pensar juntas que el miedo a ser rechazada o no aceptada, la hace sentirse muy angustiada así como culpable, por haberlo provocado. Este nivel de ansiedad hace que hable más y más y pierda la capacidad de poder controlar. Estas ansiedades son muy comprensibles dada su confusión sobre sus sentimientos. Elaboramos juntas estos sentimientos sin preocupación.*

*Mientras la escucho me pregunto: ¿Qué produce tal nivel de ansiedad en Alba? Me permito imaginar experiencias de una bebita atada en un orfanato. Me permito imaginar una bebita sin un adulto que se siente asustada y/o sola. Pienso en Alba bebe tanto durante la sesión como después, en mi coche, conduciendo, en mi casa, me angustio pensando en ella. ¿Qué ha ocurrido en el mundo de Alba que hace que se desborde su capacidad para controlar su lenguaje? Empiezo a formular hipótesis de cómo nació el síntoma de verborrea que tengo presente en mi trabajo con Alba. En mis pensamientos circulan ideas sobre una bebita que ha tenido la fuerza para desarrollar lenguaje, para relacionarse con adultos que le cuidaran, a pesar de sus miedos de ser abandonada por ellos. A pesar de los miedos a ser rechazada, hizo el gran esfuerzo de relacionarse con palabras. Me imagino una niña con un discurso precoz que habla muy correctamente, pero no sabe regular su estado sola, ya que no ha tenido la práctica.*



*¿Por qué ahora? Yo me pregunto:” ¿como se siente Alba mientras llora desconsoladamente delante de una desconocida? ¿Qué piensa ella sobre mi impresión de ella ?”*

*Ella percibe en mí la oportunidad de aprender a regularse. Alba me ha registrado como un adulto que capta y percibe experiencias que antes no han sido registradas.*

A través de lo que Alba cuenta, dibuja, o juega en las sesiones de psicoterapia nos cuenta cosas de su día a día y yo puedo imaginar y acercarme a las experiencias emocionales de ella. En la psicoterapia relacional buscamos en la relación paciente-terapeuta, los patrones de interacción para poder trabajar con el paciente desde nuestra subjetividad, desde nuestro punto de vista y, en el caso que nos ocupa, desde mis capacidades de auto-regularme incluso frente a las experiencias terribles de Alba.

El terapeuta funciona como participante y observador (Sullivan 1953) en las sesiones, a diferencia de la función terapéutica según Klein y sus seguidores, que definen al terapeuta como “contenedor” de imágenes de objeto antiguas, o proyecciones que luego se convierten en el material sobre el que el terapeuta puede interpretar. Participamos activamente con el paciente y a la vez reflexionamos y narramos lo que está pasando. La simbolización de las experiencias compartidas permite que el niño pueda construir una historia que dé sentido a su mundo y, de este modo, aumentar la coherencia del sentido de sí mismo.

**El conocimiento relacional implícito** es la forma no consciente con la que nos relacionamos y, en el contexto de relación terapéutica, permite ampliar nuevas maneras de relacionarnos en el mundo y de sentir quienes somos (Lyons-Ruth et al., 1998).

#### Alba: Segunda fase del tratamiento: La regulación.

Podríamos considerar y simbolizar de la siguiente manera las características principales de su estructura psíquica que estaban causando y manteniendo el síntoma:

1. “Cuando tenía miedo estaba sola y asustada”
2. “Ahora cuando estoy con alguien hablo mucho”
3. “Cuando hablo mucho, la gente se molesta”
4. “Me quedo sola de nuevo”

*Alba llega al despacho, saluda, a menudo no mira a los ojos. Evitar la mirada del otro es una de las primeras estrategias auto-regulatorias de que disponemos de bebés. Puede que sienta vergüenza pero veo que para auto-regularse en la interacción conmigo evita la mirada para poder regular su estado de afecto, de ansiedad, de excitación.*

*Enseguida se sienta y me pide algo. Así empezaban todas las sesiones de Alba. Si por casualidad yo me había anticipado con algún material ella*

*siempre se mostraba decepcionada, exigente, diciendo: “me faltan más lápices para hacer lo que yo necesito”, o “estos colores no me gustan”, o, “hoy no voy a hacer nada”...*

*Frente a este tipo de frases, yo seguía sentada, relajada, con los brazos en el respaldo de la butaca, preguntándole:” ¿como ha ido hoy el día?”. Yo me mostraba interesada y curiosa sobre su estado y disponible a sus sentimientos.*

*Alba siempre tenía ganas de contarme lo que le había ocurrido, a la vez que seguía exigiendo. A menudo, yo me mostraba indiferente a sus descargas, pidiendo colores o yo que se qué, y seguía focalizada en aquello que ella me quería contar.*

*En una sesión Alba me cuenta que “hoy no he parado de hablar en clase y me han castigado”. Le comento que quizá eso la hace sentirse culpable, ya que ella no quiere ser regañada y además no le gusta cuando la profesora habla de ella delante de todos los niños. Me dice que además el hecho de que ella hablara con su compañera en la clase hace que también castiguen a la otra niña. Ella me cuenta que cree que ésta amiga puede dejar de querer estar con ella, ya que ella le lleva a hacer cosas que no son las adecuadas en clase.*

*Alba anticipa un rechazo, un abandono de la profesora, por haberle “fallado” al hablar cuando no debía y de su amiga que se mete en “problemas por su culpa”.*

*En este sentido escucho y escucho mientras ella cree que lo que dice no es lo realmente “importante”. Ella cree tener en su interior experiencias y sentimientos que debe compartir y que le crean un gran sufrimiento. Sin embargo la verborrea no le permite llegar a ellos (sin la ayuda de alguien a su lado acompañándola). En este sentido, mi presencia, mi paciencia, mi respeto, el estar con ella, sin juzgarla y sin evaluarla le permite llegar a sus sentimientos de rabia, de pena, de preocupación por diversos temas.*

*Le acompañaba tranquila, le enseñaba a respetar los límites, no entraba a saciar sus exigencias, ya que eran puras descargas de malestar frente a un espacio que le requería cierto esfuerzo: hablar de ella, sin moverse, de forma pausada y tranquila. Al verme impasible y centrada en su discurso, leyendo entre líneas qué le había molestado o qué le había hecho sentir vergüenza o rabia, Alba se tranquilizaba, cogía el primer color que veía e iba dibujando sobre el papel blanco.*

*Alba se sentía más cómoda si podía ir haciendo algo mientras hablaba. Su actividad física, repetitiva, le calmaba y le permitía acceder a sus pensamientos. De esta forma conseguía regular su excitación. De este modo ella accedía a sus sentimientos más puros, sin sentirse juzgada, pero sí contenida.*

*De la tercera y hasta la número diez, ella estableció una rutina al inicio de la sesión que la obligaba a sacar punta a todos los lápices del lapicero, no pudiendo empezar a dibujar nada hasta al cabo de media hora aproximadamente. Esto le hacía no poder terminar a menudo aquello que se proponía hacer.*

*Alba tendía a oler los lápices en casa y en clase. Necesitaba tener todo controlado y para ello hacía muchas preguntas, en ocasiones preguntas con sentido, en otras, preguntas en forma de descarga, para no estar en silencio frente al otro.*

*En sus sesiones de terapia, Alba sacaba punta a los lápices mientras contaba con calma sus hazañas en la escuela y en casa y se regulaba y calmaba. Mientras sacaba punta a todos los lápices y de este modo conseguía unos lápices con buen aspecto con una actividad repetitiva presenciada por alguien.*

*Yo le explicaba que su manera de empezar las sesiones con esta actividad de sacar puntas o oler los lápices le calmaba y me parecía muy bien. Que sí, que tenía recursos para tranquilizarse frente a una experiencia que le costaba o que le asustaba. Que ahora en las sesiones de psicoterapia podíamos ver juntas como se angustiaba y como se regulaba, y pensar en sus capacidades regulatorias.*

*Mi paciencia, mi silencio, le permitieron poco a poco sentirse bien con el otro, sin tener la obligación de hablar, ni escuchar, ni hacer ruiditos.*

*Podíamos compartir la tarea de la auto-regulación a través de la rutina que había establecido en las sesiones y los límites que yo le proponía. La regulación mutua de su frustración y su miedo y tristeza al separarse de mí y del centro donde nos encontrábamos en cada sesión, pasó a ser una experiencia agradable, regulada, con principio y fin que nos permitía estar juntas y separarnos juntas de forma adecuada, mutuamente reguladas.*

*Entre las dos, en el momento a momento, en cada una de las sesiones, vemos juntas dónde podemos ir avanzando para que cada sesión sea terapéutica.*

*Entre lo que me comunica con sus palabras o sus conductas, sus preocupaciones sobre nuestra relación, sobre nuestro setting, sobre sus creaciones conmigo, Alba me transmite sus dificultades para relacionarse.*

*Durante este período del tratamiento, apareció otra situación de conflicto que nos ofreció la oportunidad de ver, pensar y resolver juntas. Se terminaba el tiempo de la sesión y ella no podía dejar de hacer*

*Tuvimos que pactar una forma de avisos y así poder anticipar y prepararse para las despedidas. Todo ello se resolvió en la tercera fase del tratamiento como más adelante expondremos.*

Para resaltar la importancia crítica de la conexión emocional y la regulación interactiva en la formación de nuestra manera de ser y “estar con”, Tronick se

pregunta que pasa cuando la conexión madre-niño se rompe y la regulación interactiva se interrumpe. Para responder a esa pregunta, creó el paradigma “Still-Face” (rostro inexpresivo) (Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978). La investigación pretendía profundizar en el sistema bi-direccional de comunicación afectiva entre los bebés y sus cuidadores principales. La principal conclusión es que el bebé hará lo posible por obtener respuesta, incluso a la edad tan temprana de tres meses. Los bebés muestran su malestar cuando la madre no interactúa con ellos y piden activamente una respuesta o conexión emocional. El experimento del rostro inexpresivo puso de relieve la habilidad y la aptitud de los bebés para la comunicación emocional, una capacidad que deberíamos estimular para su correcto y feliz desarrollo, para su propia capacidad de regulación.

Tronick propone que un dato fundamental o unidad de análisis para la comprensión de la regulación mutua es el proceso de **reparación**. La interacción típica madre-bebé transita desde los estados de coordinación (sincrónicos) a los de descoordinación y el regreso al punto de partida pasando por un amplio registro afectivo. El estado de descoordinación se contempla como un estado de falta de comunicación. Los fallos en la comunicación son sucesos normales, y no son vistos como un fracaso, si no, un hecho normal de cualquier comunicación entre dos. Tienen lugar cuando uno de los integrantes no logra captar correctamente el sentido de lo que el otro le muestra desde el punto de vista emocional ante lo cual reacciona de forma inapropiada. La transición interactiva de un estado descoordinado a un estado coordinado es una reparación interactiva y es el hecho de querer reparar y intentar reparar lo que nos une en la relación entre dos. La práctica de esta ruptura y reparación nos hace crecer emocionalmente (Beebe & Lachmann, 2002; Tronick, 2005; Tronick, 2007)

A través de las experiencias en sesión de interacción con el terapeuta Alba podía cambiar los **patrones de interacción**. Aquí aparece la posibilidad de experimentar y sentir la regulación mutua de afecto que permite, a través de las interacciones repetitivas terapeuta-paciente, crear patrones nuevos de autorregulación en el paciente.

*Durante este período, Alba me decía: “¿Y si me llevo el dibujo a mi casa?” sabiendo que los dibujos se guardan en mi consulta. Todavía era el dibujo que ella había empezado el segundo día de sesión, es decir, el primero en que pudo hablar sin llorar. ¿Y si en vez de lápices, no ponemos rotuladores? Finalmente me pidió: “¿y si guardas mi carpeta en otro lugar que no sea el de todas?”*

*Entonces entendí que ella me pedía un espacio especial en mi mente, nuestra relación nos estaba cambiando a las dos, yo sentía a Alba como una paciente especial, que tenía necesidades especiales que debíamos respetar para poder seguir entendiendo su sufrimiento y sus ansiedades. Ella necesitaba ser especial para mí, por eso no quería dejarme los*

*trabajos que realizaba en las sesiones: “¿Si un día me dejaron, es que yo no era especial?” me dijo. Según ella, la madre biológica no había podido tener este espacio que ahora habíamos construido y esto la llenaba de tristeza. Lloró y lloró... esta vez Alba sentía mucha pena, no lloraba a modo de descarga de ansiedad ni de rabia.*

*Pudimos pensar que de bebé seguramente sufrió unas despedidas que la invadieron de tristeza, miedo y rabia y que no se pudieron registrar de forma adecuada.*

El abandono de los ritmos conocidos y los cuidados mínimos dificultaron que el mundo, o el contexto relacional de Alba fuese “suficientemente bueno” (Winnicott, 1953). Planteé en mi trabajo con Alba la posibilidad de que en algún momento hubo una niña que echaba mucho de menos a un adulto que la pudiera acompañar en sus experiencias. La falta de un adulto a su lado, le causó penas insoportables. La ausencia de un adulto la llenó de una angustia que alteró su capacidad de auto-regularse.

#### Alba: Tercera fase del tratamiento: La separación

*Vimos juntas con Alba su importante dificultad de auto-regularse en el momento de despedirse de algo o alguien.*

*Alba, al final de la sesión, debía dejar a medias un dibujo que había empezado y entregármelo a mí, a pesar que ella creía que no estaba terminado. Esto creaba mucha angustia en ella ya que resonaba con despedidas anteriores y experiencias insoportables.*

*Alba podía experimentar muchos sentimientos contradictorios ya que ella confiaba en mí, pero ¿y el resto de gente del centro donde nos encontrábamos? ¿Que harían ellos con su carpeta, con su dibujo? Poco a poco se despertó una ansiedad de separación en cada una de las sesiones que interfería mucho en nuestras despedidas semanales.*

*Cuando yo le avisaba que debíamos recoger porque nos quedaban 5 minutos para marcharnos ella empezaba, a decirme, como un robot, semana tras semana: “¿Y si tu lo pierdes? Yo no quiero perder nada. Sabes, en casa siempre me dicen que no debo guardar tantas cosas, pero es que a menudo para mí las cosas son muy especiales y quiero guardarlas para no perderlas nunca más”.*

*Le aseguré que sus trabajos eran solo suyos y que nadie más iba a tocar ni mirar nada. Pero aún más terapéutico y regulador para Alba fue la conexión emocional que compartimos sobre su respuesta automática a la despedida. Conmigo Alba empezó a experimentar una conexión emocional nueva. Anticipamos juntas estos momentos y poco a poco ella pudo experimentar “yo siento que tú sientes lo que siento” (Riera, 2011). Es decir, pudimos pensar y luego reflexionar sobre ello. Y así lo hicimos una*

y otra vez. Alba y yo, en esta interacción repetitiva de terminar las sesiones, pudimos angustiarnos juntas y luego pensarlo juntas, simbolizando la respuesta automática con palabras (véase también la estrategia “name it to tame it” en Siegel y Payne Bryson, 2012), y poco a poco enfrentar las despedidas con más calma.

Entonces Alba empezó a preguntarme a mí cosas que quería resolver sobre su historia de bebé. En el momento en que Alba intentaba entender su historia y hablarme de lo que sabía sobre sus orígenes, o qué pasó al llegar a casa, o como vivió en el orfanato donde residió hasta los 7 meses, no podía responder con respuestas concretas y su ansiedad se disparaba. Entendí que, en este momento, yo debía ser su espejo; con mi mayor capacidad de auto-regularme pudimos explorar sus incógnitas. A través de las preguntas que me hacía a mí sobre sus dibujos, intentábamos responder a su curiosidad por sus orígenes.

Alba no había podido pensar en su madre biológica junto a su madre adoptiva. En este sentido no había podido explorar aspectos de sí misma y registrar experiencias importantes. Alba no se había atrevido a preguntar a nadie, ¿qué había ocurrido con ella? ¿Por qué me habían abandonado?” Me pudo decir que cuando hablaba de ello, Alba percibía que su madre se enfadaba y le decía:” tanto da, ahora ya estás aquí ¿no?”

En ese momento, uno de los días en que el padre de Alba venía a recogerla al finalizar nuestra sesión, me explicó que tenían un amigo que estaba muy enfermo, en fase terminal y que muchos fines de semana iban a visitarle al hospital, donde cada día se despedían de él, como si fuera el último día. Además, la abuela paterna había estado un tiempo ingresada en el hospital. Los sentimientos de duelo y pérdida se magnificaron de tal modo, que ella solo podía pensar qué pasaría con ella si yo perdía su carpeta, su dibujo o si un día nos separábamos definitivamente.... llevábamos 3 meses de tratamiento y entendí que la ansiedad de separación la estaba angustiando mucho.

Le pude decir que entendía cómo se sentía y que el miedo a la pérdida y a la muerte son normales y forman parte de la vida de todos. Sólo podemos aprender a convivir con ellos cuando somos capaces de expresarlos, compartirlos y mentalizarlos junto a alguien. Yo estaba allí para esto, a la vez que observaba cómo se calmaba.

Decidimos juntas en nuestra interrelación activa y modificable el modo en que íbamos a hacer las próximas sesiones para que estos sentimientos no la invadieran hasta el nivel de no poder ni empezar, por miedo a tener que terminar: ¿Cómo nos podríamos despedir en cada sesión, sabiendo que a la semana siguiente estaríamos otra vez juntas?

## El trabajo con padres en la psicoterapia relacional con niños

*A través de las entrevistas de padres que tuvimos de forma regular en ese período, los padres de Alba me expresaban que sentían que debían ayudarlo, ya que ella se sentía avergonzada de ellos. A menudo Alba decía que ellos eran demasiado mayores para ser sus padres y que además no se parecían a ella. Necesitaba junto a sus padres, pensar en sus orígenes, hacer el duelo de la infancia con ellos, sin miedo a perderlos.*

*Dichas entrevistas me permitían ir conociendo el modo en que Alba se relacionaba con cada uno de ellos, así como ellos con Alba. Del mismo modo, al escuchar como los padres la definían y lograban observar en ella pequeños cambios éstos pudieron poco a poco incorporar una forma diferente de relacionarse que implicaba una mayor comprensión a la vez que dejaba claros los límites.*

*Me comentaron que Alba siempre había sido una niña ansiosa, inquieta, movida, pero que esto se había agravado con la llegada de su hermanito Carlos. Así mismo le había costado el control de esfínter, presentado enuresis primaria hasta los 5 años de edad. También le costó dormir ya que hasta los 3 años de edad, Alba se despertaba alrededor de 10 veces cada noche, a menudo con terrores nocturnos. Fue terapéutico que los padres de Alba pudieran contarme su desesperación con Alba y que yo podía compartir sus frustraciones y experiencias de incompetencia.*

*Los padres se sentían exhaustos frente a una niña que habían vivido exigente, demandante e incluso “pesada” decían en algún momento. Con ellos pudimos los tres juntos entender porqué se mostraba así, una niña que había sufrido en sus etapas iniciales y que ahora debía reparar y elaborar todo lo que le había ocurrido.*

*También me podían contar sobre la relación entre Alba y Carlos. Los padres referían a Alba como una niña madura, muy contenida y comprensiva a pesar de las serias dificultades que todos estaban teniendo para convivir con el pequeño Carlos y su trastorno de conducta y retraso en el lenguaje.*

*Decidí trabajar con las imágenes que los padres tenían de Alba, para poder conocer la manera en que Alba se sentía mirada y observada por ellos. Mensualmente nos reuníamos con los padres, lo que nos permitió ir compartiendo experiencias no registradas de Alba y ellos pudieron leer las conductas de su hija de forma que se podían situar en una posición mucho más adecuada para responder a sus demandas.*

*Un cambio muy importante en su manera de ver a Alba fue que, a través de las sesiones con los padres, pudimos elaborar una imagen de una niña vulnerable, una Alba frágil y no siempre tan competente, a pesar de su alta capacidad del lenguaje.*

Desde un marco teórico tradicional y de una “psicología de una persona”, la intervención en la psicoterapia con niños no siempre incluía un trabajo con padres ya que la patología se centraba en el sujeto que presentaba la problemática, es decir, en el niño. Así, la relación con los padres solo se tenían en cuenta como garantía para asegurar el seguimiento del tratamiento con el niño o quizás para obtener información de la vida del niño fuera de sesión. A veces, para poder apoyarles en su función parental también se podían ofrecer sesiones de “parent guidance”.

Desde un marco teórico relacional, en cambio, **los padres y otros cuidadores forman parte intrínseca del campo terapéutico**. La imagen que tiene el niño sobre quién es él, se forma en gran parte a través de la mirada que recibe de sus padres, es decir, de las imágenes que tienen los padres de él. Con lo cual, una intervención que se focalice en las imágenes que tienen los padres en su mente sobre su hijo ofrece una manera poderosa para cambiar el sistema de interacciones.

Padres y madres transmiten sus propios aspectos psicológicos no resueltos a sus hijos con lo cual su exploración y enfoque desde un punto de vista clínico durante una intervención con niños sintomáticos es de suma importancia y utilidad. (Altman, 1992, Aron, 1996, Beebe y Lachmann, 1992, Demos, 1992, Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon, y Target, 1995a, Main 1995, Seligman, 1999, Silverman y Lieberman, 1999, Stern, 1985, Warshaw, 1992).

En el trabajo con padres en psicoterapia relacional escuchamos las historias de cada uno de los progenitores, sus patrones relacionales establecidos con sus propios padres y hermanos, así como la historia de la pareja. A diferencia del modelo de “sistemas de familia”, el trabajo del terapeuta relacional infantil concede gran importancia a los procesos sistémicos, pero también se focaliza y trabaja para transformar el mundo interno de los individuos involucrados en el sistema, incluido el propio terapeuta. El terapeuta relacional tiene como objetivo tener en cuenta a la familia como un sistema, también el mundo interno de cada uno de los miembros y su experiencia propia y participación en el mismo mientras está interviniendo.

*Así pudimos, trabajando con los padres, tolerar juntos la experiencia de considerar la vida de Alba antes de llegar a su familia adoptiva. Pudimos explorar juntas la información, nuestras hipótesis, y nuestras fantasías sobre sus orígenes en su país de nacimiento.*

*Parte del trabajo con Alba pasó por la relación que se pudo establecer con la madre al permitirle entender los sentimientos de su hija y sus miedos. Fue importante poder abrir espacios a solas de Alba con su madre lo que les daba la oportunidad de compartir y contrastar puntos de vista sobre su hermano, y de más cosas. De este modo Alba ya no me tenía solo a mí, abrimos nuestro cerco y ahora ella podía contar con su madre para resolver cosas muy importantes para ella.*

*En las sesiones individuales con la madre de Alba pudimos hablar de su sentimiento de madre, que se vio realizado a través de la adopción y que*



*no pudo compartir con su propia madre ya que había fallecido un año antes de que Alba llegara a casa. Pudimos, a través de estas sesiones comprender, como los duelos no resueltos de la madre, que no había podido acceder a la maternidad de forma “natural” y que no había podido compartir con su propia madre, estaban interfiriendo con su capacidad para entender de forma empática el sufrimiento de Alba.*

### La relación entre los hermanos y lo que significaba para Alba

*Cuando Alba tenía 5 años, fue con sus padres a buscar a su hermano adoptivo a su país de origen. Alba me cuenta que desde la primera vez que lo conoció en el orfanato, Carlos no era como ella imaginaba. Alba se siente muy mal con su hermano de 5 años, que se muestra muy gracioso y divertido cuando está con sus amigas y, sin embargo, en casa no cumple las expectativas de hermano que ella tenía.*

*Yo me pregunto si el viaje a Rusia a sus 5 años de edad, no habría despertado en ella muchos miedos y recuerdos: experiencias no registradas que toman forma a través de la relación con su hermano.*

*Después de llorar mucho y seguir hablando sobre lo que le pasaba, Alba pudo en la segunda sesión, mientras dibujaba una casa, expresar el malestar que esto le produce. Sin embargo, a los ojos de sus padres, Alba era muy protectora de su hermano y nunca creyeron que ella pudiera tenerle rabia. Tenía con él una relación dual, con sentimientos ambivalentes. Todos los sentimientos me llegaron a mí, y pude transmitirlos a los padres de forma que fuesen tolerables para ellos.*

*En esa sesión Alba dijo:*

*“siento mucho lo del otro día. Pero es que mi hermano me molesta mucho. A veces no estoy segura que mis padres me quieran a mí. En la escuela hablo mucho y pongo a mis compañeras en problemas porque nos castigan a las dos por mi culpa. En casa también me dicen continuamente que no hable tanto...pero no puedo parar.....a mucha gente le molesto”*

*La experiencia compartida y comprendida, cambiaba su realidad y su capacidad para poder expresar los sentimientos de rabia que estaban contenidos detrás de conductas ansiosas y pequeñas obsesiones. En el espacio terapéutico semanal, Alba me pudo expresar la rabia que sentía hacia su hermano. A la vez también pudo decirme que no tenía más ganas de volver a Rusia, ya que no lo pasó del todo bien cuando fue a buscar a Carlos.*

*Alba expresa buena relación con sus padres; es obediente. Sin embargo, tiene la sensación que los padres quieren más a Carlos que a ella. Son sentimientos confusos, que en el momento que verbaliza, me mira y me dice: “no, ya sé que no es así, pero es que a veces, me regañan, cuando es*

*él el que de verdad se porta mal”.*

*Cuando terminábamos las sesiones con Alba, el padre y el hermano que la acompañaban me permitieron observar como el pequeño Carlos se mostraba muy afectuoso con Alba, y sin embargo Alba, sentía culpa por no sentir lo mismo por él.*

#### Alba: cuarta fase del tratamiento. Pensando en ella.

*En esta época, los silencios eran frecuentes, dibujaba tranquila mientras me contaba sus historias y poco a poco pudo ir compartiendo su necesidad de saber: “¿Quién soy?” “¿A quién me parezco?” “¿A quién me pareceré cuando sea mayor?”*

*Poco a poco pudo ir controlando su verborrea, venía al inicio de la sesión y me decía: hoy no voy a hacer esto, o aquello, y además todo va mejor, ya no hablo tanto, puedo escuchar a mis amigas, a mis padres... estaba contenta con sus logros.*

*Alba había conseguido descargar sus ansiedades y canalizar sus miedos a través de las sesiones, donde ella había podido tener experiencias de regulación adecuadas en compañía del otro y ello le permitía ir encontrando otras maneras de expresar su ansiedad sin que fuera inadecuada ni interfiriera en su desarrollo.*

*Un día Alba llegó a consulta y me dijo en tono enfadado: “Ya ves, esto está muy bien, puedo estar con mis amigas sin molestarlas, ya no me riñen en clase por hablar, soy capaz de respetar turnos de palabras e incluso escucho todo lo que me interesa, pero ahora, me muerdo las uñas! ¡Mira, mira qué desastre!”*

*Ella me culpaba por morderse las uñas. Se sentía decepcionada con el tratamiento ya que ella tenía mucha ilusión en sentirse mejor y no sentir la angustia que había permitido que nos conociéramos.*

*Enseguida sonreí, me senté frente a ella y mirándola a la cara le dije: “¡Qué bien! Esto es algo que les ocurre a muchas personas que conozco y no todas necesitan tratamiento psicológico. Esto significa que te encuentras mucho mejor, aunque entiendo que todavía sufres y que además te gustaría que yo te siga ayudando un poco más. Pues bien, así lo haremos, ¿Cómo ha ido hoy?”, le pregunté a Alba, “¿Qué me cuentas esta semana?” y me dispuse a escucharla, tranquila, sin preocupaciones, para poder conocer qué podía seguir haciéndola sufrir de aquel modo que ella sentía tan intenso.*

*Yo me sentía bien acompañándola, hasta que cuando se acercó el fin del tercer mes de nuestro trabajo, ella estaba a punto de terminar el dibujo de la casa y le dije: “Creo que es el momento que te lo lleves y tú decidas donde lo quieres poner”. Alba se sintió liberada y madura para hacerse cargo de*

*algo que habíamos construido, luchado juntas.*

*Alba necesitó que yo le marcara el límite de las cosas, tenía pánico a dejarme su dibujo sin terminar, ya que ella creía que no era suficientemente bueno para mí, en ese afán de agrandar, y a la vez no podía irse sin el dibujo, porque tenía miedo a perderlo.*

*Su dibujo sin terminar había sido representativo de su dificultad para aceptar su historia y la de su familia. Pudimos ver juntas como ella necesitaba que juntas descubriésemos y contásemos su historia, ya que en su historia de abandono, y posterior adopción había vivido muchas experiencias que no habían sido registradas por nadie, al menos de una manera que le resultase satisfactoria. Veíamos juntas como sus sensaciones, percepciones, sentimientos y comprensiones la dejaban sobrecargada y sola.*

*A través de nuestra relación pudimos poner palabras a los sentimientos reales que estaba teniendo en sus experiencias del día a día, vinculando algunos sentimientos del presente con sentimientos del pasado, creando así un espacio de experiencia compartida que nos permitía modificar sus patrones mentales.*

*Todo ello permitió que Alba pudiera decidir definitivamente dónde iba a poner el dibujo que representaba tantas ideas y sentimientos compartidos.... ella pudo encontrar el lugar adecuado donde colocarlo.*

*El dibujo terminado encuentra por fin un lugar. Vive en la habitación en un sitio privilegiado y público. Los sentimientos que han sido experimentados durante la construcción del dibujo se han podido acordar. Ahora ya han logrado ser simbolizados.*

*Se trataba del dibujo de la Casa que yo le había pedido hacer en nuestra segunda sesión. Había sido un dibujo muy difícil de terminar y que pudo, atravesando las dificultades de regulación y de separación, terminar y darle un sentido.*

*Después de las vacaciones de Navidad, Alba volvió muy contenta, el dibujo estaba colgado en el lugar más céntrico y visible de su habitación, lo que le hacía sentir con orgullo, su trabajo así como la tranquilidad de controlar su "creación", en la que había proyectado su familia, sus sentimientos de afecto y su rabia hacia la hermanito que, poco a poco, también podía ir mejorando su conducta.*

*La relación entre nosotras ya había madurado y nos podíamos permitir hacer explícitas sensaciones muy íntimas de la sesión o de fuera. Me contó que le gustaba un chico, que estaba preocupada por la menstruación. Empezamos entonces otra fase en el tratamiento, como si hubiéramos podido cerrar los temas relacionados con su origen, sus celos, su miedo a perder algo y no volver a verlo nunca más y esto nos permitió llegar a ella*

*misma. Tenía miedo a hacerse mayor y estaba empezando a observar en su cuerpo pequeños cambios que la asustaban.*

## **Discusión**

El síntoma de Alba interfiere en el desarrollo y la hace sufrir. A través de la relación terapéutica con Alba, juntas podemos modificar sus patrones relacionales y sus estructuras psíquicas. Entre las dos, y a través de la relación terapéutica, ella puede acceder y registrar sus experiencias de forma adecuada para que no le atrapen y para que sus capacidades de auto-regulación y regulación mutua sean más facilitadoras. Elaboramos juntas y de forma explícita sus maneras de ser, y de “estar con”.

Los terapeutas relacionales trabajan y actúan en este campo interpersonal e intersubjetivo, que es siempre ambiguo y complejo. La influencia mutua entre paciente y terapeuta, aunque no simétrica, se toma en cuenta desde esta perspectiva. La interacción entre paciente y terapeuta consiste, entre otras cosas, en acción y reflexión sobre la interacción. Así, los patrones de interacción tanto de lo intrapsíquico como de lo interpersonal se flexibilizan y emergen posibilidades nuevas. Podemos influir sobre el proceso de construcción y revisión de las **estructuras psíquicas del niño**.

Las estructuras psíquicas modificadas son más eficaces y cómodas para Alba y la liberan para encontrar sus recursos y resolver los conflictos a los que se va enfrentando. A través del trabajo con padres, entendemos la historia particular de cada uno de ellos e intentamos abrir espacios nuevos para que ellos puedan responder a la niña de manera cada vez más empática. Flexibilizamos las imágenes mentales que tienen del niño y del síntoma.

Conociendo y participando activamente tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas, nos ofrece una perspectiva que nos permite modificar patrones relacionales. A veces la evolución es muy rápida, como en el caso de Alba y en otros casos, el tratamiento requiere un proceso más complejo.

---

*El síntoma de Alba interfiere en el desarrollo y la hace sufrir. A través de la relación terapéutica con Alba, juntas podemos modificar sus patrones relacionales y sus estructuras psíquicas. Trabajamos en la psicoterapia relacional para flexibilizar capacidades de auto-regulación y regulación mutua con nuestros pacientes pequeños y sus padres.*

*Los terapeutas relacionales infantiles trabajan y actúan en este campo interpersonal e intersubjetivo. La influencia mutua entre paciente y terapeuta, aunque no simétrica, se toma en cuenta desde esta perspectiva. Podemos influir sobre el proceso de construcción y revisión de las **estructuras psíquicas del niño** y flexibilizamos las imágenes mentales que tienen los padres del niño y del síntoma.*

Palabras clave: psicoterapia relacional; estructuras psíquicas; relación terapéutica; terapia infantil

## Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Altman, N. (1992). Relational Perspectives on child psychoanalytic psychotherapy. En N.J. Skolnick y S. C. Warsaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 175-194). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J. Gensler, D. y Pantone, P. (2011). *Relational Child Psychotherapy*. New York: Other Books.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F.M. (1992). The Contributions of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object-representations. En N.J. Skolnick y S. C. Warsaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 83-118). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F.M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Bahrack, L., Andrews, H. y Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment: A microanalysis of 4-month mother-infant Interaction. *Attachment & Human Development*, 12(1-2), 3-141.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love*. New York: Pantheon.
- Demos, E.V. (1992). The early organization of the psyche. En W. Barron, M. N. Eagle y D. Wolitzky (eds.), *Interface of Psychoanalysis and Psychology* (pp. 200-232). Washington D C: American Psychological Association.
- Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood REVISED EDITION (2005). Washington, DC: Zero to Three Press.
- 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. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Greenberg, J. y Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., Stern, D.N. y Tronick, E.Z., (1998). Implicit Relational Knowing: It's Role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: overview, with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (eds.), *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*: Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Riera, R. (2011). *La Connexió Emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Sander, L. W. (1977). The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspects of the context-content relationship. En M. Lewis y L. Rosenblum (eds.), *Interaction, Conversation and the Development of Language. The Origins of Behaviour*, Vol. 5 (pp. 133-156). New York: Wiley.
- Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 129-159.
- Seligman, S. (2012). The Baby Out of the Bathwater: Microseconds, Psychic Structure, and Psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(4), 499-509.
- Siegel, D. J. y Payne Bryson, T. (2012). *The Whole Brain Child: Twelve Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. New York: Random House.
- Silverman, R. C. y Lieberman, A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification and the intergenerational transmission of violent relational patterns. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 161-186.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. y Bruschiweiler-Stern, N. (1998). *The Birth of a Mother: How The Motherhood Experience Changes You Forever*. New York: Basic Books.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood, *Attachment & Human Development*, 7(4), 349 – 367.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Tronick, E.Z. (2005). Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making. En J. Nadel y D. Muir (eds). *Emotional development* (pp 293-315). Oxford: University Press.
- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S y Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Velasco, R. (2009) *¿Que es el psicoanálisis relacional?* Madrid: CLINICA E INVESTIGACIÓN RELACIONAL *Revista electrónica de Psicoterapia*.
- Warshaw, S. C. (1992). Mutative factors in child psychoanalysis: a comparison of diverse relational perspectives. En N.J Skolnick and S. C. Warshaw (eds), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (pp. 147-173). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97