

Investigación sobre infancia, salud mental infantil y psicoterapia de adultos: influencias mutuas

Infancy research, infant mental health, and adult psychotherapy: Mutual influences

Stephen Seligman⁽¹⁾ y Alexandra Harrison⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad de California, San Francisco, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Harvard

Resumen

Este artículo considera la influencia que la investigación acerca del infante tiene sobre la teoría y práctica psicodinámica. La investigación acerca del infante subraya los efectos dramáticos que las relaciones de cuidado tempranas tienen sobre el desarrollo a través del ciclo de vida. También proporciona importantes perspectivas acerca de los procesos psicoterapéuticos. Este artículo subraya elementos tales como la empatía, el reconocimiento mutuo y el apego, al tiempo que elabora las perspectivas de los sistemas intersubjetivo y transaccional. Adicionalmente, enfatiza el poderoso papel de la comunicación no verbal e implícita y la construcción de significados, que juegan un papel mayor en la experiencia de las relaciones humanas, y por tanto en el proceso terapéutico, que lo que se pensaba previamente. Además de clarificar estas orientaciones generales, el artículo describe estrategias terapéuticas específicas basadas en el conocimiento ampliado sobre el desarrollo.

Palabras clave: Infancia, Investigación con infantes, Psicoterapia.

Abstract

This article considers the influence of infant research on psychodynamic theory and practice. Infant research highlights the dramatic effects of the early caregiving relationship on development throughout the life span. It also provides important perspectives on psychotherapeutic processes. This article highlights such elements as empathy, mutual recognition and attachment, along with elaborating the intersubjective and transactional systems perspectives. In addition, it stresses the powerful role of nonverbal, implicit communication and meaning-making, which play a greater role in human relational experience—and therefore in the therapeutic process—than previously understood. In addition to clarifying these general orientations, the

article describes specific therapeutic strategies based on the expanded developmental knowledge

Keywords: Infancy, Infancy research, Psychotherapy.

Artículo original traducido y publicado con autorización: Seligman, S. y Harrison, A. (2012). Infancy research, infant mental health, and adult psychotherapy: Mutual influences. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 339-349. <https://doi.org/10.1002/imhj.21330>.

Traducción: Marta González Baz
Revisión: Aurora Doll Gallardo

En las últimas décadas, la práctica de la salud mental infantil y la investigación sobre el desarrollo temprano se han extendido más, se han hecho más precisas y con más raíces empíricas, mediante un conjunto de ciencias básicas consilientes y clínicas: psicología evolutiva, clínica y cognitiva; investigación sobre el afecto; pediatría; neurociencia, psiquiatría; psicoanálisis; teoría de sistemas dinámicos no lineales; e, incluso, filosofía. Basándose en la observación directa de los infantes y sus padres, estos enfoques difieren de las anteriores teorías derivadas de inferencias retrospectivas y especulativas obtenidas de la etapa adulta. Cuatro ideas han tenido un efecto en las bases de la teoría y práctica de psicoterapia con niños mayores y adultos: a) las relaciones sociales son la fuente esencial y el lugar para el desarrollo humano, y un estímulo fundamental para el cambio terapéutico; b) las relaciones humanas se entienden mejor desde un punto de vista transaccional que remarque la imbricación fundamental de las personas individuales y los factores concretos de los sistemas evolutivos; c) el desarrollo psicosocial eficaz tiene lugar intersubjetivamente, y d) la comunicación no verbal es un organizador esencial de la experiencia interpersonal y la personalidad individual. Al igual que estas proposiciones han afectado a la práctica del tratamiento en adultos, las áreas de la salud mental infantil y su investigación se han visto afectadas tanto por prácticas establecidas como por innovaciones emergentes en las disciplinas psicoterapéuticas, por lo que existe una evolución recíproca entre estos amplios campos (p. ej. Fraiberg, 1980; Stern, 1995).

Las relaciones como motivadores y organizadores fundamentales

Actualmente hay consenso entre los investigadores del desarrollo en cuanto a que la relación entre el infante y las figuras parentales es la unidad fundamental en la que tiene lugar el desarrollo, y que la creación y el mantenimiento de lazos con otras personas son motivaciones centrales para los infantes. En general, los hallazgos sobre cognición social y sensoriomotora y funcionamiento afectivo en neonatos e infantes han mostrado que los humanos están preparados, desde el nacimiento, para comunicarse de modo de promover el cuidado y la formación de lazos emocionales significativos (Ekman y Friesen, 1969; Izard, 1972; Stern, 1985). Con el tiempo, mediante secuencias de señales y respuestas que evolucionan, los niños y sus padres influyen y regulan continuamente los estados internos y conductas del otro. Patrones similares de *autorregulación*, *regulación mutua* e *influencia mutua* se aplican en la infancia más tardía y la vida adulta, aunque de formas más sofisticadas y complejas; estos patrones de interacción tempranos han demostrado ejercer una influencia en la vida adulta en estudios sinérgicos realizados por investigadores del apego y del desarrollo en infantes y neuroevolucionistas. Si bien los mecanismos precisos implicados en esta influencia son complejos y de momento solo se entienden en parte, se puede considerar que la tendencia de los sistemas familiares a perpetuar ciertas conductas en la interacción frecuentemente repetidas desempeña un

papel importante en la conducta adulta y en la transmisión de patrones relacionales de una generación a la siguiente. Al mismo tiempo, existen muchos momentos delicados en el desarrollo, y muchos procesos median la influencia del desarrollo temprano en el resultado evolutivo. Aun así, las correlaciones resultan impresionantes para los clínicos y, cada vez más, para los investigadores evolutivos. La continuidad respecto a la clasificación del apego, las representaciones internas de las relaciones, y el desarrollo cerebral emergen desde una variedad de investigadores (ver Hesse, 2008; Jaffe, Beebe, Feldstein, Crown y Jasnow, 2001; Lyons-Ruth, 2008; Main, 2000; entre otros) (para excelentes revisiones de la investigación sobre el desarrollo, ver Schore, 1994, 2003a, 2003b; Siegel, 1999; Stern, 1985; Tronick, 2007; Wallin, 2007).

La perspectiva transaccional: el proceso dinámico en el núcleo del desarrollo

La *perspectiva transaccional* ubica las relaciones en el centro tanto del desarrollo como de la teoría clínica, y propone que los sistemas vivientes (incluyendo los seres humanos) se organizan para crear *patrones dinámicos, no lineales*. En el caso de los sistemas infantes-padres, dichos factores incluyen afecto, crecimiento y desarrollo sensoriomotor, temperamento, entorno social, sensibilidad o psicopatologías parentales, cuidado, y muchos otros (Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff y Emde, 1989).

Aquí hay una ilustración hipotética, pero realista. Consideremos una madre soltera, levemente deprimida, con dos bebés imaginarios, uno de los cuales es extraordinariamente persistente constitucionalmente. Es probable que su depresión tenga un efecto menos dañino en el infante persistente. El bebé que se rinde rápidamente nunca provocará la implicación que necesita de su madre, mientras que el persistente finalmente lo conseguirá. Durante una serie de transacciones, el bebé menos persistente puede retirarse, aumentando la sensación de la madre deprimida de ser rechazada por el infante, lo que dará lugar a un mayor alejamiento por ambas partes, etcétera. Por el contrario, el infante persistente puede desarmar la anticipación de la madre de ser rechazada, animándola así a responder en el futuro, reforzando los esfuerzos continuos del bebé.

Otro ejemplo aplica principios similares a un marco temporal muy reducido. Una bebé de 7 meses y su madre, cara a cara, son grabadas en vídeo, de modo que la infante se muestra en la parte izquierda de la pantalla y la madre en la derecha. La madre sonríe. Un instante después, la bebé levanta la cabeza, emite un arrullo, sonríe y fija los ojos en el rostro de la madre. La madre responde “¡Hoooola, Luuuucie!” levantando las cejas y con los ojos brillantes. Lucie arrulla todavía más animadamente y más alto, y empieza a levantar los brazos con entusiasmo. La madre avanza hacia ella y la levanta en el aire, y Lucie se ríe y balancea los brazos al ritmo de la cadencia con que la madre la levanta una y otra vez. Su vocalización sigue un ritmo parecido. Si Lucie hubiera estado llorando cuando su madre entró en la habitación, bien podría haberse observado una secuencia coordinada diferente, como que esta madre sensible se acercara a la bebé con un ritmo más lento, tranquilizador. Cuando los padres son menos sensibles, pueden observarse patrones perturbados y descoordinados. En estos procesos, los infantes y sus cuidadores afectan continuamente al cerebro del otro y a sus estados mentales y corporales.

Observaciones como estas han modelado los enfoques clínicos actuales a problemas en el desarrollo temprano. Un padre se aproximaba a su infante con la misma intensidad energética y el mismo foco que hacia su trabajo de gran responsabilidad. Cuando llegaba a casa del trabajo, corría a la cuna a ver al bebé, y luego se sentía herido y decepcionado

cuando el bebé reaccionaba a sus entusiastas avances con lo que a él le parecía rechazo. Por el contrario, el bebé recibía alegremente a su esposa cuando esta entraba en la habitación. Esto amplificaba aún más la sensación de rechazo del padre, y se estableció entre padre e hijo un patrón autoperpetuante de frustración mutua, añadiendo tensión a la relación entre las figuras parentales. El clínico les explicó que, al igual que su mujer tenía un tono suave, el bebé tenía un umbral sensorial bajo con una base constitucional, sintiéndose fácilmente abrumado por lo que a otros les parecía una estimulación normal. El que se apartara no era un rechazo interpersonal, sino un esfuerzo por regular cuánta excitación podía manejar. Cuando el padre se acercó a su hijo de una forma más lenta y más tranquila, mejoraron las relaciones de toda la familia.

La intersubjetividad como motivador y organizador nuclear

Los investigadores de infancia han mostrado cómo están entrelazadas la identidad individual y la sensación de conexión con los demás. En una aparente paradoja, el sentimiento de distinción personal depende de ser reconocido por otros que lo vean a uno como es. Esta *perspectiva intersubjetiva* enfatiza aún más el proceso de *reconocimiento* mutuo, en el que una persona “ve” a otra al tiempo que se siente separado, incluso al tiempo que el mismo acto de ver a otro como separado afirma la conexión en la relación. *Lo ideal es que, aun cuando esté arraigada en la historia y la personalidad de un individuo, la experiencia de un individuo se convierta en lo que es al ser compartida con alguien diferente que lo entienda.*

Los investigadores también han mostrado que la sensación de individualidad, diferenciacón y continuidad del infante se da en el desarrollo mucho antes de lo que se imaginaba, tal como respaldan los procesos evolutivos tempranos coconstruidos (Braten, 1998; Meltzoff, 1998; Stern, 1985). Al igual que la depresión de la madre en el ejemplo que hemos puesto antes tiene su propia identidad al mismo tiempo que es inseparable de los dones de sus infantes, así la interacción social influye en quién nos convertimos como individuos. Desarrollar una identidad significa sentirse al mismo tiempo separado de los otros y conectado a ellos; semejante a ellos y diferente (ver Benjamin, 1995; Braten, 1998; Erikson, 1963; Loewald, 1960; Seligman, 2000; Stolorow, Atwood y Orange, 2002; Winnicott, 1971).

Otra interacción habitual entre padres e infante ilustra la cocreación de la experiencia del self. Una bebé de 8 meses comienza a morder la nariz de su padre, con un mordisco cada vez más intenso. El padre chilla con una mezcla de placer y, en algunos momentos, de dolor, y la bebé chilla como respuesta. A veces, estallan en carcajadas, que la bebé interrumpe volviendo a morder. Tras numerosos mordiscos cada vez más feroces, el padre exclama animadamente “¡Deja de hacer eso!” y al final la frena más definitivamente o intenta distraerla cuando empieza a dolerle de verdad. Juntos, este dúo está construyendo una experiencia que es, al mismo tiempo, un reflejo de lo que cada uno de ellos aporta a la misma y algo nuevo que no ha existido nunca antes. Una perspectiva intersubjetiva se centra en cómo infante y padres “negocian” mutuamente los significados específicos para conductas concretas y para cómo se experimentan los unos a los otros. Si el padre hubiera sentido el mordisco de la bebé como una agresión hostil, por ejemplo, habría respondido de forma diferente, y la respuesta de la bebé a él probablemente hubiera mostrado menos placer en morderlo, o incluso angustia. Si el padre hubiera perdido de vista las limitaciones que la bebé tiene debido a su edad para manejar el afecto y la hubiera estimulado más aún, ella podría haberse sentido abrumada y angustiada en lugar de sentir

placer en el hecho de morderlo. Aquí, puesto que los dos comparten el placer y el entusiasmo de sus actividades y sensaciones coordinadas pero distintivas, la bebé se experimenta a sí misma con alguien que sintoniza con su experiencia, pero de quien también piensa que es alguien diferente.

La investigación sobre infancia se ha centrado en estos procesos intersubjetivos. Recientemente, se ha utilizado el análisis de series temporales con ayuda del ordenador para observar las muestras de emoción diádicamente coordinadas, los gestos físicos y la variación en la intensidad y el ritmo de movimientos individuales e interpersonales tales como la cadencia, el dar pie a algo, el ritmo, la imitación y la sintonía, mostrando cómo estos patrones comunican y construyen mutuamente la experiencia subjetiva (Jaffe et al., 2001; Tronick, 2007). Además, los hallazgos de la neurociencia evolutiva han descrito cómo la arquitectura y la fisiología cerebrales están organizadas para orientar al infante al mundo interpersonal desde el principio de la vida (p. ej. Coan, 2008; Porges, 2010). Esto incluye la investigación actual sobre neuronas espejo, que registra la actividad motora observada para hacer que el observador se sienta como si estuviera haciendo ese mismo movimiento, al tiempo que sabe que es otro quien lo está haciendo (“simulación encarnada”). Este microproceso de intersubjetividad ofrece una sensación interna de la experiencia de otra persona como similar a la propia, pero sucediéndole al otro (Gallese, 2009; Rizzolatti y Craighero, 2004). A un nivel más abstracto, Seligman (1999) apunta que “La comprensión no es *sobre* la experiencia. Es una experiencia en sí misma, y esta experiencia implica la presencia crucial de otra persona con la que uno se siente seguro, en parte por el hecho de sentirse entendido por esa persona” (p. 84).

Dimensiones no verbales de la experiencia temprana

La comunicación no verbal es un organizador esencial de la experiencia, tanto en la etapa temprana como a lo largo de la vida (Emde, 1988a; Thelen y Smith, 1994; Trevarthen, 1993). El infante depende de la acción, la sensación y el afecto para comunicarse con su cuidador y darle sentido a su relación con él. En el pasado, investigadores y terapeutas a menudo han infravalorado o simplificado en exceso estas dimensiones básicas de la experiencia: esta concepción errónea ha favorecido la visión de la infancia como un estadio “primitivo” (Freud, 1920/1964; Klein, 1952). De hecho, los sistemas no verbales pueden ser complejos y muy organizados. La experiencia afectiva, propioceptiva, cinestésica, somatosensorial y autónoma están integradas en un sentido del self temprano en la infancia. El infante se comunica con un cuidador mediante movimientos de los brazos, las piernas, la cabeza y el cuello; mediante la expresión facial; y mediante la vocalización -llorar, arrullar y balbucear. El cuidador responde en modalidades correspondientes, mediante la temperatura corporal, la tensión de la piel y la frecuencia cardíaca y respiratoria. Aun cuando el cuidador habla, son los componentes no verbales, auditivos, del habla -el tono, el volumen, la cadencia y el ritmo- los que el infante registra. Edelman y Tononi (2000) se refirieron a la integración de estos diversos elementos como conciencia primaria; Damasio (1999) tituló su relevante libro *The feeling of what happens* [El sentimiento de lo que acontece]. Las interacciones no verbales se organizan en diferentes patrones entre infante y cuidador, muchos de los cuales también pueden observarse en adultos. Estos incluyen, por ejemplo, momentos de regulación mutua (como pasaba en el juego de morder la nariz que hemos descrito antes), secuencias de llamada y respuesta, perturbación y reparación, y muchos otros (Beebe y Lachmann, 2002; Brazelton, Kozlowski, y Main, 1974; Stern, 1977).

Los modelos no verbales de patrones de conducta y experiencia interpersonal están cada vez más en el núcleo de las explicaciones del desarrollo de la personalidad y la psicopatogénesis. Por ejemplo, los importantes conceptos de conocimiento y memoria implícitos o procedimentales (Grigsby y Schneiders, 1991; Kihlstrom, 1987) se están sumando ahora al campo interpersonal-afectivo. El conocimiento procedimental no implica una conciencia reflexiva, sino que tiene que ver con esquemas de acción o de afecto codificados y recordados en el cuerpo y las emociones, tales como los que se usan para montar en bicicleta, conducir un coche, o reaccionar a ciertos estímulos interpersonales de una manera determinada. Cada vez se presta más atención a la importancia del sistema límbico y los efectos del hemisferio cerebral derecho. El término conocimiento relacional implícito se ha acuñado para reflejar cómo los patrones interpersonales no declarativos moldean la conducta cotidiana (Lyons-Ruth, 1998; Tronick, 1998). Cada terapeuta lleva a su trabajo un repertorio de experiencias no conscientes de estar con otra persona, un estilo de usar su cuerpo y su mirada en la sala de espera; modos de retroceder o implicarse frente a respuestas negativas o positivas, de avanzar cuando siente que tiene permiso, que generalmente transcurren sin procesamiento verbal ni ninguna otra reflexión consciente.

Implicaciones para la práctica de la psicoterapia

El papel central de la relación de cuidado: un enfoque evolutivo básico

La psicoterapia de orientación evolutiva conceptualiza la psicopatología en términos de oportunidades y limitaciones evolutivas, donde la psicoterapia ofrece oportunidades reparadoras que favorecen los potenciales para una “segunda oportunidad” en la que puedan abordarse los efectos de los déficits, traumas y compromisos tempranos y puedan emerger y estabilizarse nuevos patrones más adaptativos de experiencia y conducta. Si bien generalmente se le ha dado a la infancia y la niñez temprana un peso sustancial en la teorización, hay un reconocimiento generalizado de que las interrupciones evolutivas y el trauma pueden suceder en cualquier estadio del ciclo vital, junto con el modo en que los resultados de cada fase evolutiva son consiguientemente moldeados y, de hecho, alterados en todos los casos. En el psicoanálisis de adultos, los enfoques evolutivos tienen antecedentes en la psicología psicoanalítica del yo y la escuela británica de relaciones objetales (p. ej. Kohut, 1977; Loewald, 1960; Mahler, 1972; Pine, 1985; Tyson y Tyson, 1990; Winnicott, 1971).

Es probable que un terapeuta con orientación evolutiva adopte una actitud emocionalmente disponible y afirmativa, aunque no a costa de la libertad del paciente para experimentar y expresar afectos negativos. A menudo se aplican metáforas evolutivas: aunque la relación padres-hijo y terapeuta-paciente no son equivalentes, ambas están orientadas por los principios de influencia mutua y sistema de relación diádica co-creada. Se hace uso directo de la relación terapéutica para ofrecer nuevos contextos para el reconocimiento, la regulación, el contacto emocional y la comprensión, y se hace un seguimiento de los significados implícitos, los afectos y las interacciones específicas, incluyendo la reedición de patrones de relación tempranos y las reacciones contratransferenciales consiguientes (para una revisión, ver Seligman, 2003). Este enfoque se correlaciona con la tradición de la intervención directa en la relación padres-infante que ha emergido en las últimas cuatro décadas y que le será familiar a los lectores de esta revista. La propuesta de Freiberg (1975) de “psicoterapia infante-padres” ha engendrado a generaciones de trabajadores agudamente conscientes del daño sustancial

que se produce cuando descarrila el desarrollo temprano; por el contrario, el potencial es enorme para la intervención temprana. La mayoría de las veces en esas intervenciones, la relación “es el paciente”. Ha habido variedad de aplicaciones de este modelo a diversas situaciones de infantes y niños pequeños en apuros: juzgados, sistemas que protegen a los niños, crisis médicas, y demás (para una ampliación de este método a niños mayores, ver Lieberman, 2004). Si bien no se aplica literalmente al tratamiento de adultos, este énfasis diádico tiene influencia. Al mismo tiempo, los trabajadores de la salud mental infantil son conscientes del impacto de los caracteres y la psicopatología de los padres, y de los efectos de la dinámica familiar y de sistemas sociales más amplios, que se han hecho más comprensibles por los desarrollos en los campos relevantes¹.

El papel del trauma temprano en la psicología de adultos ha alcanzado especial relevancia, especialmente en los trastornos de personalidad. Los nuevos modelos de interacción temprana padres-hijo describen cómo las experiencias tempranas problemáticas dan lugar a expectativas y respuestas inflexibles perdurables, tales como que los patrones traumáticos se vuelven automáticos. La investigación cerebral describe procesos por los que la experiencia afecta al desarrollo neurofisiológico. Los efectos son multidireccionales: la neurofisiología también afecta a la conducta, a las expectativas internas y a la experiencia continuada (p. ej. Perry, 2008; Schore, 2001). Este trabajo ha transcurrido de forma sinérgica con trabajos consolidados sobre trauma provenientes de muchas fuentes, incluyendo estudios de veteranos que vuelven a casa y víctimas adultas de abuso sexual y físico cuando eran niños, ente otros (Baker et al. , 1999).

Un paciente, por ejemplo, se esforzaba por imaginar que podía confiar en su terapeuta, y entraba en pánico entre una sesión y otra. Fue uno de varios hermanos de una edad parecida, y le resultaba útil pensar en esto como una repetición de un patrón en el cual su madre le retiraba la atención cuando otro la necesitaba más. Además, asumía que su madre estaba bastante cansada, y se mostraba distraído y distante. Aunque fue difícil establecer firmemente la certeza verídica de esta conexión como recuerdo, le pareció cierta, y esta narrativa tuvo un efecto terapéutico. Según pasó el tiempo, este replanteamiento de su angustia -compasivo con él y con su madre- tuvo un valor perdurable.

Las perspectivas transaccional e intersubjetiva como una orientación básica

Muchos innovadores actuales de la psicoterapia se basan en las perspectivas intersubjetivista-de relación y evolutiva diádica, integrando información actual sobre la psicología adulta para reflejar correspondencias entre la infancia y fases evolutivas posteriores. En general, este enfoque acentúa la cualidad fundamentalmente diádica del proceso terapéutico y la acción terapéutica, en la que las experiencias y conductas del terapeuta y del paciente se consideran como parte de un proceso singular, al igual que en la relación entre el infante y sus padres. Si bien las motivaciones y la experiencia de cada participante son distintas, ni el terapeuta ni el paciente pueden ser entendidos sin una plena comprensión de los procesos diádicos que los rodean. En este modelo, la terapia es un proceso continuo de influencia mutua en el que los significados se co-crean en lugar de descubrirse (Aron, 1996; Hoffman, 1998; Mitchell, 1988).

Desde este punto de vista, los procesos interrelacionados de reconocimiento mutuo, regulación mutua, especularización, empatía, sintonía y seguridad pueden observarse atenta y cuidadosamente para aumentar la capacidad de los clínicos para entender su papel en el flujo momento a momento de la interacción terapéutica (Beebe y Lachmann, 2002;

Tronick, 2007). La influencia del terapeuta sobre el paciente no se considera evitable ni indeseable, sino que es algo que debe ser reconocido y tenido en cuenta. De ahí se desprende que las reacciones del terapeuta se traten como información en lugar de cómo impedimentos al cambio progresivo, mientras que las transferencias del paciente se consideran transacciones dinámicas, continuas y transformadoras con las diversas respuestas emergentes del analista.

Las teorías de sistemas transaccionales no lineales a menudo se aplican al cambio tanto terapéutico como evolutivo. Las teorías de sistemas dinámicos sostienen que el cambio emerge de interacciones organizadas de las partes que componen los sistemas y también que pequeñas acciones pueden tener grandes efectos (Prigogine, 1996; Sander, 2008). Puede entenderse que las intervenciones terapéuticas satisfactorias perturban las rígidas dinámicas desadaptativas del sistema psicológico de un paciente y por tanto refuerzan el potencial para una adaptación más flexible y eficaz (Galatzer-Levy, 2004; Harris, 2004; Harrison, 2003; Harrison y Tronick, 2007; Seligman, 2005). Los terapeutas de padres e infante han apuntado las tendencias “autocorrectivas” de los sistemas niño/padres a sostener y ampliar su intervenciones (Emde, Everhart y Wise, 2004; Sameroff y Emde, 1989; Seligman, 1994; Stern, 1995).

La relación terapéutica no es simétrica, sin embargo, y una de las tareas del terapeuta es monitorear atentamente su efecto en la relación que empieza a desplegarse. Sea cual sea la modalidad terapéutica, se consideran los efectos directos de la relación general, además de aquellos específicos de la modalidad terapéutica. En el área psicodinámica, por ejemplo, esto modifica la noción tradicional de que la transferencia fluye del paciente al terapeuta para centrarse, en cambio, en el “campo transferencia-contratransferencia”, un sistema bipersonal exclusivo de cada diada terapéutica (los psicoanalistas relacionales ha colaborado de forma especialmente activa a este cambio). Desde el punto de vista de esta perspectiva co-construccionista, el terapeuta nunca puede ser “neutral”, ni un simple proveedor de ayuda técnica, sino que es observador-participante en un sistema de influencia mutua, donde las experiencias y conductas del paciente y terapeuta se entienden como aspectos indisolublemente vinculados de un proceso transaccional bidireccional que incluye factores interactuantes tales como la psicología, la historia y la situación vital actual del paciente, así como factores interpersonales tales como la personalidad del terapeuta y su orientación clínica. Sin embargo, decir que las reacciones del terapeuta son decisivas no es decir que estas deban revelarse al paciente sin una consideración y un autoescrutinio cuidadosos. Además, si bien creemos que la calidad de la relación terapéutica es crucial para para el éxito de cualquier intervención, no consideramos que la reflexión explícita sobre esta relación sea un elemento necesario de la psicoterapia satisfactoria.

De forma similar, se considera que cada intervención psicoterapéutica afecta al sistema general, y es afectada por el significado y resultado de las intervenciones posteriores. En un caso clínico de terapia cognitivo-conductual, por ejemplo, según las estrategias de desensibilización redujeron la angustia de una paciente agorafóbica respecto a conducir por la autopista, su incipiente confianza aumentó su esperanza y su evaluación realista respecto a otros riesgos, por ejemplo, respecto a asumir el riesgo de hacer un viaje con un nuevo novio. En un tratamiento psicodinámico, la tendencia de un paciente a negar las intervenciones del terapeuta, dio lugar a una contratransferencia sutilmente hostil de tal modo que el terapeuta se sentía irritable. La interpretación que un supervisor hizo de la reacción terapeuta dio lugar a un cambio sutil que, a su vez, suavizó la negatividad del paciente, puesto que el terapeuta ya no estaba confirmando sus expectativas

preconcebidas. Con el tiempo, la atmósfera cambió, y aumentó el progreso general. Este ejemplo ilustra el valor de la atención minuciosa del terapeuta a *su propia experiencia interna* en relación con el paciente puesto que esas reacciones influirán en el paciente, y viceversa, en un proceso continuo y bidireccional.

Comunicación no verbal: las dimensiones implícita y no verbal de la práctica clínica y la acción terapéutica

Como hemos afirmado antes, existen muchas vías para dotar de sentido a uno mismo y al mundo: conscientes y no conscientes, yendo de los procesos neuroendocrinos básicos a sensaciones sensoriomotoras, emociones, imágenes acústicas, y comunicación verbal. Los psicoterapeutas cada vez están más atentos a los detalles no verbales de sus intervenciones terapéuticas, a veces recurriendo a las observaciones directas (y a menudo grabadas en video) de los observadores de infantes y a veces usadas en el microanálisis de sesiones de psicoterapia grabadas en video (Beebe, Knoblauch, Rustin y Sorter, 2005; Fosha, 2000; Harrison, 2003, 2005; Harrison y Tronick, 2007). La atención a los microprocesos ofrece perspectivas sobre la acción terapéutica que no siempre son visibles a la mayor escala del material clínico convencional. Este trabajo ofrece explicaciones cuidadosas de las transacciones terapeuta-paciente, rastreando variaciones minuciosas en las expresiones faciales, posturas corporales, tonos de voz y ritmos vocales en el paciente y el terapeuta, explorando calibraciones finas de significado e influencia mutua que generalmente son invisibles para ambos participantes. Estos descriptores perfeccionados tal como “interrupción y reparación”, “persecución y evitación” (Beebe y Lachmann, 2002) y “sintonización afectiva” (Stern, 1985) se basan en la observación padres-infante y se aplican tanto al paciente como al terapeuta. Beebe et al. (2005) presentaron un caso conmovedor en el que ella usaba la grabación en video de su propia cara con un paciente distante, traumatizado, para provocar seguridad y potenciar la recuperación afectiva. Harrison (2003) y Harrison y Tronick (2007) revisaron detalles concretos de comunicación no verbal en una terapia infantil, analizaron breves interacciones grabadas en video que duraban desde segundos a minutos que expresan los temas básicos del tratamiento en evolución. Aplicando el enfoque intersubjetivo-interpersonal, Seligman (1999, 2008) reformuló procesos tales como “identificación proyectiva” y “mentalización” de los que los terapeutas tienden a hablar de formas abstractas, generalizadas, facilitando la observación directa tanto en la infancia como en la psicoterapia.

La siguiente viñeta de la primera sesión con un niño del espectro autista ilustra el poder de lo no verbal en una acción terapéutica. Una niña de cuatro años está construyendo una “casa para dinosaurios” con bloques. La terapeuta se sienta en silencio a su lado, diciendo apreciativamente “Mmm”. Cuando parte del edificio se cae, la terapeuta pregunta “¿Te gustaría que recogiera el bloque que se cayó?” La niña dice que sí. Se cae otro bloque y la terapeuta pregunta de nuevo “¿Te gustaría que recogiera ese?” De nuevo, la niña dice que sí. Están co-creando un patrón regulador rítmico, establecido en las idas y venidas más que en las palabras como tal. La segunda vez, la terapeuta extiende lentamente su mano hacia la niña y la mantiene en esa posición durante varios segundos mientras la niña coge el bloque se ha caído. La niña coloca el bloque en el edificio, hace una pausa, y luego comenta -con la misma entonación que la terapeuta había usado previamente- “Mmm”. Un segundo después (sin ser explícitamente consciente), la terapeuta también dice “Mmm”. La coordinación de la adulta y la niña al intentar establecer una conexión se capta en su “Mmm... Mmm” co-construido. Su sensación de sentirse seguras y

positivas la una con la otra es comunicada mediante sus ritmos vocales y corporales y sus gestos así como en sus palabras.

Dicha comunicación no verbal de estados psicológicos también tiene lugar en la psicoterapia de adultos, aunque a menudo se pasa por alto. Paciente y terapeuta están constantemente comunicando en sus expresiones faciales, gestos físicos, ritmos vocales y pausas y silencios, así como en gestos más sutiles tales como el crujido de sus ropas o un cambio de posición. Por ejemplo, un carraspeo puede comunicar estrés, mientras que inclinarse hacia delante puede comunicar un interés intensificado: en un encuentro bastante habitual, la terapeuta saludó a su paciente, un hombre divorciado de mediana edad, en la sala de espera y lo acompañó al consultorio. El paciente aún no había hablado, y su expresión facial era anodina, pero la terapeuta detectó un cambio. “¡Algo ha pasado! Algo bueno”, observó. La cara del paciente se relajó en una sonrisa. “He conocido a alguien”, dijo. Le contó la historia de su nuevo romance, y la terapeuta se preguntó, sin poder llegar a una conclusión, que fue lo que la alertó de la presencia de “algo bueno”. Cuando el paciente se volvió para despedirse al final de la sesión, sin embargo, hizo un gesto triunfal casi imperceptible con la cabeza y los hombros. La terapeuta se dio cuenta de repente que había hecho el mismo gesto mientras estaba a su lado al entrar en el consultorio al principio de la sesión. El gesto cargado de afecto, que ella no había apreciado antes conscientemente, había comunicado sus buenas noticias.

Estas interacciones significativas suelen tener lugar fuera de una conciencia explícita, reconocidos solo en retrospectiva, si es que lo son. Tras unas sesiones con un hombre joven encantador, extremadamente educado, y dolorosamente indeciso, un terapeuta se dio cuenta de que se sentía vagamente infeliz e irritable. Esto cristalizó con el tiempo en una sensación de ser torpe e inadecuado. Antes de notar esto, el terapeuta había formulado la indecisión del hombre como una reticencia perfeccionista a abandonar la opción no elegida. Pero esta formulación intelectual, aparentemente operativa, no lo aproximó a la experiencia afectiva del paciente. Su reciente conciencia del sentimiento contratransferencial implícito, no verbal, de estar molesto porque lo hicieran sentir “de segunda clase”, despertado al apreciar los gestos no verbales del paciente, lo ayudó a empatizar con este. En este sentido, se ha animado a los terapeutas a seguir sus propias experiencias viscerales, incluyendo cambios mínimos en los patrones de respiración, cadencias vocales, posturas corporales, etc. , y cada vez se sugieren más las metáforas musicales (p. ej. Knoublauch, 2005).

Integrando las perspectivas: la atención a lo no verbal con la orientación intersubjetivista-transaccional

Los siguientes ejemplos ilustran cómo *puede accederse directamente a los potenciales de cambio terapéutico mediante la acción y el intercambio emocional, y dentro de la relación terapéutica co-construida*, en lugar de solo mediante intervenciones verbales. El terapeuta de una mujer de unos cincuenta años se esforzaba por contactar con su paciente, severamente deprimida. A lo largo de semanas de desconcertante silencio de la paciente, puntuado por observaciones rumiativas sobre el fracaso de tratamientos anteriores, el terapeuta se sintió limitado y frustrado, eligiendo las palabras irregularmente. Aunque sentía que intentaba transmitir una comprensión empática de las decepciones y pérdidas de la paciente, sus observaciones se encontraban con más silencio dolido o con correcciones. Irritado como estaba, sin embargo, el terapeuta evitó señalar la actitud crítica encubierta de la paciente. En cambio, se concentró en “ponerse en su piel” de modos no verbales: intentando asumir la postura de la paciente y repetir sus gestos de

forma discreta, fue tan lejos hasta el punto de acoplar su respiración a la de la paciente. Al sentirse inesperadamente más consciente de la indefensión y enorme fragilidad de la paciente, fue más capaz de dejar atrás su propia irritación. Con esta conciencia visceral y ampliada, hizo comentarios ocasionales sobre sus propios sentimientos de tristeza e irritabilidad en respuesta a las observaciones de la paciente. Orientado por sus propias reacciones, reconoció que sus observaciones podían sonar “como arañazos en una pizarra”. La paciente se relajó, y habló abiertamente de su profunda depresión y su deseo de morir junto con su conmovedora voluntad de vivir por el bien de su hija adolescente.

La atención psicodinámica a la transferencia y la contratransferencia se ve favorecida cuando se siguen cuidadosamente los procesos transaccionales, no verbales e intersubjetivos, cuando en la arena interaccional implícita co-construida emergen repeticiones del pasado: un hombre joven acudió con un patrón de “destruir” las relaciones con mujeres. Según la relación terapéutica evolucionaba, se quedaba “en blanco” cuando empezaba a sentirse próximo a su terapeuta femenina. Sabía que su madre alcohólica había sido sexualmente provocadora con él y especulaba respecto a que hubiera sido sobreestimulante cuando él era bebé, pero sin efecto emocional. Cuando la terapeuta le señaló cuidadosamente como se tensaba su postura y se quedaba sin respiración en estos estados “en blanco”, fue vinculando poco a poco estos momentos con el miedo, primero con la terapeuta y luego con el pasado, recordando la actitud seductora de su madre. Los estados de desconexión se volvieron menos frecuentes y las relaciones del paciente con las mujeres empezaron a mejorar.

Si bien estos ejemplos han enfatizado los procesos empáticos y reconstructivos en la acción terapéutica, hay muchas otras dimensiones de la interacción padres-hijo que entran en juego en las díadas terapeuta-paciente, incluyendo el consejo directo, el apoyo directo para la regulación de la emoción y otros procesos de adaptación, la atención cuidadosa a acontecimientos extraterapéuticos de la vida, y otros. Además, el terapeuta a menudo es consciente de potenciales evolutivos más adaptativos que el paciente aún no puede conocer o al menos en los que no puede confiar (Loewald, 1960). La aplicación de la nueva investigación sobre las interconexiones de las experiencias emocionales de los padres y las de los infantes no debería suponer que los terapeutas deban desatender las otras “funciones” parentales. Al igual que la parentalidad requiere flexibilidad y espontaneidad junto con una firme concepción del conocimiento “superior” que los padres tienen del mundo externo y de sus requerimientos, oportunidades y riesgos, junto con la flexibilidad, el cuidado y la espontaneidad, el proceso psicoterapéutico se basa en la autoridad del terapeuta así como en su capacidad para entender y establecer contacto emocional.

Innovaciones psicoterapéuticas específicas

Boston Change Process Study Group

El Boston Change Process Study Group, que incluye tanto investigadores sobre infancia como psicoanalistas (Harrison, 2003; Sander, 2008; Stern, 2004; Stern et al. , 1998; Tronick, 2007), ha conceptualizado el proceso terapéutico en términos de comunicación no verbal y experiencia, delineando una serie de patrones interactivos implícitos que son cruciales para la acción terapéutica. Desde su punto de vista, las experiencias significativas co-creadas en el campo intersubjetivo/interpersonal son más importantes que su contenido verbal específico. Esta serie de dinámicas de relación incluye las idas y

venidas habituales en el diálogo, llamadas “avances”, interrumpidas por “momentos de encuentro” y “momentos ahora”, interacciones de intensidad especialmente alta y conexión intersubjetiva. Para ellos, el mayor cambio potencial reside en dichos momentos de interconexión. Lo que realmente importa es la calidad del intercambio implícito en el “momento presente”.

Su modelo establece un estrecho paralelismo entre la psicoterapia de adultos y la diada padres-infante:

Una paciente estaba tumbada en el diván y se sienta. Aunque estuvo tentada de hacer una observación interpretativa, la terapeuta simplemente dijo “Hola”. La paciente continuó mirándola. Ambas permanecieron inmóviles mirándose mutuamente durante varios segundos. Tras un momento, la paciente se tumbó de nuevo y continuó su trabajo en el diván, pero más profundamente que antes y en una nueva clave, que abrió la puerta a nuevo material. El cambio en su trabajo juntas fue dramático (Stern, 2004, pp. 168-169).

Expansión diádica de la conciencia

Tronick (2007) basó su modelo de *expansión diádica de la conciencia* en la investigación sobre infancia, la teoría de sistemas no lineales, y la idea de que el significado compartido es co-creado. Tronick describió un “estado psicobiológico de la conciencia” (pp. 402-412) conjuntamente creado que evoluciona de forma no verbal y verbal, a todos los niveles de organización de sistema humano y de los sistemas que lo componen. Los “estados psicobiológicos de la conciencia” (p. 476) incluyen emociones, pensamientos, percepciones, acciones y sensaciones corporales –“sensaciones en los brazos, los pies, el estomago y las manos, incluso aquellos demasiado no conscientes o demasiado leves como para sentirlos” (p. 499). Ubicando el significado en el centro de esta teoría, Tronick sostenía que las relaciones emergen de la elaboración de significado, y no al revés. El modelo de expansión diádica ofrece un marco de trabajo para ver cómo se co-crean los significados entre todo tipo de compañeros que interactúan -infante y adulto, adulto y adulto, un individuo consciente y sus experiencias corporales, y en todo tipo de formas- de lo no verbal, lo implícito y el momento a momento a narrativas y símbolos complejos, todo ello a niveles individuales, diádicos e incluso sociales. Así, este enfoque inclusivo ayuda al clínico a dotar de sentido a una variedad de actividades que crean significado.

Aplicaciones clínicas de la teoría del apego

Las categorías de apego también se han utilizado como indicadores en las terapias tanto con individuos como con parejas. Slade (1999, 2009) describió como ella usa el estatus de apego de sus pacientes -junto con otros métodos de conceptualización del proceso clínico- en sus formulaciones e intervenciones clínicas. Concretamente, sugería que los terapeutas pueden usar su conocimiento de las categorías de apego para ayudar a entender cómo los distintos pacientes construyen su apego al terapeuta, generalmente de un modo sugestivo más que definitivo. Estas incluyen las dos categorías de apego “inseguro” -el tipo preocupado, resistente-ambivalente, en el que el niño parece ser bastante consciente de la presencia de la figura de apego al tiempo que intermitentemente, o incluso simultáneamente, mantiene una distancia emocional y/o física, y el tipo rechazante/evitativo, en el que el niño evita activamente el contacto y las muestras emocionales respecto a la figura de apego, pero, sin embargo, está bastante influido por esta. Cada uno de estos se consideraría una estrategia para hallar seguridad emocional en

relaciones interpersonales nucleares. Al mismo tiempo, Slade se mostraba adecuadamente cauta respecto a la aplicación excesiva de estas aparentes correlaciones.

Por ejemplo, si bien los terapeutas psicodinámicos tradicionales pueden considerar que la presentación comedida y reservada de un paciente tras una interrupción de vacaciones refleja una respuesta agresiva a la separación, alguien que sigue estas plantillas de apego puede concentrar la atención en la tendencia evitativa del paciente para separar la importancia de la pérdida para minimizarla. Esta perspectiva no se contradicen necesariamente entre sí, sino que más bien permite la conciencia de múltiples significados simultáneos en los intercambios humanos. De forma similar, podría entenderse que otros pacientes se implican en la forma crítica de autoprotección característica de un patrón de apego ambivalente preocupado. Por otra parte, es más probable que una persona con apego seguro pueda expresar directamente tristeza o enfado por la interrupción. A menudo, estas observaciones se corresponden con lo que los pacientes cuentan de su relación con sus padres así como con figuras de apego actuales como esposos/as o hijos.

Modelos psicoterapéuticos e investigación evolutiva: influencias recíprocas

Ciertas estrategias terapéuticas han incorporado muchos de los énfasis de los evolutistas de la infancia; aunque los hallazgos evolutivos pueden no ser sus únicas influencias, a menudo se refieren a la investigación sobre infancia y a las metáforas infante-padres. Nuevos modelos de psicoterapia que enfatizan los hallazgos de la teoría del apego respecto al funcionamiento reflexivo, junto con la investigación sobre déficits en la regulación de la emoción y la arquitectura cerebral en la patología borderline y postraumática, ilustran alguno de los complejos patrones de influencia entre los enfoques de la terapia para adultos y la investigación evolutiva. También se vinculan enfoques emergentes que resaltan el afecto y el contacto directo con procesos corporales con modelos evolutivos, aunque basándose en múltiples antecedentes (Fosha, 2000; Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Ogden, Minton y Pain, 2006).

Vínculos emergentes entre diagnósticos específicos y dificultades evolutivas: trastorno de personalidad borderline, trastorno de estrés postraumático, teoría de la intersubjetividad, mentalización y la teoría de otras mentes

Investigadores y autores de distintas perspectivas teóricas han ofrecido muchas ideas sobre cómo los niños (o los pacientes) llegan a ver que sus propias experiencias y expectativas internas son diferentes de las de los otros y del mundo objetivo en general. En el desarrollo adecuado, el niño llega a tener un sentido de agencia, conexión y autonomía mediante el ser reconocido tanto semejante como diferente a otros cuando esos otros comunican una comprensión del estado interno del niño, al tiempo que muestran que sus propias reacciones son distintivas. Cuando una madre habla con una voz triste a su niño que llora, la correspondencia de la emoción negativa transmite que ella ha absorbido el sentimiento del niño, al tiempo que la diferencia entre las calidades tonales y los ritmos lingüísticos y los sonidos del llanto connotan que son diferentes. Los niños cuya experiencia no es tan reconocida de este modo pueden tener limitaciones a la hora de diferenciar entre sus propios sentimientos y los de los otros, y por tanto basarse demasiado en proyecciones para intentar relacionarse con los otros. Se han ofrecido términos como "mentalización", "metacognición" y "funcionamiento reflexivo" para reflejar esta capacidad evolutiva fundamental (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Main, 2000; Seligman, 2000), y los psicoanalistas de relaciones objetales británicos, así

como las tradiciones relacionales americanas han ofrecido conceptualizaciones similares con términos tales como “pensar” (Bion, 1962, 1965) y “el tercero intersubjetivo” (ver Benjamin, 2004; T. Ogden, 1994).

Algunos trabajadores psicodinámicos consideran la mentalización como un aspecto de un enfoque más general, mientras que para otros es el punto de central de su teoría clínica y evolutiva (p. ej. Fonagy et al. , 2002; Jurist, Slade y Bergner, 2008). Seligman (2008) describió cómo una paciente comenzó la psicoterapia con una visión reflexiva temerosa y enfadada de aquellos cuyos intereses y perspectivas no coincidían con las suyas. Según abandonaba la convicción de que los otros eran culpables de frustrarla, llegó a ver que otras personas simplemente tenían sus motivos propios y que estos no tenían su origen en ella. Llegó a entender que se haría más bien a sí misma si no se sentía agraviada, sino que reflexionaba sobre sus propias reacciones emocionales y reconocía las experiencias subjetivas de otras personas.

Recientemente, diversos estudios se han centrado en los efectos tanto del trauma crónico de la infancia temprana como del trauma agudo más adelante en la vida a la hora de predisponer a los individuos al trastorno de personalidad borderline y, por supuesto, al trastorno de estrés postraumático. Se ha apuntado cada vez más a las correlaciones entre los déficits en el funcionamiento de mentalización/reflexivo, la desregulación emocional, y las anomalías cerebrales implicadas en la regulación de la emoción. Algunos innovadores clínicos han propuesto síntesis novedosas de diversas técnicas clínicas: se han desarrollado estrategias de psicoterapia estandarizadas encaminadas a aumentar el funcionamiento reflexivo y el control emocional y se han validado como tratamientos eficaces para estos diagnósticos específicos (p. ej. Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999; Fonagy y Bateman, 2008).

Estrategias terapéuticas orientadas al afecto

Muchos terapeutas contemporáneos han arraigado la intervención en la atención cuidadosa a los procesos afectivos, especialmente a sus dimensiones no verbales. Por ejemplo, Davanloo (1980) y varios de sus seguidores, incluyendo a Alpert, Neborsky, McCulloch y otros (Solomon et al. , 2001), y Fosha (2000) integraron las concepciones psicodinámicas contemporáneas sobre los efectos directos de las relaciones terapéuticas con atención dedicada a los indicadores no verbales de emoción por parte del paciente. De forma similar, Greenberg et al. (1993) propusieron “terapia emocionalmente focalizada” para parejas y para individuos.

Por ejemplo, un paciente que hablaba de sus sentimientos acerca de su divorcio, podía decir “Lo he superado”, al tiempo que sus músculos faciales se aflojaban, se le llenaban los ojos de lágrimas, y se le agitaba la respiración. El terapeuta podía describir estas señales, diciendo que parecían indicar tristeza y preocupación, y sugerir explícitamente que les prestaba atención puesto que podían ser más importantes que las palabras pronunciadas.

Aquí, el compromiso con el poder de la experiencia directa determina la intervención más que cualquiera de las formulaciones anteriores acerca de qué temas, creencias o temas simbólicos deberían enfatizarse. Estos profesionales a menudo combinan esta perspectiva con un foco en los efectos positivos de la empatía en la relación terapéutica.

Terapias basadas en el cuerpo

Además, algunos terapeutas se orientan directamente mediante la experiencia corporal y los efectos de intervenciones con orientación somática (Anderson, 2007; Cornell, 2007). La sensación del self con los demás y, de hecho, la historia personal del paciente, se considera como *encarnada* en el modo en que tiene la musculatura, la postura, la expresión facial, el historial de salud y enfermedad, etc. Este enfoque está bien articulado en la siguiente explicación del “enfoque sensoriomotor de psicoterapia” integrativo, de P. Ogden et al. (2006), que está especialmente relacionado con los efectos patogénicos del trauma

Las terapias de orientación corporal se postulan sobre la noción de que la experiencia pasada está encarnada en los estados psicológicos y las tendencias de acción presentes: el trauma es recreado en la respiración, los gestos, las percepciones sensoriales, el movimiento, la emoción y el pensamiento [cursivas nuestras]. El papel del terapeuta es facilitar la autoconciencia y la autorregulación, en lugar de presenciar e interpretar el trauma.

Esto se logra trabajando con sensaciones y “tendencias de acción” (Siegel, 2006, p. xiii-xvi).

Conclusión

La investigación y las intervenciones clínicas con infantes han influido tanto a la teoría como a la práctica de la psicoterapia. La investigación sobre la infancia ha respaldado: a) un énfasis en el papel de las relaciones diádicas tanto en el cuidado infantil como en la psicoterapia; b) un enfoque de sistemas transaccionales a dichas relaciones; c) una visión intersubjetiva que afirma que la experiencia del self en los niveles más básicos es indisoluble de la experiencia de los otros; y d) un foco en la comunicación no verbal y la experiencia tanto en las relaciones de cuidado como psicoterapéuticas. Siguiendo la teoría evolutiva, la psicoterapia se considera cada vez más una segunda oportunidad evolutiva, con la relación terapéutica en sí como eje de la acción terapéutica.

La práctica de la psicoterapia se ha visto afectada por estos cambios conceptuales de varios modos importantes: sin diluir el énfasis terapéutico en la seguridad y los límites, los terapeutas actúan de forma más colaborativa; los procesos de cambio terapéutico se entienden como co-creados de un modo continuo en permanente evolución; y es más probable que los terapeutas focalicen en el toma y daca de los dos participantes terapéuticos y las respuestas que se dan el uno al otro, más que simplemente en qué hay “dentro” del paciente. Hay un especial énfasis en el afecto, la conexión empática y los efectos progresivos de la conexión intersubjetiva en tanto que respaldan una sensación más sólida de uno mismo en el mundo, y en el desarrollo de nuevas conductas y patrones de experiencia. La investigación sobre cómo infantes y cuidadores comunican sus afectos e intenciones en intercambios no verbales ha animado a los psicoterapeutas a prestar atención a las experiencias corporales y los procesos biopsicológicos como fuente de datos y a utilizar sus sensaciones y gestos no verbales, como la expresión facial y los atributos de la voz, a fines de efecto terapéutico.

Referencias

- Anderson, F. S. (Ed.). (2007). *Bodies in treatment: The unspoken dimension*. Nueva York, Estados Unidos: Analytic Press.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Baker, D. G. , West, S. A. , Nicholson, W. E. , Ekhtator, N. N. , Kasckow, J. W. , Hill, K. K. , ... Geracioty, T. D. Jr. (1999). Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 585–588.
- Beebe, B. , Knoblauch, S. , Rustin, J. y Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects*. New Haven, Estados Unidos: Yale University Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 5–46.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations: Change from learning to growth*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Braten, S. (Ed.). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Brazelton, T. B. , Kozlowski, B. y Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother–infant interaction. En M. Lewis y L. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Burlingham, D. y Freud, A. (1942). *Young children in war-time*. Londres, Reino Unido: Allen y Unwin.
- Clarkin, J. F. , Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Cornell, W. (2007). Self in action: The bodily basis of self-organization. En F. S. Anderson (Ed.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 29–50). Nueva York, Estados Unidos: Analytic Press.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the consciousness*. Nueva York, Estados Unidos: Harcourt Brace.
- Davanloo, H. (Ed.). (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Aronson.
- Edelman, G. y Tononi, G. (2000). Reentry and the dynamic core: Neural correlates of conscious experience. En T. Metzinger (Ed.), *Neural correlates of consciousness: Empirical and conceptual questions* (pp. 139–151). Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Nueva York, Estados Unidos: Times Books/Henry Holt and Co
- Ekman, P. y Friesen, W. V. (1969). The repertoire of non-verbal behavior: Categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49–98.

- Emde, R. N. (1988a). Development terminable and interminable: I. Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 23–42.
- Emde, R. N. , Everhart, K. D. y Wise, B. D. (2004). Therapeutic relationships in infant mental health and the concept of leverage. En A. J. Sameroff, S. C. McDonough y K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent–infant relationship problems: Strategies for intervention* (pp. 267–292). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. En E. L. Jurist, A. Slade y S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (pp. 139–166). Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. , Jurist, E. L. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Fraiberg, S. (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(3), 307–422.
- Fraiberg S. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Freud, S. (1964). Beyond the pleasure principle. En *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 18, pp. 3–66). Londres, Reino Unido: Hogarth Press (obra original publicada en 1920).
- Galatzer-Levy, R. (2004) Chaotic possibilities: Toward a new model of development. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(2), 419– 441.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis of social identification. *Psychoanalytic Dialogues: International Journal of Relational Perspectives*, 19(5), 519-536, <https://doi.org/10.1080/10481880903231910>
- Greenberg, L. S. , Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Grigsby, J. y Schneiders, J. L. (1991). Neuroscience, modularity and personality theory: Conceptual foundations of a model of complex human functioning. *Psychiatry*, 54, 21–38.
- Harris, A. (2004). *Gender as soft assembly*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Harrison, A. M. (2003). Change in psychoanalysis: Getting from A to B. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 221– 257.
- Harrison, A. M. (2005). Herd the animals into the barn: A parent consultation model of child evaluation. *Psychoanalytic Study of Child*, 60, 128–157.
- Harrison, A. M. y Tronick, E. Z. (2007). Now we have a playground: Emerging new ideas of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(3), 853–874.
- Hesse, E. (2008). The adult attachment interview: Protocol, method and empirical studies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, clinical applications* (2ª ed. , pp. 552–598). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale, Estados Unidos: Analytic Press.
- Izard, C. E. (1972). *Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression*. Nueva York, Estados Unidos: Academic Press.

- Jaffe, J. , Beebe, B. , Feldstein, S. , Crown, C. y Jasnow, M. (2001). Rhythms of dialogue in early infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66, (2), 1–132.
- Jurist, E. L. , Slade, A. y Bergner, S. (Eds.). (2008). *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis*. Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Kihlstrom, J. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445– 1452.
- Klein, M. (1952). Notes on some schizoid mechanisms. En J. Riviere (Ed.), *Developments in psychoanalysis* (pp. 292–320). Londres, Reino Unido: Hogarth Press. (Obra original publicada en 1946).
- Knoblauch, S. (2005). Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6), 807– 827.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Lieberman A. (2004). Child–parent psychotherapy: A relationship based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. En A. J. Sameroff, S. C. McDonough y K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent–infant relationship problems* (pp. 97– 122). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Loewald, H. W. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 16–33.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282–289.
- Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separationindividuation process. *International Journal of Psychoanalysis*, 53, 333–338.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055–1097.
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K. (1994). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity, and intention. En S. Braten (Ed.) *Intersubjectivity communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard.
- Ogden, P. , Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, Estados Unidos: Aronson.
- Perry, B. D. (2008). Memory of fear: *How the brain stores and retrieves physiological states, feelings, behaviors, and thoughts from traumatic events*. Recuperado de https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/12/Memories_of_Fear_Perry.pdf.
- Pine, F. (1985). *Developmental theory and clinical process*. Nueva York, Estados Unidos: Yale Univ. Press.
- Porges, S. (2004). The vagus: A mediator of behavioral and visceral features associated with autism. En M. L. Bauman y T. L. Kemper (Eds.), *The neurobiology of autism* (pp. 65–78). Baltimore, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.
- Prigogine, I. (1996). *The end of certainty: Time, chaos, and the new laws of nature*. Nueva York, Estados Unidos: The Free Press.
- Rizzolatti, G. y Craighero, L. (2004) The mirror neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
- Sameroff, A. J. y Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F. D. Horowitz (Ed.), *Review of child development and research* (pp. 187–244). Chicago, Estados Unidos: Chicago University Press.

- Sameroff, A. J. y Emde, R. N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Sander, L. (2008). Living systems, evolving consciousness, and the emerging person: A Selection of Papers from the Life Work of Louis Sander (G. Amadei e I. Bianchi, Eds.). Nueva York, Estados Unidos: Analytic Press.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and origin of the self*. Hillsdale, Estados Unidos: Erlbaum.
- Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation y infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- Seligman, S. (1994). Applying psychoanalysis in an unconventional context: Adapting infant–parent psychotherapy to a changing population. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 481–510.
- Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129–159.
- Seligman, S. (2000). Clinical implications of attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1189–1196.
- Seligman, S. (2003). The developmental perspective in relational psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 477–508.
- Seligman, S. (2005). Dynamic systems theory as a metaframework for psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(2), 285–319.
- Seligman, S. (2008). Metaphor, activity, acknowledgement, grief: Forms of transformation in the reflective space. En E. L. Jurist, A. Slade y S. Bergner (Eds.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (pp. 253–372). Nueva York, Estados Unidos: Other Press.
- Siegel, D. (2006). Series editor's foreword. En P. Ogden, K. Minton y C. Pain, *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Norton
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications* (pp. 575–594). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Slade, A. (2009). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd ed., pp. 762–782). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Solomon, M., Neborsky, R., McCulloch, L., Alpert, M., Shapiro, F. y Malan, D. (2001). *Short term therapy for long term change*. Nueva York, Estados Unidos: W. W. Norton.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Brushweiler-Stern, N. y Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–921.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E. y Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.

- Thelan, E. y Smith, L. B. (1994). *A dynamic system approach to the development of cognition and action*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self knowledge* (pp. 121-173). Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Tyson, P. y Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. New Haven, Estados Unidos y Londres, Reino Unido: Yale University Press.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

¹ Estos esfuerzos tienen antecedentes en el trabajo de psicoanalistas explícitamente preocupados por la relación infante-madre. D. W. Winnicott trabajaba como pediatra mientras practicaba psicoanálisis de niños y adultos, mientras que sus colegas en la Sociedad Psicoanalítica Británica asumieron un papel activo al trabajar con niños separados de sus padres durante los bombardeos de la II Guerra Mundial en Londres y otras ciudades británicas (ver Burlingham y Freud, 1942) y los efectos de separaciones similares entre refugiados tras esa guerra (p. ej. Bowlby, 1988).