Clínica e Investigación Relacional
Revista electrónica de Psicoterapia
ISSN 1988-2939
Vol. 20 (2) – Octubre 2026 - http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2026.200211

Entre el psicoanálisis infantil y el psicoanálisis relacional: un momento de encuentro.

Hernâni Caroço[1]
PSIRELACIONAL
Lisboa, Portugal

RESUMEN
El presente artículo pretende reflexionar sobre las implicaciones que tiene, para las particularidades de la práctica del psicoanálisis infantil, la adopción de una perspectiva relacional. Pretendo contribuir al debate sobre cómo pueden concebirse los factores que promueven el cambio psíquico en el psicoanálisis infantil a la luz del psicoanálisis relacional. A partir de la descripción de casos, ilustraré cómo el concepto de conocimiento relacional implícito y los procesos de «moverse juntos» y «momentos de encuentro» pueden aplicarse para describir los fenómenos interactivos y representacionales que promueven el cambio en la clínica infantil.

Palabras clave: conocimiento relacional implícito; psicoanálisis relacional; psicoanálisis infantil.

ABSTRACT
This article reflects on the implications of adopting a relational perspective for the specific practice of child psychoanalysis. It aims to contribute to the discussion of how the factors promoting psychic change in child psychoanalysis can be conceptualized in the light of relational psychoanalysis. Drawing on clinical cases, the article illustrates how the concepts of implicit relational knowing, "moving along," and "moments of meeting" can be applied to describe the interactive and representational processes that promote change in child clinical practice

Key Words: implicit relational knowing; relational psychoanalysis; child psychoanalysis
English Title:

Cita bibliográfica / Reference citation:
Caroço, H. (2026). Entre el psicoanálisis infantil y el psicoanálisis relacional: un momento de encuentro. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (2): 170-189. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2026.200211

[1] Hernâni Caroço es psicólogo clínico y psicoterapeuta psicoanalítico. Es miembro de PsiRelacional, la Asociación de Psicoanálisis Relacional, de Portugal. Trabaja en la práctica privada con niños, adolescentes y adultos, pero también en el ámbito social, con familias de niños con trastornos del desarrollo. Contacto: hernanicaroco@gmail.com

Nota: Los nombres y otros datos identificativos de los casos han sido modificados para preservar la confidencialidad de los pacientes y de las personas involucradas.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Según sus padres, Afonso era un niño estupendo: sacaba buenas notas, era inteligente y un buen amigo, se portaba bien con sus compañeros y era cariñoso. Pero la principal preocupación de sus padres, lo que los llevó a buscar un psicólogo, era su intensa «*incapacidad para aceptar la derrota*», la frustración furiosa que se apoderaba de él cuando perdía un juego en familia. Tal y como yo lo percibía, los padres me decían de manera implícita que querían que se resolviera ese problema, que no tenía por qué preocuparme por nada más. Eran una buena familia, acomodada, distinguida y diferente, pero Afonso tenía esa peculiaridad que les molestaba y les preocupaba.

Afonso era un niño de 8 años, de cabello rubio, voz ronca y ojos azules. La valoración de sus padres era acertada: era un buen compañero y afable. También era un niño que mostraba una gran inquietud, mientras que en otros momentos me daba la sensación de que albergaba en su interior una tristeza que no se le permitía expresar. A Afonso no le resultaba fácil expresar emociones y relacionarlas con acontecimientos de su vida. Sucesos como el divorcio de sus padres, la forma en que se le había comunicado ese divorcio, los sucesivos cambios de colegio y de rutinas, flotaban como sombras bajo las cuales le resultaba difícil pensar.

No obstante, para mí era agradable estar con Afonso. Me daba cuenta de que para él también era agradable estar conmigo cuando expresaba su frustración porque yo tuviera que ausentarme. Esa percepción era importante para mí en varios niveles, que parecen entrelazarse y ser difíciles de distinguir: a nivel humano, el placer de estar en una relación significativa, de gustarle a alguien y de sentir lo mismo por esa persona; a nivel profesional, el placer de sentir que esta relación tiene en su esencia el potencial de ser terapéutica. ¿Pero lo tendría? ¿Es esta bondad mutua lo que cambia a las personas, en general, y a los niños en particular, para mejor? Volveré a esto más adelante.

Antes de entrar en los aspectos esenciales del psicoanálisis infantil, hablemos un poco de su contexto. Una de las actividades favoritas de Afonso, quizá la que más le gustaba, era jugar al fútbol. La consulta no era el lugar más adecuado para ello. La mayoría de los consultorios no lo son, al menos en Lisboa. Pero jugábamos de todos modos. Elegíamos un equipo y jugadores favoritos y establecíamos las reglas del juego: tiempo y descanso cronometrados y goles anotados en una hoja de papel; cambiábamos de campo a los 10 minutos y terminábamos a los 20. Debo decir que este sistema aumentaba la tensión y la competitividad entre nosotros.

Era un momento en el que la emoción estaba en su punto álgido, en el que la «ola afectiva» parecía elevarse, una ola que nos envolvía, que surfeábamos y que nos mojaba, teniendo en cuenta el sudor que atestiguaba nuestra activación fisiológica. Pido disculpas al lector por la imagen gráfica, pero era así. Esa emoción que desataban esos pequeños derbis sacaba a relucir también el lado más competitivo de Afonso, tal y como

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

lo describían sus padres y que él mismo había ocultado hasta entonces. Afonso jugaba bien al fútbol y me costaba mucho ganarle, pero cuando lo conseguía, se enfadaba y me gritaba. Le daba a la pelota con fuerza, con rabia y frustración por el fracaso o la incertidumbre del resultado.

Eran sesiones muy ruidosas, agitadas, que me hacían temer por el consultorio. Me preocupaba, porque era alquilado, no era mío, como la mayoría de los consultorios no son de los profesionales que trabajan en ellos, al menos en Lisboa. Mi preocupación estaba justificada, ya que al poco tiempo me llamaron para tener una conversación con mi casera. Me pidió que «adaptara» mi consulta o tendría que irme, ya que se estaba volviendo molesto.

Esta situación clínica pretende ilustrar el carácter específico del psicoanálisis infantil, como una práctica especial que requiere condiciones particulares y específicas, así como un contexto adecuado para que pueda suceder lo que debe suceder. Por otra parte, esta forma específica de psicoanálisis ha ocupado históricamente un lugar subordinado respecto a la práctica con adultos, siendo vista como una práctica en la que era necesario realizar una serie de adaptaciones, ante la evidente dificultad de conseguir que los niños se quedaran tranquilos en un diván asociando libremente (Warshaw, 1992). Históricamente, este ámbito del psicoanálisis se ha definido en función de una inconveniencia, reclamando un mayor reconocimiento de sus especificidades. Además, a menudo se considera una práctica compleja y, tal vez por eso, parece contar con pocos profesionales dedicados a ella. Algunos datos dispersos apuntan a una menor proporción de psicoanalistas que trabajan con niños (IPA, 2003) en comparación con sus homólogos que analizan a adultos. Midgley y Kennedy (2011) observan que, desde el punto de vista de la proporción de publicaciones sobre niños en relación con las publicaciones sobre adultos, la diferencia ha sido significativa en detrimento de los escritos sobre los más jóvenes.

En un momento dado (Warshaw, 1992), se afirmó que, a pesar de las contribuciones a los modelos relacionales de algunos analistas infantiles (principalmente Klein, Anna Freud y Winnicott), en la literatura sobre psicoanálisis infantil se había escrito muy poco desde una perspectiva puramente relacional. Según Frankel (1998), al menos inicialmente, parece que hubo cierta reticencia por parte de los psicoanalistas infantiles a adoptar una perspectiva relacional. Según Warshaw (1992), existe cierta dificultad para integrar las observaciones de quienes trabajan con niños en los modelos de la mente desarrollados a partir del trabajo retrospectivo con adultos.

Históricamente, el psicoanálisis con la población infantil siempre se ha comparado con el de los adultos. Esta autora observa que la mayoría de los profesionales que trabajan con niños también se formaron en el análisis de adultos y, a menudo, trabajaron de este

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

modo antes de trabajar con niños. Todos se sometieron a un análisis en la edad adulta, y su perspectiva reconstructiva del propio desarrollo, así como los modelos teóricos y los aspectos experienciales del modelo adulto, influyen en el tratamiento psicoanalítico de los niños. Concluye que cualquier intento de comprender y desarrollar la especificidad del tratamiento para niños debe ser consciente de las cuestiones que surgen de esta lucha por desarrollar una originalidad. Esto será tan cierto para la perspectiva relacional como para el modelo pulsional.

Por ello, considero importante articular algunos conceptos esenciales de la teoría relacional contemporánea con la clínica infantil. También considero importante basarme en modelos que tengan un fundamento empírico, en lugar de modelos construidos a partir de la reconstrucción retrospectiva de pacientes adultos. En mi opinión, esto supondrá una salida a la dificultad en la que se ha visto envuelta el psicoanálisis infantil, una práctica que, metafóricamente, parecía intentar «*disparar a ciegas*». Mediante la observación empírica de los procesos de desarrollo, será posible fundamentar mejor las intervenciones psicoanalíticas con niños.

¿Es posible que las perspectivas relacionales permitan integrar en sus metapsicologías el psicoanálisis infantil sin tener que aceptar un inconveniente ante la «obligatoriedad» de interpretar? ¿Permite la conceptualización metapsicológica relacional reconocer las particularidades del tratamiento de los niños? La perspectiva relacional ha mostrado desde sus comienzos una mayor apertura e inclusión de las diferentes prácticas clínicas, y tal vez el psicoanalista relacional no tenga por qué sentirse perdido en medio de la interacción inmediata y directa con el niño. Quizás no tenga por qué sentirse un impostor. Quizás los factores que llevaron al cambio psíquico del niño al que acompaño o he acompañado puedan traducirse en términos de una teoría relacional.

Intentaré reflexionar sobre el psicoanálisis infantil a la luz del psicoanálisis relacional y sus principios. Observaré de forma sintética cómo la metapsicología del psicoanálisis relacional concibe la mente, su desarrollo, los factores esenciales del fenómeno psicopatológico y cómo se promueve el cambio psíquico. Consideraré la contribución del Grupo de Boston y, en particular, su concepto de «conocimiento relacional implícito» como una propuesta para conceptualizar los factores de cambio en el psicoanálisis relacional infantil. Estos autores conciben los procesos de cambio psíquico a partir de procesos de desarrollo observados empíricamente.

Las distintas perspectivas psicoanalíticas se apoyan, explícita o implícitamente, en determinados modelos de la mente, del desarrollo, de la psicopatología y del cambio psíquico. Estos modelos y teorías influyen en la técnica y determinan la interacción que los analistas establecen con sus pacientes (Warshaw, 1992). Desde el principio, las teorías psicoanalíticas relacionales contemporáneas han compartido la idea de que la

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

personalidad se forja esencialmente en el contexto de la relación con los demás (Greenberg y Mitchell, 1983). Estas teorías han sugerido un mayor énfasis en la primacía de la relación en el desarrollo de la personalidad, en detrimento de la primacía de las pulsiones.

Frente al predominio pulsional de buena parte de la tradición clásica, entre las diversas perspectivas relacionales es común concebir la mente como una estructura construida a través de la díada madre-bebé; por lo tanto, para los analistas del modelo relacional, la situación psicoanalítica es inherentemente diádica. La mente se compone así de configuraciones relacionales desarrolladas en el contexto de la interacción con los demás. Mitchell (1988, citado por Warshaw, 1992) sugiere que las relaciones adquieren un estatus motivacional primario y que la sexualidad y la agresividad se entienden como poderosas respuestas fisiológicas «generadas en el contexto de un campo relacional determinado biológicamente, por lo que el significado de ambas se deriva de esa matriz relacional más profunda».

Desde un punto de vista empírico, la línea de investigación sobre el fenómeno del apego y la base segura de Bowlby (1988), así como el trabajo pionero de Stern (1985), proporcionaron una base empírica para una conceptualización de la mente basada en una matriz relacional. Stern (1985) describió cómo los bebés preverbales llegan a codificar sus experiencias interactivas y se vuelven capaces de crear experiencias del yo. Este proceso de desarrollo del yo se deriva de la participación en un entorno interpersonal. El yo se constituirá precozmente a partir de fragmentos de interacciones, o de representaciones internas, más concretamente de "*representaciones de interacciones que han sido generalizadas*" (RIG).

Los acontecimientos comunes y cotidianos entre los cuidadores y el bebé se condensan en un «RIG» más frecuente. Si el suceso es de alguna manera diferente, cobrará importancia en la medida en que «*la memoria se guía por el fracaso y el episodio concreto solo es relevante y memorable como fragmento de una experiencia vivida, al tiempo que contradice las expectativas del episodio general*» (Stern, 1985, p. 96). Esta afirmación refleja la tendencia humana a centrarnos en las interacciones «f*allidas*» con un padre o una madre en el contexto de una experiencia problemática, que resultan entonces más fáciles de evocar que cualquier otra secuencia interactiva positiva.

Por ejemplo, la forma en que el cuidador, en cierta ocasión, tiene una respuesta sorprendente, que asusta o emociona al niño, resultará más memorable que cualquier episodio de implicación positiva por parte del padre. Cuando estas RIG se normalizan como parte de la autorregulación del bebé con respecto al otro, proporcionando una sensación general de interacción social incluso en ausencia del otro, Stern (1985) las denomina «*compañeros evocados*». Esta será la contribución de Stern para comprender

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

la capacidad del niño de representar implícitamente su experiencia interactiva, cuando la madre externa y real no está presente, siendo esta experiencia compuesta por la superposición de diversas experiencias de haber estado con la madre. Por ello, Stern sostiene que su concepto de compañero evocado será cualitativamente diferente de otros conceptos similares (como el modelo operativo de Bowlby o el objeto transicional de Winnicott), ya que será un recuerdo de la interacción y no una imagen afectiva y estática.

Otros autores también han explorado el desarrollo de la estructura psíquica en el seno de la matriz interactiva padre-niño (Beebe y Lachmann, 1988; Beebe, Jaffe y Lachmann, 1992), proponiendo que la estructura psíquica se construye como resultado de la internalización de patrones interactivos padre-niño. Es decir, los patrones interactivos resultantes surgen de la regulación mutua entre padres e hijo.

En el marco de estos modelos relacionales de la mente, ¿cómo podemos entender la psicopatología, su aparición y su perpetuación? Mitchell (1988) sugiere que «la prolongada condición de dependencia infantil convierte el descubrimiento y la consolidación de puntos de conexión fiables no solo en una necesidad, sino en una condición para la supervivencia». Desde las perspectivas relacionales, el desarrollo del yo y su relación con las figuras primarias es esencial. Desde estas perspectivas, la patología se percibirá como un reflejo de una experiencia limitada del yo o de problemas en el desarrollo de aspectos experienciales del mismo.

Para Mitchell (1988), desde la perspectiva del yo, lo nuevo puede resultar aterrador porque perturba el sentimiento básico de continuidad de la persona, haciéndola ajena a sí misma. Bowlby (1988) presentó otra hipótesis interesante, que amplía nuestra comprensión de las dificultades para modificar los patrones patológicos. Sugiere que la apertura a nuevas experiencias emocionales del yo y del otro se aprende en el contexto de estilos particulares de comunicación entre padres e hijos. Citando el trabajo de Bretherton (1987, citado por Bowlby, 1988), observó que los padres de bebés con vínculos seguros presentaban entre ellos patrones comunicativos más abiertos (capacidad para hablar sobre diversos temas, ser receptivos a ellos, ser coherentes, entre otras características), que los padres de niños con vínculos ansiosos.

Este patrón comunicativo abierto proporcionaría a los niños con vínculos seguros una mayor capacidad para revisar y reformular los modelos operativos del yo y del otro, que la que tienen a su disposición los niños con vínculos ansiosos. La capacidad de estar atento al punto de vista del otro, de responder con sensibilidad, de negociar y de adaptarse son comportamientos aprendidos en una matriz interactiva. Lyons-Ruth y Jacobvitz (2008) sugieren que la calidad del proceso interactivo y de regulación emocional en la díada, así como la coherencia y la consistencia de las señales interactivas

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

entre la madre y el bebé, son decisivas para la organización del apego. Un vínculo desorganizado se deriva, por tanto, de patrones sutiles y paradójicos de desregulación.
Más recientemente, otros autores han considerado que la psicopatología se deriva de una desregulación del proceso de mentalización (Fonagy e Allison, 2012). Este proceso consiste en la capacidad de percibir, interpretar e imaginar el comportamiento del otro, de acuerdo con sus intenciones. Se trata de una actividad fundamental para la autorregulación del bebé y para su autoorganización, por lo que es un proceso esencial que tiene lugar en la relación entre la madre y el bebé. Dentro de esta línea de investigación, algunos autores consideran que los fenómenos psicopatológicos se deben a fallos en el proceso de mentalización, a una incapacidad absoluta para realizar dicha actividad o a una hiperreactividad de esta (Sharp y Venta, 2012).
Con el paso del tiempo, hemos observado un cambio en la importancia que se atribuye a las relaciones diádicas con los padres reales como factores significativos para el desarrollo, la patogénesis y el tratamiento (Warshaw, 1992). También podemos observar un cambio significativo en el grado de importancia que se concede a las funciones no interpretativas del analista. Para los analistas clásicos, cualquier tratamiento que enfatizara los aspectos terapéuticos de la relación con el terapeuta tendería a denominarse psicoterapia y no psicoanálisis. En las perspectivas relacionales, la distinción entre psicoanálisis y psicoterapia no es tan específica. Estas perspectivas, al emplear diferentes modelos sobre la naturaleza de la mente, el desarrollo y la patología, consideran factores de cambio aquello que amplía la atención hacia el yo y abre nuevas formas de relación. La función verbalizadora del analista, en este contexto, puede entenderse como terapéutica de diversas maneras. Desde la perspectiva comunicacional de Bowlby (1988), podemos concebir la función interpretativa del analista como una que posee cualidades que le llevan a crear para el paciente la experiencia de recibir una respuesta sensible, de ser conocido, escuchado y comprendido. El analista se atreve a decir lo indecible, a observar lo que no se ha percibido. En este modelo, el analista valida realidades que no han sido validadas previamente por las personas centrales en su vida.
Para Greenberg y Mitchell (1983/2003), la tarea del analista no consiste en mantenerse al margen del proceso que se desarrolla ante él, a partir de la mente del paciente. Esto sería una imposibilidad teórica según las premisas básicas de su modelo. La tarea básica del analista será, más bien, involucrarse con el paciente, intervenir, participar y así transformar los patrones relacionales patógenos. Los acontecimientos en el análisis se crean en la interacción entre el analista y el paciente. Frankel (1998) propone la renegociación de las relaciones entre el yo y el otro a través de la acción como uno de los fenómenos terapéuticos esenciales. En el caso de los niños, esto puede darse a través

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

del juego o no, si el ambiente lúdico se ve comprometido. Este autor se basa en el trabajo de Greenberg (1996, citado por Frankel), quien afirma que las acciones del terapeuta en el contexto de la relación transferencial, en la creación y recreación de la historia del paciente, no son material para el análisis, sino que constituyen el análisis en sí mismas. La secuencia y el desarrollo de las acciones en el contexto de esta relación constituirán el análisis en sí mismo. Bromberg (1994, citado por Frankel) también afirmó, en el marco de estas ideas, que «la simbolización de los estados del yo disociados solo puede lograrse a través de la puesta en escena en el contexto relacional».

Frankel (1998) fundamenta su perspectiva en la aportación de Beebe y Lachmann (1996), quienes propusieron un modelo terapéutico basado en la secuencia de acciones que se desarrollan entre el terapeuta y el paciente. Sugieren que los principios organizadores que rigen la relación transformadora entre la madre y el bebé modelan y permiten comprender la relación entre el analista y el paciente. Al igual que entre la madre y el bebé, el analista y el paciente están inmersos en una regulación mutua continua de la propia relación, lo que da lugar a patrones previsibles y característicos de las interacciones. Estas son reguladas por ambos participantes a través de comportamientos no verbales sutiles, así como de intercambios verbales. Los patrones que se establecen contribuirán directamente a la formación de representaciones y a su internalización; es decir, la interacción entre paciente y terapeuta puede promover nuevas expectativas y constituir una forma de acción terapéutica. Incluso las interacciones que nunca se exploran verbalmente pueden alterar las expectativas del paciente. Estos investigadores también analizan el proceso por el cual las violaciones de las expectativas y los esfuerzos posteriores por resolver esas rupturas contribuyen a reorganizar las representaciones internas del paciente, descrito en términos de ruptura y reparación (Lachmann y Beebe, 1996). Frankel (1998) considera este modelo como una descripción operativa de cómo las relaciones entre el yo y el otro pueden renegociarse a través de la relación terapéutica.

Los autores del Grupo de Boston (BCPSG, 2010) han sugerido cómo la relación terapéutica puede promover el cambio, más allá de la interpretación y la reorganización verbal del conocimiento declarativo. Así, proponen que la interpretación y la reorganización declarativa consciente son insuficientes para que se produzca el cambio psíquico. Este enfoque se basa en las conclusiones de estudios sobre el desarrollo de la interacción madre-hijo, de estudios sobre sistemas dinámicos no lineales y su relación con los fenómenos mentales. Afirman que el fenómeno del cambio psíquico requiere la presencia tanto de procesos interactivos como intersubjetivos, procesos que crean nuevas organizaciones mentales o reorganizan las ya existentes, y organizan la forma de estar con los demás. Este constructo que organiza expectativas y formas de

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

participación en las relaciones sociales y condensa la «*forma de estar con los otros*», el Grupo de Boston lo denomina «*conocimiento relacional implícito*».

Estos autores identifican dos tipos de conocimiento (declarativo y procedimental), dos tipos de memoria (explícita e implícita) y dos tipos de representación (simbólica y relacional) que intervienen y se reorganizan a lo largo de una psicoterapia psicoanalítica. El conocimiento relacional implícito puede ser entendido como un conjunto organizado de expectativas y procedimientos relacionales implícitos, fuera del foco de la atención y de la experiencia consciente verbal. Este conocimiento que adquirimos y que se refiere a la forma en que nos relacionamos con el otro y a la experiencia interpersonal e intersubjetiva (Stern, 1985; 1995, citado por BCPSG, 2010) se adquiere de forma precoz. Algunas investigaciones sobre el apego ya describen cómo el bebé demuestra saber, ya en los primeros meses de vida, qué acercamientos serán bien recibidos por los padres y cuáles no (Lyons-Ruth, 1991, citado por BCPSG, 2010). A través de la observación de las anticipaciones y expectativas del bebé sobre el comportamiento de los padres, para el Grupo de Boston queda demostrado que este interactúa basándose en un acervo de conocimiento relacional, que queda registrado de forma no simbólica. Aunque no hay dos interacciones exactamente iguales, el bebé tiende a centrarse en los aspectos invariables (Stern, 1985) para crear coherencia y autoorganización (Thelen y Smith, 1996) en ese conocimiento relacional implícito. La repetición de experiencias secuenciadas configurará un proceso de regulación continua que dará lugar a expectativas, convirtiéndose en la base del conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth, 1991, citado por BCPSG, 2010).

Tal y como describió Tronick (1989, citado por BCPSG, 2010), el intercambio micro de información y de manifestaciones afectivas, a través del sistema perceptivo, captado y respondido por la madre y el bebé, permite construir una regulación mutua del estado diádico. Los estados que necesitarán ser regulados serán estados como el hambre, el sueño, el nivel de actividad y los contactos sociales. Posteriormente, el nivel de alegría y otros afectos, la exploración, el vínculo y la atribución de relevancia y significados. Después, cualquier forma de organización del estado, ya sea mental, fisiológica o motivacional. Esta regulación implica amplificar, atenuar, elaborar, reparar y consolidar, así como volver a un equilibrio previo. La capacidad del cuidador para percibir y captar el estado del bebé, así como el grado de precisión en su reconocimiento de dicho estado, determinarán la naturaleza y la coherencia de su experiencia subjetiva. La mutualidad de esta regulación se refiere únicamente a la bidireccionalidad de la influencia ejercida, ya que el bebé también influye en el cuidador. Cada uno de los elementos de la díada aporta su propia historia a la interacción, moldeando la posibilidad de las maniobras adaptativas a través de sus propias expectativas y sorpresas. Como ya se ha sugerido, el

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

bebé internalizará la experiencia procesual de la regulación mutua, no el objeto (BCPSG, 2010). El proceso de regulación mutua busca alcanzar un estado de integración y se orienta hacia ese objetivo. En la mayoría de los casos, estos procesos de regulación no son sencillos, sino que exigen una negociación constante, ajustes, correcciones en relación con el objetivo, etc.

A este proceso temporal y gradual de ensayo y error, de avanzar hacia un objetivo, el Grupo de Boston (2010) lo denomina «moverse juntos». El proceso de «moverse juntos» se orienta hacia dos objetivos simultáneos: el primero es físico y/o fisiológico; el segundo, la experiencia del reconocimiento mutuo de los motivos y deseos de cada uno, de los intereses implícitos que orientan las acciones y los sentimientos que acompañan al proceso. Este último será el objetivo intersubjetivo, que implica una señalización y una ratificación de cada elemento en la díada del intercambio, de la cual el «attunement» es un ejemplo. La naturaleza del proceso de «moverse juntos» es indeterminada e imprevisible, nadie sabe lo que va a suceder. Son patrones relacionales únicos en los que se generan propiedades emergentes (Thelen y Smith, 1996). Una de las propiedades emergentes de este proceso de moverse conjuntamente es el «momento de encuentro», que marca el cambio en el entorno intersubjetivo. En el transcurso del proceso de «moverse juntos», los objetivos duales de las acciones reguladoras alineadas y del encuentro intersubjetivo pueden materializarse en un «momento de encuentro», preparado a lo largo de mucho tiempo, pero no predeterminado. Tales momentos requieren la contribución de algo único por parte de ambos lados de la díada. Ejemplos de «momentos de encuentro» son acontecimientos como el momento en que el comportamiento del cuidador «encaja» con la somnolencia del bebé de tal manera que desencadenará el cambio del estado de vigilia al sueño profundo; o el momento en que un juego evoluciona hacia una explosión de risa por ambas partes. Describiéndolo coloquialmente: cuando ambos participantes comparten la misma versión de lo que «está sucediendo ahora, aquí, entre nosotros» (BCPSG, 2010). El «momento de encuentro» abre la posibilidad de reorganización del conocimiento relacional implícito. Esta reorganización se percibe en la díada y el entorno modificado actúa entonces como un nuevo contexto afectivo, en función del cual se producirán y se moldearán las acciones mentales posteriores, y se reorganizarán los acontecimientos pasados.

Para los autores del Grupo de Boston (2010), estos procesos constituyen un modelo de lo que ocurre en la relación terapéutica. El proceso terapéutico de «moverse juntos» será similar al proceso de la díada cuidador-bebé. Mientras que uno es principalmente verbal, el otro es no verbal, pero las funciones subyacentes tienen mucho en común. «moverse juntos» implica el movimiento de los participantes hacia los objetivos de la terapia, ya sean explícitos o implícitos. El Grupo de Boston considera que el proceso de «moverse

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

juntos» en la sesión terapéutica consiste en dos objetivos paralelos: reorganizar el conocimiento verbal (o imagístico) consciente, lo que incluirá el descubrimiento de temas sobre los que trabajar, aclarar, elaborar, interpretar o comprender (o jugar, añado yo); y definir y comprender mutuamente el entorno intersubjetivo, que captará el conocimiento relacional implícito. El aspecto más relevante del entorno intersubjetivo entre el paciente y el analista es el conocimiento mutuo de lo que hay en la mente del otro, como algo que se refiere a la naturaleza y al estado actual de la relación. El entorno intersubjetivo formará parte de lo que el Grupo de Boston (2010) denomina «*relación implícita compartida*». El proceso de «*moverse juntos*» llevará a los participantes a una comprensión más clara de dónde se encuentran en el seno de esa «*relación implícita compartida*».

Para estos autores, el proceso de «moverse juntos» se concibe como dividido en momentos con cualidades diferentes denominados «momentos presentes», momentos que duran solo el tiempo necesario para captar la sensación de «lo que ocurre ahora, aquí, entre nosotros». En la terapia, los «momentos presentes» repiten variaciones del tema y de los movimientos habituales, que constituyen la forma particular en que esa díada terapéutica se «mueve en conjunto». La pareja terapéutica desarrolla un conjunto de patrones microinteractivos, cuyos niveles estarán constituidos por errores, disrupciones y reparaciones (Lachmann y Beebe, 1996; Tronick, 1989, citado por BCPSG, 2010). Según la concepción del Grupo de Boston (2010), un tipo especial de «momento presente» son los «momentos-ahora», subjetiva y afectivamente significativos, que atraen a la persona hacia el presente de una forma más total, porque la matriz habitual —el entorno conocido y familiar intersubjetivo de la relación terapéutica entre paciente y analista— se ha alterado repentinamente o se avecina un cambio. No tiene por qué constituir necesariamente una amenaza para la matriz terapéutica, pero requiere una respuesta específica y personal, que no debe considerarse una técnica. Los «momentos-ahora» obligan al terapeuta a algún tipo de «acción», una respuesta que es nueva en relación con la matriz habitual y evocan la sensación de ser un momento de oportunidad única, que debe aprovecharse. La forma en que el terapeuta y el paciente saben que han entrado en un «momento ahora» es que estos momentos evocan una sensación de extrañeza, son inesperados y disruptivos.

Un «momento-ahora» captado mutuamente en el contexto terapéutico es considerado un «momento de encuentro». Al igual que en la relación madre-bebé, es un momento muy específico: cada miembro de la pareja contribuye activamente con algo de sí mismo, único y auténtico, a la construcción de ese momento. El terapeuta se ve llevado a utilizar un aspecto específico de su individualidad que lleva su sello personal. Los dos miembros de la díada se encuentran en ese momento como personas, libres de los roles

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

terapéuticos habitualmente asignados (paciente y terapeuta), lo que implica una mayor apertura a la empatía, al reconocimiento mutuo, a la sintonía afectiva, al compartir una perspectiva que refleje y valide lo que está sucediendo como parte de la «relación implícita compartida». El «momento de encuentro» será el acontecimiento clave en este proceso, en que se altera el contexto intersubjetivo, modificando el conocimiento relacional implícito sobre la relación terapeuta-paciente. Sander (1997, citado por BCPSG, 2010) considera este fenómeno como un encuentro de especificidades entre dos sistemas en resonancia y alineación. Esto sería análogo a la alineación afectiva de las interacciones cuidador-niño (Stern, 1985). Los autores (BCPSG, 2010) consideran los «momentos de encuentro» como el acontecimiento que incide en la «relación implícita compartida» e influye en el conocimiento implícito, que es tanto intrapsíquico como interpersonal. Dicho de otro modo, el «momento de encuentro» y la alteración del conocimiento implícito tienen lugar en el seno de esa «relación implícita compartida».
Si sintetizamos las reflexiones del Grupo de Boston (2010) sobre las características de los «momentos de encuentro», podemos decir que se caracterizan por una sensación de alejamiento de la forma habitual de proceder en la terapia; constituyen un acontecimiento nuevo que el marco de referencia no comprende; no pueden sostenerse ni cumplirse si el analista recurre a una respuesta estrictamente técnica; un «momento de encuentro» no puede alcanzarse mediante una interpretación transferencial; el énfasis se pone en el «ahora» debido a la inmediatez afectiva; y el momento de encuentro, con su implicación de «lo que ocurre aquí y ahora entre nosotros», no necesita ser explicado verbalmente, aunque pueda serlo posteriormente.

En este momento, me gustaría presentaros a Bruno. Lo conocí a través de su madre adoptiva, que acudió a mí porque estaba preocupada por su comportamiento. Bruno tenía dificultades para obedecer las normas y, a veces, se mostraba agresivo con ella. También me dijo que Bruno tenía un corazón enorme, que era muy cariñoso, pero que gestionaba muy mal la frustración. Intentaba integrarse en la clase imitando a los demás, sobre todo a los que daban el peor ejemplo. Siempre estaba haciendo payasadas en el aula para que sus compañeros se rieran.
La madre me dijo que Bruno era un niño inteligente, lo peor era su comportamiento y la falta de interés por la escuela. Me contó que fue adoptado cuando tenía 2 años. Había estado en una primera institución y, al cumplir un año, tuvo que cambiarse, ya que ese era el límite de edad aceptado. Esa transición fue traumática, pues se le cayó casi todo el pelo en esa época. Y añadió: «*Estoy sola, vivo sola, pero cuento con la ayuda de mis padres. Mi padre es como si fuera su padre, el abuelo, que tiene un carácter muy particular, pero tienen una relación cercana. Luego está mi madre, que tiene Alzheimer y no puede*

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

ayudar mucho… Intento que Bruno haga deporte y tenga cosas que lo mantengan ocupado. Practica equitación, que le encanta, y juega al fútbol; creo que le gusta y que le ayuda». Bruno observaba nuestra conversación mientras se reía avergonzado y se tapaba la cara. Su madre añadió que la integración de Bruno en su clase actual no ha sido fácil, ya que ha sido víctima de acoso por parte de sus compañeros. Al parecer, había un grupo de WhatsApp creado expresamente para burlarse de Bruno.

—*¿Qué opinas de esto*? —le pregunté, intentando incluirlo en nuestra conversación.

—¡*Me parece mal! Pero no me importa… Son unas chicas tontas. Mira, hoy incluso le he dado un puñetazo en el cuello a uno en el colegio… ¡que también se estaba haciendo el tonto*!

Bruno tenía una mirada penetrante e intensa y un físico llamativo. Tenía el cuerpo de un chico de quince años, a pesar de tener solo diez. Le pregunté si tenía amigos y cómo se llamaban, a lo que respondió que no, que no tenía amigos. «No confío en nadie», me dice. «*Solo me gustan los animales. Mi abuelo tiene una granja con cabras, corderos, gallinas, perros y gato*s».

Bruno evitaba las interpretaciones o las asociaciones. Lo que le llamaba la atención era lo concreto: los juguetes, el balón… aquello que se podía manipular, con lo que se podía jugar y que se podía experimentar con el cuerpo. A propósito de los conflictos que tenía en el colegio, en otra ocasión afirmó: «*Si se meten conmigo, les doy "comida de oso*"», mientras blandía su mano extendida, como si estuviera lista para golpear a alguien. Al darme cuenta de lo que se trataba, le pregunté: «*¿Quién te enseñó esa expresión*?». «*Mi abuelo*», respondió. «*¿Y él también te pega*?». «*A veces*». Pero Bruno cambiaba enseguida de tema, tocaba y se escapaba.

Una vez, al comienzo de una sesión, entró en el despacho y llamó a la madre para enseñarle un cuadro igual al que había en su centro de actividades extraescolares. Ella puso una expresión de incomodidad, como si quisiera despacharlo, aunque le prestaba toda la atención que podía. Tras despedirme de la madre y al entrar en el despacho, completamente desprevenido, recibí un puñetazo en plena cara. Me quedé aturdido. Mientras me recuperaba, oía sus carcajadas, sonoras, desenfrenadas, burlonas, casi sin aliento. Estaba profundamente indignado por aquella actitud, agresiva e irrespetuosa.

—*¿Por qué has hecho eso*? —le pregunté.

—¡*No ha sido a propósito*! —respondió mientras se reía—. *No quería dar en el blanco*.

—*¿Siempre bromeas así? Es que me has hecho mucho daño*.

Bruno se reía a carcajadas. Yo seguía intentando controlar mi enfado. Podría haber atribuido mi reacción exclusivamente a mi propia historia y haberla relegado sin examinar su función en el campo relacional. Mi hermano mayor me había tendido muchas veces trampas semejantes, aunque con otros matices. Pero Bruno era diferente

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

de aquella figura-fondo emocional y yo tenía que reconocerlo. Sus carcajadas iban amainando mientras yo contenía mi irritación. Retomé el juego que él había propuesto, el más habitual en nuestros encuentros: lanzarnos y recibir la pelota. Pensé que, más allá de su picardía, provocación y burla, aquella conducta podía constituir una prueba de mi capacidad de reacción. A pesar de ese contratiempo, Bruno mostraba interés y entusiasmo, compartiendo cosas que le molestaban, amigos que le decepcionaban, pero también temas que le fascinaban, como los caballos de la equitación.

Un día, Bruno no quería venir a la consulta. Según su madre, se había quedado dormido en el coche y, al despertarse, estaba de mal humor. Su madre me lo contó con aire resignado, de pie en mi despacho. Mientras pensaba qué hacer, apareció él, con su andar decidido y seguro. «¡*Al final has venido*!», exclamé, complacido. La madre se despidió lanzándole una mirada agresiva. Bruno se sentó en el sofá y se recostó. Su actitud era triunfante, la de quien poseía el mundo entero. Recordando que Bruno había celebrado su cumpleaños esa semana, le pregunté: «*¿Qué tal te fue*?».

—*Me fue bien* —respondió con su voz ronca—. *¿Ya te han dado tu móvil nuevo*?

—*No, me han dado dinero, luego iré a comprarme el móvil*.

Bruno se acordó del balón que estaba guardado en el armario y se levantó para ir a buscarlo. Me lanzó el balón, que atrapé con una sola mano. Le devolví el gesto y se lo lancé a él. Después de repetir este intercambio, pasamos de este juego de compartir a otro más competitivo en el que el objetivo era marcar un gol. Sorprendentemente, al levantarme para recoger la pelota del suelo, Bruno ocupó mi lugar. Sonreía triunfante por haberme engañado. Sin embargo, nuestro juego sufriría otra transformación: ahora el objetivo se reducía a robarle al otro una de dos cosas, o el balón o el sofá. Era ahora un juego más físico, que implicaba usar nuestro cuerpo para superarnos mutuamente. Era arriesgado, pero placentero; Bruno se reía a carcajadas. Su expresión era viva y abierta.

Y Bruno se hizo daño. Bruno se hizo daño y se agarró la zona lumbar llorando. Intentando averiguar qué había pasado y sin obtener respuesta alguna por su parte, le pedí perdón por si había sido yo el causante. Furioso, me miró y gritó «¡*Hijo de puta*!», antes de salir disparado de la oficina hacia la calle.

Completamente tomado por sorpresa por cómo se había desarrollado la situación, fui tras él. Bruno salió corriendo del despacho. Al llegar a la calle siguió corriendo, para mi sorpresa, en dirección opuesta al coche de su madre. Así me encontraba yo, un viernes por la noche en hora punta, en una avenida concurrida, corriendo tras un chico de 11 años, que corría hacia lo desconocido. ¿Hasta dónde iría? ¿Hasta dónde aguantaría yo, corriendo así bajo la lluvia? Por suerte, se detuvo y se agarró a una farola.

—¡*Lo siento, Bruno*! —le dije.

—¡*Vete*! —respondió, más alto—.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

No podemos quedarnos aquí. Vamos, vámonos.
—¡*Tú no eres mi padre*!
- No, pero te pido perdón, te he hecho daño sin querer. No fue mi intención.
- ¡*Ya estoy acostumbrado*!
- *Si tú no te vas de aquí, yo tampoco. No me voy de aquí sin ti*.
Así dejé clara mi postura ante su determinación. Ante esto, Bruno continuó su huida, esta vez en dirección opuesta a la anterior, hacia el coche de su madre. Iba mirando hacia atrás, vigilando si me acercaba.
Al llegar al lugar donde estaba aparcado el coche, allí estaba la cabeza de Bruno asomándose por la ventanilla del asiento trasero y su madre de pie, en la calle esperándome.
—*Esto pasa siempre* —me dijo—. *Él hace daño a los demás, pero cuando le hacen daño a él, no acepta disculpas ni nada. Es muy complicado*.
Mientras intentaba recuperar el aliento, dije algo para reconocer su preocupación. Pero mi objetivo era recuperar a Bruno para nuestra relación. Le pregunté a la señora Lígia si podía abrir la puerta del coche, a lo que accedió. Abrí la puerta y le dije a Bruno que su chaqueta todavía estaba en el despacho. Se quedó pensativo unos instantes y se levantó impetuosamente, caminando de vuelta al despacho. Iba con una postura amenazante y altiva, con la espalda recta, los hombros anchos, la barbilla levantada y pasos largos y apresurados. Yo iba detrás, sintiendo un atisbo de esperanza con su regreso al despacho.
Mientras me acercaba a la puerta del despacho, pensé que no podía renunciar a mi responsabilidad como psicoterapeuta. Mientras reflexionaba sobre esto y caminaba hacia el consultorio, me di cuenta de que Bruno había entrado y se había quedado allí. Al entrar, le dije: «*¡Oye, no vuelvas a salir corriendo por la puerta*!». Pareció sorprendido por esa afirmación. Sorprendido por mi postura, replicó rápidamente: «¡*Pero tú también me has hecho daño*!».
«*Pues te hice daño, y te pedí perdón por ello. No te hice daño a propósito*», respondí. «… ¡*y tú eres mucho más grande que yo! ¡Incluso eres más grande que mi abuelo*!», añadió Bruno.
«*Estábamos jugando y, de repente, pasó algo. Te hice daño. El otro día, fuiste tú quien me hizo daño, ¿te acuerdas? Nadie huyó. No hace falta huir. Nadie está aquí para hacer daño a nadie, pero puede pasar*». Pareció relajarse poco a poco. Parecía tener una expresión de enfado y cierta confusión. Se hizo un poco de silencio.
«*Hacía tiempo que no corría tanto*», le dije, tratando de expresar mi alivio. Se rió y también pareció relajarse. Supongo que su carcajada al final de la sesión fue un indicio de esperanza. Al fin y al cabo, el que ríe último, ríe mejor. Parecía que podríamos continuar.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

En esta escena clínica de la huida, los límites físicos del espacio, la seguridad del niño y del analista y el mantenimiento del encuadre adquieren una relevancia particular. El hecho de que Bruno saliera del consultorio puso en juego aspectos concretos de protección física y manejo del riesgo, además de la dimensión simbólica de la contención. La situación creó una tensión entre el movimiento de Bruno como expresión de su subjetividad y la necesidad de garantizar una base segura que permitiera la continuidad del trabajo clínico. Desde mi perspectiva, la escena mostró la importancia de la supervivencia del vínculo. Seguir a Bruno fue una manera de sostener mi responsabilidad terapéutica, aunque ambos hubiéramos abandonado el espacio físico habitual del encuadre.

En la siguiente sesión, Bruno apareció sonriente, con una actitud inocente. Llevaba puesta una camiseta blanca, como si viniera a ondear una bandera blanca, en señal de paz o pidiendo una tregua, tras lo ocurrido en la sesión anterior.

Dijo: «¡*Ya tengo el móvil nuevo*!». Se sentó en el sofá y me pidió que me sentara a su lado, para que contemplara aquel nuevo objeto de admiración. Nos encontrábamos en una posición de cierta intimidad, sentados uno al lado del otro, con él recostado contra mí. Mientras compartíamos esa maravilla tecnológica, fui buscando el tono adecuado para abordar la avalancha emocional que había tenido lugar anteriormente. «*La sesión de la semana pasada fue mucho más intensa*», observé. Él bromeó y asintió con la cabeza. Después quiso enseñarme otra cosa: «*Mira lo que he encontrado en YouTube, escribe ahí "avión de papel boomerang*"». Cogió una hoja de papel y siguió con esmero las instrucciones del vídeo, pliegue tras pliegue, hasta terminar de construirlo. Entusiasmado, se levantó de la mesa y me preguntó: «*¿Podemos salir ahí fuera*?». Dudé y pensé en un posible desafío a los límites. Le dije: «*Es mejor que nos quedemos aquí dentro*». Puso una expresión de resignación. Pronto quedó claro que aquel espacio era demasiado pequeño para el avión de Bruno. «*Quizá tengas razón*, *mejor salgamos*», afirmé.

Al invadir el espacio exterior y lanzarnos el avión el uno al otro, pudimos contemplar la eficacia de aquella construcción. En uno de mis lanzamientos, el avión de papel se elevó hasta el tejado. Al rescatar aquella hoja de papel que había cobrado nueva vida, Bruno dijo con ternura: «Entonces, ¿querías huir del Dr. Hernâni?». Tras unos cuantos vuelos más, volvimos con su madre. Mientras caminábamos, uno al lado del otro, me preguntó: «¿Y cuándo huí de ti y estábamos corriendo por la calle?». «Sí, eso fue la semana pasada; hoy ha sido un día más tranquilo, no ha hecho falta ir a buscarte», le dije. Por suerte, aquel momento tan incómodo de la semana anterior parecía haberse convertido en una especie de referente compartido: un acontecimiento que no podíamos ignorar y cuyo

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

significado ambos podíamos negociar y reconocer. Espero que sigamos llevándonos lo suficientemente bien como para poder tomarnos la situación a broma.

Desde una perspectiva clínica, puede plantearse la hipótesis de que la conducta de Bruno durante la huida y en los episodios anteriores expresara una puesta a prueba de los límites del terapeuta y una exploración de la fiabilidad del vínculo. Cabe pensar que Bruno estaba poniendo a prueba mi capacidad de mantenerme presente y de no tomar represalias, incluso frente a su rabia. Asimismo, creo que es posible interpretar que la secuencia de ruptura y reparación contribuyó a modificar su conocimiento relacional implícito sobre lo que podía esperarse de una figura adulta significativa. Presento estas lecturas como hipótesis clínicas abiertas a revisión y elaboración.

Con este caso clínico pretendo ilustrar cómo los procesos descritos por el Grupo de Boston reflejan fenómenos clínicos recurrentes, tanto en la práctica clínica con adultos como en la práctica clínica infantil. Aunque hacen referencia a la relación de esos fenómenos implícitos e intersubjetivos con las técnicas interpretativas declarativas clásicas, creo que también pueden observarse en la práctica clínica con niños, probablemente con mayor intensidad (Frankel, 1998). ¿Es posible que, a través del juego, también desencadenemos procesos diádicos de regulación mutua? ¿Es posible que en la interacción lúdica con los niños se desarrolle ese proceso de «moverse juntos»? No hay motivos para pensar lo contrario, ya que se trata de un proceso relacionado con el desarrollo y la psicoterapia. Por lo tanto, forma parte de nuestro crecimiento, nos acompaña tanto si tenemos 6 meses, como si tenemos 8 años o 40. La interacción que se establece, ya sea jugando o conversando, será el medio que nos conduzca a una relación de cambio de supuestos y expectativas relacionales adquiridas precozmente.

En esta concepción del psicoanálisis o la psicoterapia infantil, tratamos de ayudar al niño a alcanzar «otra forma de estar en el mundo» (Chambel, comunicación personal). Más que traducir la transferencia a palabras o interpretar el contenido fantasmático del juego, procuramos proporcionar patrones relacionales diferentes de aquellos que el niño ha experimentado hasta entonces. Tratamos de cuestionar los supuestos que había establecido acerca de la inexistencia o precariedad de un «mundo fiable» (lawful world) (Benjamin, 2018), incorporando a su conocimiento relacional implícito nuevas posibilidades de relación con el mundo adulto.

Yo sentía que mi amigo Bruno me pedía mucho más que una respuesta técnica. Me pedía que me posicionara como un hombre, con mi propia identidad como padre, pero también como hermano, que le guiara en esos movimientos conjuntos que eran luchas, provocaciones, interacciones y captaciones de intenciones que iban llenando los momentos de la terapia. Pero enseguida todo se convirtió en una situación imprevista, indeterminada, posiblemente un «*momento-ahora*», en palabras del Grupo de Boston,

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

que me llevó a salir de mi papel de terapeuta (literalmente) e intervenir de una forma más personal. Quizás me he expresado mal: no salí del papel de terapeuta; en ese momento en que Bruno abandonó la consulta, tal vez tuve que asumir un papel más personal en paralelo al de terapeuta. En este sentido, las aportaciones de Bromberg (1996) y Chambel (2025) cobran sentido en relación con la multiplicidad de roles a los que debemos estar abiertos.

En mi opinión, ¿puede considerarse esta interacción turbulenta como un «momento de encuentro»? Creo que sí. Fue un momento que se apartó de la forma habitual de actuar en psicoterapia, con un énfasis muy significativo en el aquí y ahora. Este episodio pudo ampliar las posibilidades relacionales de Bruno, al ofrecerle una relación en la que era posible compartir afectos intensos sin que el vínculo se destruyera.

En este artículo he tratado de reflexionar sobre cómo la perspectiva psicoanalítica relacional puede influir en la práctica clínica con niños. He tratado de identificar los principios que favorecen el cambio psíquico, más concretamente las aportaciones con base empírica del Grupo de Boston, e ilustrarlos con un caso clínico de un joven.

REFERENCIAS

Boston Change Process Study Group. (2010). Change in psychotherapy: A unifying paradigm. W. W. Norton & Company.

Beebe, B., Jaffe, J., y Lachmann, F. (1992). A dyadic systems view of communication. En N. J. Skolnick y S. C. Warshaw (Eds.), Relational perspectives in psychoanalysis (pp. 61-81). Routledge.

Beebe, B., y Lachmann, F. (1988/1992). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object-representations. En N. J. Skolnick y S. C. Warshaw (Eds.), Relational perspectives in psychoanalysis (pp. 83-117). Routledge.

Benjamin, J. (2018). Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third. Routledge.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Clinical applications of attachment theory. Routledge.

Bromberg, P. (1996). Standing in the spaces: the multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 509-535. https://doi.org/10.1080/00107530.1996.10746334

Chambel, H. (2025). Tratando de hacer lo (im)posible: Estado del self terapéutico y experiencias relacionales en psicoanálisis. Clínica e Investigación Relacional, 19(1), 124-143. https://doi.org/10.21110/19882939.2025.190110

Fonagy, P., y Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. En N. Midgley y I. Vrouva (Eds.), Minding the child:

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Mentalization-based interventions with children, young people and their families (pp. 11-34). Routledge.

Frankel, J. B. (1998). The play's the thing: How the essential processes of therapy are seen most clearly in child therapy. Psychoanalytic Dialogues, 8(1), 149-182. https://doi.org/10.1080/10481889809539237

Greenberg, J., y Mitchell, S. (1983/2003). Relações de objeto na teoria psicanalítica. Climepsi.

International Psychoanalytic Association. (2003). Report of the Committee on Child and Adolescent Psychoanalysis. IPA News Magazine, 12(2).

Lachmann, F., y Beebe, B. (1996). Three principles of salience in the patient-analyst interaction. Psychoanalytic Psychology, 13, 1-22.

Lyons-Ruth, K., y Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts and developmental transformation from infancy to adulthood. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications (pp. 666-697). Guilford Press.

Midgley, N., y Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. Journal of Child Psychotherapy, 37(3), 232-260. https://doi.org/10.1080/0075417X.2011.614738

Mitchell, S. (1988). Relational concepts in psychoanalysis: An integration. Harvard University Press.

Sharp, C., y Venta, A. (2012). Mentalizing problems in children and adolescents. En N. Midgley y I. Vrouva (Eds.), Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families (pp. 35-53). Routledge.

Stern, D. (1985). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. Karnac Books.

Thelen, E., y Smith, L. (1996). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Massachusetts Institute of Technology.

Warshaw, S. (1992). Mutative factors in child psychoanalysis: A comparison of diverse relational perspectives. En N. J. Skolnick y S. C. Warshaw (Eds.), Relational perspectives in psychoanalysis (pp. 147-173). Routledge.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Original recibido con fecha: 03/11/2025 Revisado: 10/03/2026 Aceptado: 02/09/2026

NOTAS:

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es