

EL DESARROLLO INFANTIL EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA: LAS PRIMERAS TRES ETAPAS DE ERIK ERIKSON

CHILD DEVELOPMENT IN INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY: ERIK ERIKSON'S FIRST THREE STAGES

Richard G. Erskine, PhD

Institute for Integrative Psychotherapy, Vancouver, BC, Canadá

Universidad de Deusto, Bilbao, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2896-4165>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R. G. (2020). El Desarrollo Infantil en Psicoterapia Integrativa: Las primeras tres etapas de Erik Erikson. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 213-232. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.390>

Resumen

Los conceptos y las investigaciones sobre desarrollo infantil proporcionan el fundamento para la indagación terapéutica en una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo evolutivo y centrada en la relación. Este artículo enfatiza las ideas sobre el desarrollo de Erik Erikson y las relaciona con los conceptos de Bowlby, Fraiberg, Piaget y Winnicott. Los diversos conceptos de desarrollo proporcionan la base para la sintonía evolutiva, la formación de imágenes evolutivas, para la indagación fenomenológica y para la inferencia terapéutica, lo que permite que la memoria implícita y procedimental se exprese en una narrativa terapéutica.

Palabras clave: *sintonía, patrones relacionales inconscientes, sintonía evolutiva, imagen evolutiva, memoria implícita, memoria procedimental, memoria sub-simbólica, desarrollo infantil, psicoterapia del desarrollo, inferencia terapéutica, psicoterapia integrativa, psicoterapia relacional, Erik Erikson.*

Abstract

Child development concepts and research provide the basis for therapeutic inquiry in a developmentally based, relationally focused integrative psychotherapy. This article focuses on the developmental ideas of Erik Erikson and relates them to the concepts of Bowlby, Fraiberg, Piaget, and Winnicott. The various developmental concepts provide the basis for developmental attunement, forming developmental images, phenomenological inquiry, and therapeutic inference that allow implicit and procedural memory to be expressed in a therapeutic narrative.

Keywords: *Attunement, unconscious relational patterns, developmental attunement, developmental image, implicit memory, procedural memory, sub-symbolic memory, child development, developmental psychotherapy, therapeutic inference, integrative psychotherapy, relational psychotherapy, Erik Erikson.*



Mi cliente llega tarde a nuestra sesión de terapia, lleva los cordones de los zapatos desatados, el cabello despeinado y la camisa manchada con restos de comida. Parece nervioso mientras entra en el despacho arrastrando los pies y se deja caer en el sofá. Le pregunto qué siente y se encoge de hombros. He aprendido en sesiones pasadas que rápidamente se muestra de acuerdo con mis comentarios cuando sugiero lo que podría estar sintiendo según sus expresiones faciales y gestos corporales. Pero me preocupan sus respuestas complacientes. Este es un patrón que he observado previamente cuando evita hablar de dificultades actuales, como el cáncer avanzado de su madre, sus preocupaciones financieras o su deseo de un trabajo más satisfactorio. Comenta que “los demás le utilizan” tanto en el trabajo como en el seno familiar. Me explica que nunca dice “no”, sobre todo a los miembros de su amplia familia. Describe como su forma de protesta más audaz la de escaparse silenciosamente de una incómoda cena familiar. Me parece que carece de un sentido de voluntad, capacidad de actuar o dirección en su vida.

Durante nuestras primeras sesiones noto que a menudo rompe en trocitos un pañuelo de papel y luego los enrolla en bolitas. Al principio me pregunto si se está distraendo para no sentir sus emociones. Observo sus profundas expresiones faciales y su postura corporal y cómo juega con el pañuelo como si fuera un juguete. En nuestros momentos de silencio, parece satisfecho rompiendo el pañuelo en pedacitos. Le pregunto qué está sintiendo y contesta: “No sé”. Inmediatamente suelta el pañuelo como si obedeciera alguna orden tácita. Un momento después, coge otro pañuelo y comienza a romperlo en pedacitos.

Me planteo qué experiencia inconsciente está entretejida en sus gestos y escenificada en la conducta que estoy observando. ¿A qué edad esperarías yo que un niño normal se replegara con esa actividad? ¿Se enfrascara solo en un juego repetitivo? ¿Y no tuviera palabras para describir lo que está sintiendo? Me estoy formulando preguntas desde una perspectiva evolutiva. Pienso en la importancia del juego repetitivo y solitario, en la ausencia de palabras auto-reflexivas y en la edad en la que decir “no” es una expresión necesaria de autodefinición. ¿Quién es mi verdadero cliente? ¿Es este hombre de 38 años o un niño de 2 años? ¿O ambos?

Psicoterapia Basada en el Desarrollo Evolutivo

Las teorías sobre el desarrollo infantil y varias investigaciones sobre la maduración social y emocional de los niños proporcionan las bases para mis intervenciones terapéuticas cuando me estoy involucrando en la psicoterapia con clientes. El objetivo principal de este artículo es describir algunos de estos fundamentos desde una psicoterapia integrativa centrada en la relación (Erskine, 2008, 2009, 2015a) con el fin de proporcionar una guía para los terapeutas que brindan psicoterapia profunda. Enunciaré algunas de las ideas y teorías que influyen en el trabajo que realizo, particularmente las primeras tres etapas de desarrollo infantil de Erik Erikson, que oscilan desde el nacimiento hasta aproximadamente los 6 años. Erikson describió estas primeras tres de sus ocho etapas como confianza básica versus desconfianza,

autonomía versus vergüenza y duda, e iniciativa versus culpa.

Lo más destacado de mi comprensión de las necesidades físicas y relacionales y las tareas evolutivas de los bebés y niños pequeños se encuentra en las observaciones e hipótesis de muchos autores que han escrito sobre el desarrollo infantil. Incluyen (pero no se limitan) a Ainsworth (Ainsworth et al., 1978); Beebe (2005); Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988a, 1988b); Fraiberg (1959); Kagan (1971); Mahler (1968), Mahler et al. (1975); Main (1995); Piaget (1936/1952, 1954, 1960); Piaget e Inhelder (1969, 1973); Stern (1977, 1985, 1995); y Winnicott (1965, 1971). Además, la investigación de varios neuro-psicólogos ha validado el modo en que organizo mi psicoterapia, incluido el trabajo de Cozolino (2006), Damasio (1999), LeDoux (1994), Porges (1995, 2009), Schore (2002) y Siegel (1999, 2007). Sin embargo, los conceptos de Erikson (1959, 1963, 1968) son los que han resultado una guía constante para formular mis hipótesis sobre los conflictos evolutivos de los clientes, lo que faltó durante sus tempranos años de desarrollo y cómo mantenerme en relación con ellos.

Una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en la relación, enfatiza la importancia terapéutica de la *sintonía* evolutiva en su teoría y en sus métodos. Esto supone tanto el conocimiento del desarrollo emocional y cognitivo de los niños como la sensibilidad a la historia singular de cada cliente sobre las relaciones establecidas durante su infancia. Incluye la sintonía con los diversos afectos de nuestros clientes, sus ritmos y sus patrones de apego, el modo de organizar las experiencias y la variedad de necesidades (Erskine et al., 1999).

La sintonía evolutiva necesita de la sensibilidad y la capacidad de respuesta del terapeuta ante las breves expresiones de regresión de edad y ante las expresiones transferenciales de interrupciones relacionales no resueltas que emergen en el proceso psicoterapéutico. Tal sensibilidad terapéutica requiere que comprendamos las crisis personales y relacionales que viven los niños pequeños, las necesidades relacionales que surgen en cada etapa evolutiva, las reacciones fisiológicas de supervivencia y las conclusiones experienciales que pueden inferir, y lo que constituye una implicación terapéutica reparadora.

Sara: Perdida y Vacía. Sara acudió a terapia preocupada por sentirse deprimida, dormir mucho y encontrarse a menudo mirando al vacío. Entró en el despacho por primera vez con un palillo en la boca. En las siguientes sesiones, se frotaba constantemente los labios con los dedos y a menudo miraba la pared cuando hablaba. Una vez que establecimos una relación profesional cómoda, comencé a formular una serie de indagaciones, primero con varias preguntas sobre su adolescencia e infancia y luego específicamente sobre su primer año de vida.

Con el tiempo, Sara me habló de la infección mamaria sufrida por su madre cuando tenía un mes. Su madre estuvo hospitalizada durante varios días, Sara fue bruscamente alimentada con biberón y su madre se deprimió. Esta historia me ayudó a comprender la sensación de Sara de estar “perdida en el espacio” y su propia lucha contra la depresión. Estaba conformando una *imagen* evolutiva de una bebé

anhelando ser amamantada y ansiando la vitalidad de su madre. Me pregunté si la depresión de Sara revivía la experiencia emocional de una bebé deprimida o si Sara estaba asumiendo la depresión de su madre, o ambas cosas.

Durante los siguientes 2 años, estas hipótesis moldearon mis intervenciones. Hablaba con Sara con frecuencia sobre lo que ella podría haber necesitado de bebé, lo que pueden vivenciar los bebés bien atendidos y cómo pudo haberse manejado durante su primer año de vida cuando su madre estaba deprimida. Al principio de nuestra terapia, Sara no podía tolerar que la mirara, estaba asustada. Pasamos muchas sesiones experimentando que me mirara a la cara y después que escondiera el rostro con sus manos. A menudo lloraba con profundos sollozos. Más adelante, cuando indagué sobre su llanto, me dijo que no tenía ninguna idea, ni tampoco palabras.

A medida que profundizaba nuestra conexión emocional, Sara me comentó que temía que yo desapareciera. Necesitaba que le garantizara que me encontraba bien de salud. Sara padecía con cada pausa de nuestras citas semanales, Y algunas veces teníamos sesiones 2 veces por semana. Finalmente, ella insistió en sostener mi mano “solo para saber que eres real”. Me pidió que me sentara cerca de ella en el sofá para poder sentir mi presencia. En varias ocasiones, extendió la mano para tocar la silueta de mi rostro, para rozar sus dedos sobre mi nariz, frente, orejas y boca. Me tocaba la cara como un bebé explora la cara de su madre. Luego cerraba los ojos y tocaba su propia cara, y así sucesivamente, tocando mi cara y luego la suya. Repitió este modo de exploración infantil varias veces antes de poder mirarme a los ojos.

Aunque nuestras sesiones tuvieron largos períodos durante los cuales Sara no hablaba, cuando lo hacía, describía la profunda sensación de un “vacío en mi estómago”, “un vacío que nunca está satisfecho”. Con el tiempo, Sara se dio cuenta de que anhelaba una madre activa y feliz de estar con ella. A medida que progresaba la terapia, busqué ocasiones para compartir juntos momentos de vitalidad y entusiasmo.

Imagen Evolutiva

En esta historia de Sara, he descrito que tengo una imagen evolutiva que me permitió mantener de forma consciente la negligencia relacional que padeció de bebé y responder con sensibilidad a su necesidad de una presencia auténtica. La imagen evolutiva está basada en una combinación de intuición e imaginación empática para conocer cómo es la experiencia de un niño o una niña en particular y captar la calidad relacional que tuvo a una edad específica (Erskine, 2008). Crear una imagen evolutiva nos permite tener constantemente en mente a la niña angustiada, estar en sintonía con sus experiencias relacionales y necesidades no correspondidas, y orientarnos para establecer una relación reparadora.

Sin embargo, las imágenes evolutivas se forman no solo partiendo de la imaginación empática y la intuición. Para ser terapéuticamente efectivas, las imágenes evolutivas también requieren una comprensión profunda del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social de las niñas y niños –una comprensión basada en

observaciones tanto informales como profesionales, los resultados de las investigaciones sobre desarrollo infantil y los conceptos teóricos derivados de dichas investigaciones. Las imágenes evolutivas le recuerdan al terapeuta que se centre en la vida temprana del cliente, sus necesidades no satisfechas y las crisis relacionales que pueden haber ocurrido en varias edades. Esto resulta especialmente importante en las sesiones durante las cuales el cliente queda inmerso en los eventos actuales de su vida.

Observaciones sobre el Desarrollo Evolutivo de Erik Erikson

Josef Breuer y Sigmund Freud, en su obra *Studies in Hysteria* (1893-1895/1955), fueron de los primeros en presentar cómo las experiencias tempranas emocionalmente disruptivas de la infancia moldean la vida adulta. Freud (1894/1962, 1915/1957) continuó describiendo cómo los traumas infantiles son “reprimidos” defensivamente y, por lo tanto, influyen de forma inconsciente en la conducta, actitudes y emociones en la adultez. Reflexionando sobre las presiones sociales de Viena antes de 1900, definió cinco etapas del desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, de latencia y genital (Freud, 1905/1953). Aunque no predomina en mi planificación del tratamiento, tengo en consideración periódicamente los aspectos de las etapas psicosexuales de Freud como una guía general para evaluar la edad psicológica de mis clientes y clientas y buscar intervenciones apropiadas a esa edad.

Erikson teorizó que el desarrollo humano progresa a través de un ciclo vital compuesto por ocho etapas evolutivas, que se extienden desde la infancia hasta la vejez, en las que cada etapa marca una nueva dimensión de integración personal y social. Estas etapas describen una nueva dimensión en el sentido fenomenológico del self, así como también su interacción personal en la relación con los demás (Erikson, 1959, 1964). Este sentido del self en constante evolución e integración es considerado el resultado de resolver crisis personales y relacionales específicas a las que se enfrenta un individuo en las diversas etapas del desarrollo.

Erikson (1958, 1969) se refirió a este proceso de maduración psicológica como la *búsqueda de la identidad*, un término que indica un proceso que se extiende por varias etapas evolutivas. La progresión hacia una personalidad sana depende del dominio exitoso de las tareas personales y relacionales en cada etapa del desarrollo (Erskine, 1971). Erikson (1968) calificó cada una de estas tareas personales y relacionales como una *crisis del desarrollo*, un “punto de inflexión, un período crucial de mayor vulnerabilidad y potencial elevado” (p. 96) y, por lo tanto, una fuente de fortaleza interna y crecimiento o una fuente de confusión, inadaptación y conflicto interpersonal.

En la infancia, la identidad no se considera un constructo mental. Más bien es un constructo fisiológico porque el sistema nervioso del bebé puede desear, tolerar o repeler el contacto físico del cuidador. Esto se refleja en las descripciones de Bowlby (1969, 1973) del apego físico y las interrupciones relacionales de los niños pequeños. El sentido del self fisiológico de la primera infancia, junto con

las experiencias pre-simbólicas de los años pre-escolares y las conclusiones experienciales además de las decisiones explícitas de los años escolares, resultan los cimientos sobre los que se conforma la identidad adolescente posterior.

Erikson (1968) concluyó que la transición exitosa por cada estadio no es un logro garantizado definitivamente, sino más bien una sensación de alcanzar la tarea evolutiva de esa edad. Esta sensación de logro no es una experiencia cognitiva o lingüística, sino más bien una experiencia, sentida físicamente, de seguridad, agencia y/o autoestima que resulta consistente con esa edad. Al describir las ocho etapas de desarrollo epigenético, Erikson deliberadamente precedió el título descriptivo de cada etapa con la frase “una sensación de”. Esta sensación fenomenológica de haber alcanzado o de haber frustrado la consecución de la tarea de la etapa es lo que resulta relevante para determinar el desarrollo exitoso en las etapas posteriores.

La teoría de Erikson (1959) se considera relacional porque, en cada etapa, el dominio del niño o niña de una crisis del desarrollo específica depende de la calidad de la presencia y la implicación de los progenitores. Es epigenética, porque cada etapa involucra tanto antecedentes de experiencias de desarrollo previas como precursores de etapas futuras. Por ejemplo, los problemas de confianza y desconfianza surgirán de forma repetitiva en todas las etapas del desarrollo, no solo en el primer año de vida. Y, aunque la formación de la identidad está en su apogeo en la adolescencia tardía, un aspecto de la identidad comienza en la infancia cuando predomina la tarea de la confianza básica. Al combinar sus propias ideas sobre el desarrollo infantil con las etapas psicosexuales de Freud, Erikson (1946, 1959, 1963, 1968) consiguió conceptualizar la progresión del desarrollo como una interacción de variables biológicas, psicológicas y relacionales que se prolonga durante el ciclo vital, que difieren del concepto estático de Freud de desarrollo infantil. Cada una de las etapas de Erikson presenta una nueva forma de expresión personal y compromiso relacional que sienta las bases para etapas sucesivas. Al mismo tiempo, las futuras etapas de desarrollo tienen una influencia rudimentaria en la etapa de desarrollo actual (Erskine, 1971).

Las relaciones recíprocas entre progenitores e hijos resultan relevantes en el desarrollo infantil (Erskine, 1971). Por ejemplo, a medida que el bebé afronta problemas de confianza y desconfianza, sus padres están lidiando con problemas de generatividad, es decir, cuidado de los hijos, gestión del matrimonio, administración económica y dedicación profesional. La descripción anterior de la psicoterapia con Sara ilustra el concepto de Erikson de reciprocidad entre padres e hijos y los efectos de las emociones y la conducta de los progenitores sobre la niña, así como el concepto de Freud de que la oralidad se considera la cualidad esencial de la infancia.

Los textos de Erikson (1953, 1959, 1963, 1968, 1971) también proporcionan una comprensión sobre los efectos negativos a largo plazo de las interrupciones relacionales en la infancia y sirven de guía para formular una indagación psicoterapéutica y moldear una relación terapéutica reparadora. Por ejemplo, cuando un cliente adulto tiene dificultades con la creatividad o para concluir proyectos,

a menudo pienso en la necesidad relacional de un niño de 4 o 5 años de tener un compañero adulto que comparta con él su actividad productiva. Puedo plantear varias indagaciones históricas y fenomenológicas sobre las características del tiempo lúdico infantil, los proyectos creativos en los que participó, quién compartió sus intereses y si los adultos significativos mostraron apoyo y entusiasmo durante las actividades lúdicas del niño o si recibió críticas e impedimentos a sus juegos llenos de vitalidad. Dicha información me permite ser eficaz a la hora de ayudar al cliente a expresar su reconocimiento hacia las relaciones que satisficieron sus necesidades cuando era un niño, o alternar con el duelo terapéutico y/o manifestar enfado por la ausencia de relación con los otros significativos. Una comprensión sintonizada con el desarrollo puede conducirme a demostrar un vivo interés en los proyectos, esperanzas y planes del cliente y, por lo tanto, a crear una relación terapéutica reparadora (Erskine y Moursund, 1988/2011; Moursund y Erskine, 2003).

Confianza versus Desconfianza

Erikson (1963) sentó las bases para todo el desarrollo posterior en el primer año de vida y la correspondiente crisis de confianza básica versus desconfianza. Escribió que incluso antes del nacimiento, las actitudes de la madre hacia su bebé durante el embarazo y el parto tienen un efecto en las respuestas del recién nacido. Una vez que nace, la simbiosis con el cuerpo de la madre se reemplaza por una activación mutua entre la madre y el bebé. Fairbairn (1952), Winnicott (1965, 1971) y Stern (1985) describieron cómo un bebé es capaz de experimentar la relación desde el inicio de su vida y que la calidad de las experiencias del bebé depende del contacto interpersonal con las personas significativas.

El contacto interpersonal y la reciprocidad de dar y recibir permiten a la madre responder a las necesidades y demandas del cuerpo y la mente del bebé. Cuando las necesidades del bebé de un contacto enriquecedor, de bienestar y de seguridad se satisfacen adecuadamente en esta relación recíproca, el niño o la niña aprende a confiar en la madre, en sí mismo y en el mundo. Erikson (1963) enfatizó este punto al decir que los progenitores “deben poder reflejar al niño una convicción profunda, casi somática, de que tiene un sentido todo lo que están haciendo” (p. 249). La consistencia, la confiabilidad y la seguridad de los padres comunican al niño que está seguro y que sus necesidades básicas y vitales serán satisfechas, al menos la mayor parte del tiempo. Esta mezcla de confianza y desconfianza se secunda en el concepto de Winnicott (1965) citado con frecuencia de la “madre suficientemente buena” (p. 117).

Debido a que el bebé aún carece de imagen corporal y permanencia del objeto, su sentido de confianza o desconfianza resulta inespecífico. Se aplica a todas las personas, incluido el self que aún no está diferenciado del mundo materno. Una madre que estabiliza consistentemente y que regula el afecto y las necesidades físicas del bebé se vivencia como una sensación de confianza tanto en sí mismo como en el mundo externo. Una sensación emergente de confianza conduce al establecimiento

de la esperanza. Una madre que es inconsistente o negligente se vivencia con una sensación de desconfianza en sí mismo y en las relaciones. La desconfianza hacia una madre poco confiable se convierte en desconfianza hacia uno mismo porque el bebé no siente que su madre está separada de él.

El psicólogo del desarrollo Jean Piaget expresó que durante esta etapa temprana “sensorio-motora” el bebé no es consciente de causa y efecto, las sensaciones auto-centradas son todo lo que existe (Maier, 1969). Por lo tanto, “el fracaso de que el padre no proporcione una base de confianza es el fracaso del niño ya que no es ‘cognitivamente’ capaz de percibir su existencia como algo separado de sus padres” (Erskine, 1971, p. 39). En mi experiencia, la ausencia de una base relacional segura y de confianza puede originar que los clientes tengan una indescriptible sensación de desesperanza fisiológicamente basada. Cuando los clientes adultos hablan de una sensación de desesperanza –una sensación interna de desesperación que existe incluso cuando su vida va bien– me inclino a centrarme en su primer año de vida. Comienzo preguntando cómo reciben el contacto y la cercanía física de otra persona, y me interesa saber si tienen una sensación de bienestar y estabilización emocional en la cercanía física o si se sienten inquietos por tal intimidad. Luego puedo preguntar sobre la calidad relacional entre el bebé y la madre en aspectos importantes del cuidado del bebé: alimentación, cambio de pañales, baño, juegos y hora de dormir.

Si la sensación de apego de un niño pequeño o de una niña pequeña se infunde con un mayor grado de desconfianza que de confianza, posteriormente en su vida podría reaccionar de forma desagradable incluso ante leves discrepancias ante el comportamiento de otra persona y usar esas discrepancias como evidencia de que no se debe confiar en los demás (Erskine, 2015b). Si, por el contrario, el niño o la niña ha adquirido una sensación de confianza y ésta se ha reforzado durante varias etapas del desarrollo, entonces en su vida adulta podría considerar esas discrepancias como insignificantes y normales en la vida.

Me muestro especialmente interesado cuando los clientes perciben inconsistencias en mi conducta o en mis afectos que les provoca desconfianza hacia mí. Quiero saber cómo su percepción estimuló e influyó en esa sensación de desconfianza y dedico tiempo a explorar cómo mi comportamiento puede haber estimulado su falta de confianza en nuestra relación. Considero importante asumir la responsabilidad de mis inconsistencias y/o errores terapéuticos antes de investigar cualquier posible desconfianza durante la etapa de primera infancia. Resulta esencial que trabajemos dentro de nuestra relación actual, de persona a persona, para establecer (tanto como sea posible) una conexión interpersonal segura antes de explorar las cualidades de su temprana relación madre-bebé.

Durante la misma época en la que Erikson desarrolló su trabajo, Bowlby (1969, 1973, 1980) también escribió sobre el desarrollo infantil temprano. Describió el imperativo biológico del vínculo físico y afectivo prolongado en la creación de un núcleo visceral del cual emergen todas las experiencias del self y de los demás.

Tanto los textos de Bowlby como los de Erikson delinean los patrones relacionales inconscientes que se generalizan a partir de las experiencias en la infancia y la niñez temprana (Erskine, 2009).

Bowlby propuso que el desarrollo saludable surge de la mutualidad del disfrute recíproco del infante y su cuidador en la conexión física y en la relación afectiva. Las madres que están en sintonía con los afectos y el ritmo de su bebé, que son sensibles a los desajustes y se apresuran a corregir sus errores de sintonización, establecen para sus bebés una *base segura* (Bowlby, 1988b). Estas cualidades de contacto interpersonal, comunicación de los afectos y reparación resultan de suma importancia para establecer relaciones seguras, una sensación de dominio y resiliencia en la vida posterior (Ainsworth et al., 1978).

Los comentarios de Bowlby proporcionan un resumen de lo que un psicoterapeuta integrativo centrado en la relación consigue realmente con los clientes, es decir, crear una base segura. Igual que con los padres involucrados y receptivos, nos sintonizamos con los afectos y ritmos de nuestros clientes, somos sensibles y nos responsabilizamos de nuestra falta de sintonía, corregimos nuestros errores, nos esforzamos por establecer y mantener la estabilidad emocional y física, generar seguridad relacional y apreciamos quienes son (Tronick, 1989).

Bowlby (1973) articuló cómo la calidad relacional de un niño pequeño con sus progenitores proporciona “una sensación de lo aceptable o inaceptable que resulta a los ojos de las figuras de apego” (p. 203). Estas experiencias repetidas establecen *modelos operativos internos* que determinan, de un modo inconsciente, la anticipación, las respuestas emocionales y conductuales a los demás, la naturaleza de la fantasía y la calidad de las transacciones interpersonales. Stern (1995) se refirió a estos mismos fenómenos con el término *modelos de-estar-con-otro*. Tanto Bowlby como Stern estaban describiendo formas procedimentales sub-simbólicas de memoria, memoria que no se encuentra disponible para el pensamiento consciente, aunque se expresa en sensaciones fisiológicas, afectos y relaciones.

Bowlby continuó describiendo los apegos inseguros como el resultado psicológico de las perturbaciones en los vínculos dentro de las relaciones de dependencia. Erikson (1963) hacía referencia a las repetidas experiencias de seguridad o falta de seguridad en los primeros meses de vida cuando describió este período de desarrollo como un tiempo de confianza versus desconfianza.

Aunque Eric Berne no proporcionó ninguna indicación de que conociera los primeros hallazgos de la investigación e ideas teóricas de Bowlby, tuvo muy en cuenta el énfasis de Erikson en la constitución de la confianza o desconfianza en los primeros 2 años de vida. Berne (1961) describió las perturbaciones relacionales en la infancia como los “dramas primigenios” (p. 116), lo que entrañaba un “extenso plan de vida inconsciente” (p. 123). Berne empleó los términos *protocolo* y *palimpsestos* para describir las interacciones en la niñez y primera infancia entre un niño y sus cuidadores que están grabadas como tipos de memoria pre-simbólicas, sub-simbólicas y procedimentales que conforman “patrones relacionales incons-

cientes” (Erskine, 2015a) que más tarde en la vida interfieren con el mantenimiento de la salud, la resolución de problemas y las relaciones con las personas —la base temprana del guion de vida.

Winnicott se refirió a este período temprano de la vida de un niño como una etapa en la que se moldean memorias corporales aunque el bebé no sea consciente y no tenga un sentido completo de “yo”. El bebé solo conoce sensaciones, pero las sensaciones corporales son la subestructura neurológica de la consciencia emergente de confianza y desconfianza del niño (Porges, 2009). Winnicott (1965) escribió que el bebé siempre está debatiéndose con el dilema entre expresar espontáneamente las necesidades y satisfacerlas versus reaccionar a las exigencias externas que interrumpen la “continuidad del ser del bebé”. ...[]Cuando reacciona, un bebé no está “siendo” (p. 185).

Sin duda, ocurrirán incidentes asociados a perturbaciones relacionales entre niños y cuidadores. Tales reacciones denotan momentos de ruptura en la sensación de confianza del bebé hacia su cuidador. Los impedimentos para confiar se producen con interrupciones relacionales recurrentes, en las que el niño adquiere una sensación constante de falta de seguridad. Dicha falta de seguridad, la desconfianza y la sensación de necesidades no satisfechas no es algo reflexionado ni cognitivo. Esas sensaciones corporales son tipos de memorias procedimentales y sub-simbólicas que se establecen cuando el niño se encuentra en una fase pre-verbal. Pero estas sensaciones fisiológicas pueden durar toda la vida y resultan influyentes en el establecimiento de las relaciones posteriores.

La investigación de Fraiberg (1982/1983) mostró que las señales conductuales de las perturbaciones relacionales entre los bebés y los progenitores resultan evidentes en los primeros meses de vida. Parafraseando a Fraiberg, estas reacciones de supervivencia auto-estabilizadoras en los bebés incluyen paralizar sus movimientos corporales, agitar brazos y piernas, evitar el contacto cara a cara y modificar sus afectos. Podemos observar versiones sutiles de estas mismas dinámicas auto-estabilizadoras en clientes adultos cuando tensan sus cuerpos, se agitan, evitan el contacto visual o deflecan sus sentimientos. Tales comportamientos pueden indicar perturbaciones relacionales no resueltas en la infancia temprana.

La Aplicación de los Conceptos del Desarrollo Evolutivo en la Práctica

Durante los primeros meses de terapia, Sheila se sentaba en mi oficina mordiendo las uñas y moviendo constantemente el pie. No solo estaba físicamente agitada, sino que también mostraba grandes dificultades para hablar sobre su experiencia interna. Podía hablarme con libertad sobre sus interacciones sociales con otras personas durante la semana previa, pero en general, sin ningún contacto visual. Si le planteaba más de una o dos preguntas fenomenológicas, ella tensaba los músculos de la cara, hombros y pecho y se mantenía en silencio.

A menudo, en los primeros meses, pensaba en los gestos repetitivos del cuerpo de Sheila, sus músculos tensos y en cómo estas conductas podrían ser la

manifestación adulta de los gestos de un bebé de nerviosa agitación, paralización física y rechazo del contacto –intentos desesperados de auto-estabilización cuando el cuidador significativo no puede proporcionar la estabilización física y emocional necesaria para que el bebé desarrolle una sensación básica de confianza (Fraiberg, 1982/1983).

Al adaptar mi indagación evolutiva formulando solo algunas preguntas históricas en cada sesión, comenzamos a construir lentamente, durante los siguientes 9 meses, la historia de sus primeros 2 años de vida con una madre a la que describió (con información proporcionada por sus dos tías) como “con frecuencia nerviosa, alterada y angustiada”. Poco a poco, Sheila fue capaz de tolerar mis indagaciones sobre sus sensaciones corporales, sus diferentes afectos, fantasías y sobre cómo afrontó, incluso cuando era una niña, a una “madre tensa” que peleaba constantemente con su padre alcohólico, según sus propias palabras. Detalló historias familiares sobre cómo su madre la dejaba en un corralito todo el día, hasta que su padre llegaba a casa, para cambiarle el pañal y eventualmente darle de comer. Tenía una imagen recurrente de estar atada a una trona, llorar para que la soltaran y “después, simplemente, darse por vencida”.

Sheila comentó que no recordaba las peleas entre sus padres cuando tenía 2 años, pero que tenía varios recuerdos explícitos de las disputas verbales entre ellos en sus años preescolares y escolares. Explicó: “Sé en mi cuerpo que viví con una tensión constante” y “No podía confiar en nadie”. “Incluso ahora me parece imposible confiar en alguien”.

Con algunas clientes, pregunto qué conocen sobre su concepción, cómo se sintió su madre con el embarazo y la calidad de la relación entre sus progenitores, tanto durante la gestación como en los primeros meses después del parto. El conocimiento rudimentario de la cliente generalmente se basa en historias familiares y fragmentos de información que ha reunido a lo largo de los años. Además, puedo pedirle que “imagine” cómo era ser alimentada por su madre durante los primeros meses de vida. Indago sobre la “sensación interna” del contacto físico de la madre, el ritmo de la alimentación, la sensibilidad de la madre a la necesidad del bebé y la presencia o ausencia de contacto visual. ¿Mamá cantaba o hablaba cuando te alimentaba, o lo hacía en silencio? Tengo curiosidad por saber si la madre estaba relajada o estresada y cómo mi cliente respondía físicamente al contacto con el cuerpo de la madre.

Basado en lo que conoce de la personalidad de su madre, le pido a la cliente que imagine esas interacciones interpersonales afectivas y relacionales significativas (Stern, 1998; Tronick, 1989). Aunque la mayoría dicen que no tienen recuerdos explícitos de este período en su vida, estoy interesado en sus impresiones porque están configuradas a partir de experiencias fisiológicas y emocionales que se registran como memoria sub-simbólica. Aunque no se basan en la memoria explícita, tales memorias procedimentales pre-lingüísticas resultan la base de los patrones relacionales inconscientes que pueden influir en los afectos, la conducta

y las relaciones posteriores (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Erskine, 2009). Estos tipos de memoria no son conscientes, ya que no se traducen en ideas, conceptos, lenguaje o narrativa, sino que se comunican fenomenológicamente a través de tensiones fisiológicas, afectos indiferenciados, anhelos y repulsiones, tono de voz e interacciones interpersonales (Bucci, 2001; Kihlstrom, 1984; Lyons-Ruth, 2000; Schacter y Buckner, 1998).

Al ayudar a nuestros clientes a construir una narrativa integral de su vida, estamos trabajando con la *inferencia terapéutica*, configurada mediante el ensamblaje de fragmentos de información, reacciones emocionales y corporales, imágenes internas, historias familiares y fantasías (Erskine, 2008, p. 136). Estas inferencias se construyen a través del diálogo intersubjetivo entre cliente y psicoterapeuta sobre los primeros años de vida y pueden no basarse en información verificable. Están compuestas de sensaciones internas, impresiones, reacciones físicas y emociones que determinan los procesos internos y las percepciones del cliente y pueden moldear su conducta en la vida adulta.

Metafóricamente, creo que en una psicoterapia centrada en el desarrollo evolutivo construimos la narrativa del cliente de un modo similar a pintar dibujos siguiendo puntos de número a número hasta formar una imagen conectando varios puntos numerados. Por ejemplo, así como un niño que dibuja una línea entre los puntos numerados uno, dos..., nueve y diez revela la imagen de un gato o un caballo, ayudamos a los clientes a construir una narrativa que le dé sentido a su experiencia mediante:

- Sintonía afectiva, rítmica y evolutiva
- Indagación fenomenológica e histórica consistente
- Fragmentos de información
- Imágenes evolutivas
- Historias familiares
- Empleo cuidadoso de la teoría del desarrollo infantil, la observación y la investigación

Autonomía versus Vergüenza y Duda

La teoría de Erikson (1963, 1968) establece que el segundo conflicto del desarrollo –la autonomía versus la vergüenza y la duda– sucede entre los 18 meses y los 3 años. Este período corresponde a la etapa anal de Freud y se basa en los cimientos de la confianza o desconfianza establecidos durante la etapa oral. A medida que el niño se acerca a su segundo cumpleaños, se genera un tipo de funcionamiento intelectual cualitativamente nuevo que Piaget (1951; Piaget e Inhelder, 1969) denominó *pre-operatorio*. El niño se ha desarrollado más físicamente (camina y trepa), se coordina mejor (come solo), percibe de forma consciente (observa las interacciones familiares) y está decidido a expresar sus propios deseos (la necesidad de autodefinirse y hacer impacto en otra persona). Esta lucha por la autonomía comienza a los 2 años y dura hasta los 3 años y medio, aunque Piaget la describe

hasta los 7 años.

Si el niño o la niña no tiene una sensación básica de confianza al iniciar la segunda etapa, Erikson (1959, 1963) teorizó que “dirigirá contra sí mismo todos los impulsos para discriminar y manipular” (p. 70) y controlará en exceso, desarrollará una consciencia precoz, se tornará obsesivo y, en la vida adulta, se adherirá a actitudes más autoritarias.

La conducta dominante de esta segunda etapa se manifiesta en la capacidad del niño para sujetar objetos con firmeza y lanzarlos deliberadamente. Al mismo tiempo, el niño se está desarrollando físicamente con “la llegada de deposiciones mejor formadas y la coordinación general del sistema muscular que permite la evolución del alivio voluntario, así como de la retención física” (Erikson, 1968, p. 107). Escribiendo sobre esta etapa, Erikson amplió el concepto de Freud del período anal y lo enmarcó en términos de la relación entre el niño y los cuidadores, una lucha para el niño en ejercitar la toma de decisiones y un creciente sentido de autonomía. A esta edad, los niños y las niñas están explorando activamente, haciendo lo que quieren, haciendo las cosas a su manera y a su propio ritmo. Con un apoyo continuo y un entorno protector, adquieren una sensación de autonomía. Si durante esta edad es repetidamente criticado, si sus cuidadores se muestran exigentes, controladores o impacientes, podría originarle una sensación de inseguridad.

La discusión de Erikson (1959) sobre autonomía se centró en gran medida en el control de esfínteres. Pero enfatizó que la calidad de la relación entre el niño y sus padres en este momento resulta un factor principal para determinar si atravesará o no esta etapa con una sensación de autoestima y competencia o se sentirá impotente, avergonzado e inhibido. Erikson (1963) enfatizó que se considera relevante que el niño no sienta que su voluntad se está quebrantando. La calidad de la autonomía que desarrollará depende de la capacidad de sus progenitores para otorgar autonomía con dignidad y con una sensación de independencia personal.

Además de los rápidos progresos en la maduración muscular, durante esta etapa, el niño aprende a coordinar una serie de patrones conductuales y vocalizaciones muy contrapuestas que delinear el mundo como “yo” y “tú”, “mí” y “mío”, “no” y “yo quiero”. El desarrollo del lenguaje es un instrumento fantástico para ayudar a los niños a expandir su mundo más allá de la relación primordial madre-hijo. Aunque el lenguaje en este estadio resulta deficiente y más expresivo que comunicativo, permite la distancia entre madre e hijo. La madre ahora puede dirigir al niño verbalmente sin tener que tocarlo físicamente. El niño puede negarse a obedecer diciendo “no” o ignorándola, declarando así su voluntad, una expresión del sentido emergente de autonomía.

Erikson escribió que “la sensación de autocontrol del niño, sin pérdida de autoestima”, es la base de una “sensación perdurable de autonomía y amor propio”, es el origen ontogenético de la sensación de libre albedrío”. Continuó describiendo que “a partir de... una pérdida de autocontrol, y de un control excesivo por parte de los padres, surge una prolongada sensación de duda y vergüenza” (Erikson, 1959,

p. 109). La sensación de duda y vergüenza resulta del menosprecio, las burlas y el control excesivo de los padres, lo que roba al niño la sensación de ser capaz de auto-controlarse y de poder dirigir su propia vida con éxito.

David: Sin voluntad. David acudió a psicoterapia para resolver las dificultades de su carrera como músico de jazz y para abordar la falta de una pareja duradera en su vida. En los muchos meses que trabajé con él, resultó cada vez más claro que marcaba una distante cada vez que yo me mostraba empático, como cuando validaba sus sentimientos o cuando nos despedíamos. El distanciamiento de David era sutil, pero pude sentir el espacio emocional entre nosotros, una vaga sensación inquietante dentro de mí, un deseo de conectar emocionalmente y, al mismo tiempo, una sensación contradictoria de respetar el espacio físico entre nosotros. Posiblemente yo estaba respondiendo a los patrones recurrentes de David para controlar la intimidad emocional y/o a lo que él pudiera haber necesitado de niño.

Pensé en las descripciones de Erikson de cómo un niño pequeño lidia con la confianza y la desconfianza. Aunque David asistía a nuestras sesiones semanales, me planteé si, en algún nivel primario, desconfiaba de mí. En varias sesiones le pregunté por nuestra relación. Me habló vacilante sobre cómo se imaginaba que al final yo le controlaría: “Sé que no me controlarás. Te he observado todas estas veces, pero sigo esperando que me manipules o me critiques”. Esas transacciones transferenciales me llevaron a formular varias preguntas a David, primero sobre nuestra relación actual y después sobre su vida cuando era pequeño.

Aunque no conservaba recuerdos específicos de sus primeros años de vida, describió a su madre como “estricta” y “siempre controlando”. Le pedí se imaginara con 2 o 3 años y queriendo subirse a los muebles. Tensó los músculos de los hombros y la espalda e inmediatamente dijo: “Ella me pegaría si hiciera eso. Me insultaría. Me destruiría”. Aunque David no tenía un recuerdo explícito de que le pegara, dijo: “Sé que es verdad”. Luego detalló cómo él, tanto niño como hombre, temía a su madre.

David describió varias veces sus primeros años de vida, cómo su madre le reprendía, criticaba o golpeaba por ser “obstinado”. No deseaba estar físicamente cercano a ella y nunca le expresó lo que sentía o pensaba. Se dio cuenta de que conmigo no solo estaba representando un patrón temprano de desconfianza, sino que también sentía miedo de expresar sus opiniones y aspiraciones tanto en sus relaciones íntimas como en su vida profesional como músico. Su sensación de voluntad estaba estancada. Mis tareas terapéuticas incluían crear un espacio interpersonal emocional y físicamente seguro, apoyar sus aspiraciones, validar sus autodefiniciones y permitirme ser impactado por él.

Iniciativa versus Culpa

La tercera etapa de Erikson (1963) describe la iniciativa versus la culpa, que comienza a desarrollarse alrededor de los 3 años y medio y continúa hasta aproximadamente los 6 años. Sin embargo, el marco temporal puede variar para

algunos niños y niñas. Para Piaget, en esta misma franja, se organizan experiencias cognitivas preoperatorias, con pensamiento intuitivo. A esta edad se involucran en juegos simbólicos y manipulan símbolos y juguetes, pero todavía no aplican la lógica concreta ni transforman, combinan o separan ideas (Piaget, 1951, 1952). Esto es el comienzo de lo que Fraiberg (1959) llamó los “años mágicos”, una época de fantasía, egocentrismo y juego paralelo. Lo que los niños de esta edad no comprenden en la realidad, lo crean en la fantasía.

Esta etapa abarca las etapas genital y edípica en la teoría de Freud. En el período anterior de autonomía versus vergüenza y duda, la fuerza impulsora detrás de la conducta del niño era la manifestación de la voluntad propia y del impacto. La tercera etapa se caracteriza por la capacidad del niño para planificar y ejecutar proyectos lúdicos por el placer de ser activo, autodefinirse y satisfacer la imaginación. Es un tiempo de propósito, dirección y manipulación repetitiva de juguetes. Aunque los niños en esta etapa están llenos de juego, exageración y fantasía, anhelan compañía, alguien que juegue con ellos, alguien que será utilizado como un juguete y responderá a su iniciativa.

El desarrollo exitoso de la sensación de iniciativa se basa en una mayor consciencia de su propia autonomía, lo que conduce a una mayor dirección en sus comportamientos. En los años preescolares, los niños desarrollan una clara noción de objetivos y cómo quieren alcanzarlos. Si no pueden alcanzar sus metas, pueden modificarlas o cambiar el método para conseguirlos.

Erikson (1953) escribió que el comportamiento dominante de la etapa de iniciativa supone una variedad de actividades y fantasías repetitivas en las que el niño importuna, también a los oídos y las mentes de las personas, con ruidos fuertes, se inmiscuye en el espacio con acciones vigorosas y molesta a otras personas saltando y trepando, y se entromete en lo desconocido con una curiosidad incontenible (Erikson, 1968, p. 116).

A esta edad, los niños y las niñas han desarrollado una mayor libertad de movimiento que les permite moverse vigorosamente y tener un radio de objetivos más amplio. El desarrollo del lenguaje ha progresado así que pueden preguntar y comprender muchos eventos concretos, aunque podrían no entender las diversas relaciones humanas. Sus interpretaciones resultan concretas y egocéntricas (Maier, 1969).

Al mismo tiempo, los niños expanden su imaginación representando los roles que imaginan posible en su vida. Modelan su juego sobre esos adultos que perciben fuertes y guapos. Esta imaginación del niño proporciona las bases para el desarrollo de la iniciativa. La selección de objetivos y la perseverancia para alcanzarlos tienen su origen en las fantasías del niño de ser casi tan bueno como los adultos.

Debido a que en esta etapa los niños y las niñas podrían no distinguir claramente entre realidad y fantasía, los padres demasiado insistentes pueden sofocar fácilmente la sensación de iniciativa que se está desarrollando en ellos. Si muchas de las actividades enérgicas e intrusivas, proyectos de juego o fantasías del niño

se prohíben, comienza a pensar que sus ideas resultan incorrectas o inoportunas. Un sentimiento de culpa puede eclipsar la imaginación lúdica y el ingenio del niño (Erikson, 1968, p. 122). La tarea evolutiva en esta etapa implica una sensación de convicción, sin culpa, de que “puedo ser lo que me imagino ser”. En mi experiencia terapéutica con clientes adultos que vieron obstaculizados repetidamente su juego infantil, las expresiones de fantasía y la sensación definida de un propósito tienden a inhibirse, y se repliegan a un mundo interno pasivo.

Erikson (1963) coincidía con Piaget (1951) en que en esta etapa, entre 3 años y medio y 6 años, el juego resulta necesario para el desarrollo del niño. El juego facilita la progresión natural de los niños y las niñas hacia un nuevo dominio y nuevos estadios de desarrollo; representa su forma de razonar sobre su mundo. Erikson (1963) describió: “El juego del niño es una forma infantil de la capacidad humana de afrontar la experiencia creando situaciones modelo y de dominar la realidad mediante experimentos y planificación” (p. 22). Continuó explicando que coincidía con Freud en que el juego proporciona la fantasía necesaria para subsanar la ansiedad experimentada por el niño pequeño. Le permite liberarse de los límites del tiempo, el espacio y la realidad y proporciona una vía aceptable para la autoexpresión. Sin embargo, se mantiene una orientación de la realidad porque el niño, la niña y los demás saben que es “solo un juego”.

Timothy: Anhelos de Compañía. Después haber asistido a terapia 2 años, Timothy describió avergonzado cómo se masturbaba con frecuencia, a menudo más de una vez al día, desde la etapa preescolar hasta el día de hoy. Dijo que le resultaba lo más placentero de su vida. Esto me estimuló a pensar en cinco dinámicas evolutivas:

- Las descripciones de Freud de la etapa fálica alrededor de los 5 años
- Las descripciones de Erikson de la incipiente sensación de iniciativa y juego del niño
- La importancia del juego en la teoría del desarrollo infantil de Piaget
- La descripción de Fraiberg de cómo la fantasía supone una forma dominante de actividad mental para un niño en edad preescolar
- Mis propias observaciones acerca de la mayor necesidad de experiencia compartida en niños de 5 años (Erskine et al., 1999)

Estos cinco conceptos me guiaron a plantear una indagación sobre las relaciones familiares de Timothy en sus años de guardería. Describió cómo su madre siempre estaba ocupada, “demasiado ocupada para estar conmigo”. Su padre viajaba por motivos laborales. Timothy siempre jugaba solo porque no tenía permitido jugar fuera de la casa o invitar a sus amigos. Su recuerdo más vívido era ser reprendido por hacer demasiado ruido. Tenía prohibido jugar con sus juguetes, excepto en su habitación. Mientras me contaba esta historia, pude sentir su soledad y el anhelo de una experiencia compartida pero, al mismo tiempo, se avergonzaba de contarme lo que sentía y hacía.

Mientras entretejía una serie de indagaciones históricas y fenomenológicas en nuestras sesiones de las siguientes semanas, Timothy tomo consciencia de una

profunda sensación de vacío y tristeza, un anhelo de compañía. Recordó cómo a los 5 años se escondía debajo de las escaleras, jugando con su pene para no sentir su soledad. Se percató de que, como adulto, todavía se consolaba con la masturbación en lugar de relacionarse con personas. Rememoró cómo se sentía constreñido y no podía conectar con ninguno de sus progenitores para consolarse. Explicó: “A los cinco años ya era un solitario”. Esto me llevó a preguntarle sobre los primeros años de su vida.

Un año después se unió a un grupo masculino de terapia grupal que se reunía semanalmente. Después de que durante diferentes sesiones del grupo se hablara sobre varios aspectos de la vergüenza, Timothy compartió en el grupo sobre la severa y distante familia en la que se había criado, y su constante sensación de soledad. Lloró en respuesta a la compasión y comprensión expresada por los demás miembros del grupo.

Conclusión

Los textos de Erikson y otros psicólogos del desarrollo mencionados anteriormente sirven de orientación para guiar mi indagación fenomenológica y la comprensión de la dinámica relacional de los primeros años de vida de mis clientes. Por supuesto, nuestros clientes no disponen de recuerdos explícitos de interacciones relacionales tempranas. Las áreas simbólicas, cognitivas y lingüísticas del cerebro no están suficientemente formadas durante los primeros años para permitir una memoria explícita, pero la memoria contiene mucho más. La memoria de la primera infancia puede estar imbricada en sensaciones fisiológicas, entrelazada en los afectos o escenificada inconscientemente en las relaciones (Erskine, 2008). Estos recuerdos no se encuentran disponibles para el pensamiento consciente porque son pre-lingüísticos, pre-simbólicos, procedimentales e implícitos. Sin embargo, estas impresiones neurológicas dan origen a “patrones relacionales inconscientes”, lo que Bowlby denominó modelos operativos internos del self-en-relación (Erskine, 2009, 2015a). Cuando estoy con un cliente, a menudo me imagino siendo un detective curioso en busca de pistas no evidentes sobre lo que sucedió en los primeros años de vida de esa persona. Estas pistas están codificadas en las historias, fantasías, esperanzas y sueños de la persona. Por consiguiente, una tarea psicoterapéutica importante consistirá en descifrar las pistas que pueden revelar las rupturas relacionales de la primera infancia y, de ese modo, ayudar a proporcionar una relación terapéutica que repare esas rupturas.

Aunque atender con sensibilidad la crisis actual y los acontecimientos cruciales en la vida de un cliente resulta esencial en una psicoterapia centrada en la relación, la atención prolongada a los eventos actuales puede disminuir el tiempo dedicado a una psicoterapia profunda basada en el desarrollo. Sin embargo, como ya sabemos, las interrupciones relacionales pasadas del cliente a menudo se reviven a través de las crisis actuales. Para minimizar el intervalo de tiempo dedicado a los eventos actuales en terapia, utilizo una indagación fenomenológica constante. Mis

preguntas se centran en la experiencia corporal y los afectos relacionados para que el cliente preste atención a lo que sucede internamente. Pregunto sobre la dinámica familiar temprana, aunque la respuesta habitual al iniciar la terapia sea: “No tengo recuerdos de antes del colegio”.

Sin embargo, con frecuencia les pido a los clientes que se imaginen a una edad específica, por ejemplo un bebé lactante, un niño pequeño aprendiendo a alimentarse por sí mismo, un niño de guardería dándose un baño o un niño en edad preescolar con sus juguetes. Exploro con ellos sus sentimientos y conexiones cuando les pregunto sobre la hora de acostarse en varias edades, lo que sintieron cuando observaban las interacciones entre sus padres, y otros acontecimientos con carga emocional en su vida. Les pregunto quién estaba presente o ausente, qué implicación interpersonal surgía con los adultos, y qué necesidades relacionales fueron satisfechas o ignoradas (Erskine et al., 1999). Los animo a que pregunten a los miembros de su familia que eran adultos o niños más mayores cuando ellos estaban entre la niñez y la edad pre-escolar con el fin de recopilar información que pueda confirmar o refutar sus propias historias.

En gran parte de este trabajo, mis clientes y yo estamos empleando la inferencia terapéutica, es decir, construyendo una historia basada en sensaciones internas, impresiones y los fragmentos de información. Estamos trabajando con modalidades implícitas y procedimentales del conocimiento de la infancia temprana. Dicha indagación fenomenológica e histórica estimula la memoria implícita y procedimental, y brinda la oportunidad de colocar esa memoria en el pensamiento y el lenguaje, a menudo por primera vez. Estos suponen los fundamentos de una psicoterapia integrativa basada en el desarrollo y centrada en la relación.

Nota del Editor:

Agradecemos el permiso de publicación a *International Journal of Integrative Psychotherapy*.

Erskine, R. G. (2019). Child Development in Integrative Psychotherapy: Erik Erikson's First Three Stages. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 10, 11-34.

Traducción: Angela Pérez Burgos

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Beebe, B. (2005). Mother-infant research informs mother-infant treatment. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 7–46. <https://doi.org/10.1080/00797308.2005.11800745>
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Grove Press. <https://doi.org/10.1037/11495-000>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Volume I of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger. Volume II of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression. Volume III of attachment and loss*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988a). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>
- Bowlby, J. (1988b). *A secure base*. Basic Books.
- Breuer, J. y Freud, S. (1955). Studies on hysteria. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, 1–321). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1893-1895)
- Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 40–70. <https://doi.org/10.1080/07351692109348923>
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. Norton.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace.
- Erikson, E. H. (1946). Ego development and historical change. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2(1), 359–396. <https://doi.org/10.1080/00797308.1946.11823553>
- Erikson, E. H. (1953). Growth and crisis of the “healthy personality”. En C. Klockhohn y H. Murray (Eds.), *Personality in nature, society and culture* (pp. 185–225). Knopf.
- Erikson, E. H. (1958). *Young man Luther: A study in psychoanalysis and history*. Norton.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 18–171.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Norton.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility*. Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Erikson, E. H. (1969). *Gandhi's truth: On the origins of militant nonviolence*. Norton.
- Erikson, E. H. (1971). A healthy personality for every child. En R. H. Anderson y H. S. Shane (eds.), *As the tree is bent: Readings in early childhood education* (pp. 120–137). Houghton Mifflin.
- Erskine, R. G. (1971). *The effects of parent-child interaction on the development of a concept of self: An Eriksonian view* [Informe de investigación no publicado]. Purdue University, Lafayette, Indiana.
- Erskine, R. G. (2008). Psychotherapy of unconscious experience. *Transactional Analysis Journal*, 38(2), 128–138. <https://doi.org/10.1177%2F036215370803800206>
- Erskine, R. G. (2009). Life scripts and attachment patterns: Theoretical integration and therapeutic involvement. *Transactional Analysis Journal*, 39(3), 207–218. <https://doi.org/10.1177/036215370903900304>
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. En K. S. Bowers y D. Meichenbaum (eds.), *The unconscious reconsidered* (pp. 149–210). Wiley.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270(6), 50–57.
- Lyons-Ruth, K. (2000). “I sense that you sense that I sense ...”: Sander’s recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 85–98. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2%3C85::AID-IMHJ10%3E3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2%3C85::AID-IMHJ10%3E3.0.CO;2-F)
- Erskine, R. G. (2015a). *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy*. Karnac Books. <https://doi.org/10.4324/9780429479519>
- Erskine, R. G. (2015b). The script system: An unconscious organization of experience. En R. G. Erskine (Ed.), *Relational patterns, therapeutic presence: Concepts and practice of integrative psychotherapy* (pp. 73–89). Karnac Books.
- Erskine, R. G. y Moursund, J. P. (2011). *Integrative psychotherapy in action*. Karnac Books (Trabajo original publicado en 1988). <https://doi.org/10.4324/9780429476020>
- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann R. L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Brunner/Mazel.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. Basic Books.
- Fraiberg, S. (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. Scribner’s.

- Fraiberg, S. (1983). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–635. (Trabajo original publicado en 1982). <https://doi.org/10.1080/21674086.1982.11927012>
- Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123–246). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1957). The unconscious. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 159–215). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1962) The neuro-psychoes of defence. En J. Strachey (ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Volume 3, pp. 41–61). Hogarth Press (Trabajo original publicado en 1894).
- Kagan, J. (1971). *Understanding children: Behavior, motives, and thought*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Mahler, M. S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. International Universities Press.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Maier, H. W. (1969). *Three theories of child development*. Harper y Row.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr (eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407–474). The Analytic Press.
- Moursund, J. P. y Erskine, R. G. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*. Brooks/Cole-Thomson Learning.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. Qeinemann.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. International Universities Press (Trabajo original publicado en 1936).
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Basic Books.
- Piaget, J. (1960). The general problems of the psychobiological development of the child. En U. M. Tanner y B. Inhelder (eds.), *Discussions on child development: Proceedings of the World Health Organization study group on the psychobiological development of the child*. Tavistock
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. Basic Books.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1973). *Memory and intelligence*. Routledge and Kegan Paul.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl. 2), S86–S90. <https://dx.doi.org/10.3949%2Fccjm.76.s2.17>
- Schacter, D. L. y Buckner, R. L. (1998). Priming and the brain. *Neuron*, 20, 185–195.
- Schore, A. N. (2002). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self-psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. Norton.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship: Infant and mother*. Harvard University Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Basic Books.
- Stern, D. N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300–308. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3%3C300::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3%3C300::AID-IMHJ5%3E3.0.CO;2-P)
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112–119. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.112>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. Basic Books. <https://doi.org/10.4324/9780429483882>