

**Consecuencias de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil en el  
trastorno reactivo de la vinculación en la infancia**

*Consequences of intergenerational transmission of child abuse on reactive  
attachment disorder in childhood*

Sandra Valle Vives

Universidad Ramon Llull

Notas del autor

Dirigido por: Meritxell Pacheco Pérez

Asignatura: Trabajo Final de Máster

Departamento de Psicología, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del

Deporte Blanquerna, Universidad Ramon Llull

### **Resumen**

A través de la presentación de un caso de Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia en un niño de 8 años, atendido en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Granollers, se analizó la importancia tanto de las relaciones tempranas y el apego en el desarrollo de la personalidad como el factor de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil. Se explica cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se generaron distintos síntomas, que, sin intervención alguna, cristalizaron en los síntomas prototípicos del Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia. Se exponen las intervenciones empleadas, los resultados obtenidos y las dificultades encontradas en el trabajo psicoterapéutico del paciente presentado.

*Palabras clave:* Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia, Apego, Relaciones vinculares tempranas, Maltrato infantil, Transmisión intergeneracional.

### **Abstract**

Through the presentation of a case of Reactive Attachment Disorder in Childhood in an 8-year-old child, treated at the Center for Child and Youth Mental Health in Granollers, the importance of both early relationships and attachment in personality development was discussed as the factor of intergenerational transmission of child abuse. It explains how from various alterations in attachment different symptoms were generated, which, without any intervention, crystallized in the prototypical symptoms of reactive attachment disorder in childhood. The interventions used, the results obtained and the difficulties encountered in the psychotherapeutic work of the present patient are exposed.

*Keywords:* Reactive attachment disorder in childhood, Attachment, Early linking relationships, Child abuse, Intergenerational transmission.

### **Agradecimientos**

En primer lugar, gracias a la Dra. Meritxell Pacheco, de la FPCEE – Blanquerna de la Universidad Ramon Llull, por la energía, la motivación, la confianza y la emoción que ha compartido conmigo. También por la dirección y las críticas constructivas que me han permitido centrarme y profundizar en el caso presentado.

Asimismo, me gustaría agradecer al servicio del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Granollers por haberme dado la oportunidad de ayudarme en mi formación. A su vez, agradezco todo el compromiso, dedicación y aprendizaje que he recibido gracias a mi tutora, Cristina Gómez.

Finalmente, pero no por ello menos importante, agradecer el apoyo brindado por mi familia y amigos, haciendo especial mención a mis padres, los cuales me han apoyado a lo largo de estos años.

La presentación de un caso de Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia en un niño varón, atendido en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Granollers, nos permitirá analizar la importancia de la transmisión intergeneracional del maltrato, el apego y las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad y, por ende, en los trastornos de ésta. Iremos viendo cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se fueron generando distintos síntomas, que, sin intervención alguna, cristalizaron en los síntomas del Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia.

### **Marco teórico**

Los trastornos del psiquismo temprano requieren un amplio trabajo con la pareja parental y el conjunto familiar. En este ámbito ampliamos la mirada hacia lo transgeneracional, considerando historias y prehistorias y explorando otras vinculaciones familiares (Rojas, 2008).

Dichos trastornos se articulan con vacíos semánticos propios de la trama familiar; habitan en ellos fragmentos de discursos transgeneracionales que se transmitieron sin elaboración. A veces ponen de manifiesto el impacto traumático de situaciones actuales que el grupo familiar no puede gestionar y afloran en ese psiquismo que se va constituyendo. Así, a través del trastorno temprano se expresan enunciados transgeneracionales situados más allá de la singularidad, correspondientes a huellas que se desplazan (Rojas, 1999).

Es importante considerar que el fenómeno de la transmisión intergeneracional es de una alta complejidad. No sería razonable esperar que ésta fuese explicada en su totalidad por una sola dimensión. Mucho más probable, y así lo sugiere la evidencia hasta la fecha, es que la transmisión esté afectada por múltiples dimensiones (Besoain & Santelices, 2009).

Una de ellas es el apego. La teoría del apego, creada por John Bowlby (1969), enfatiza ciertas nociones teóricas clave respecto a los vínculos tempranos entre el bebé y sus cuidadores, siendo las más importantes que el bebé nace con una predisposición a vincularse a sus cuidadores, que éste organizará su comportamiento y pensamiento en función de la mantención de sus relaciones de apego, y que tenderá a mantener aquellas relaciones incluso si esto implica un alto costo de su propio funcionamiento (Slade, 1999).

Según la teoría de Bowlby (2008), los vínculos iniciales con las figuras significativas, desde el punto de vista afectivo, determinan un estilo de apego que permanece a lo largo de la vida, determinando los estilos de relación con los otros, incluyendo hermanos, padres, esposos e hijos. De este modo Toth y Cicchetti (2013) consideran que el maltrato infantil puede ser entendido como la transmisión de las carencias afectivas de una generación a otra. Una madre o un padre que no recibieron de sus propios padres una calidad afectiva que les permitiera crear un vínculo estable y generar empatía hacia los otros, seguramente tendrán las mismas carencias para crear un vínculo seguro y una relación empática con sus hijos.

En 1969 Ainsworth propuso una clasificación del apego en niños, que son las siguientes: apego seguro, apego inseguro evitativo, y apego ansioso-ambivalente. Más adelante gracias a Main y Salomon (1990) se añadiría a esta primera clasificación otro grupo denominado apego inseguro desorganizado.

Por una parte, Hesse y Main (2006) definieron el comportamiento de apego inseguro-desorganizado como fruto de la relación con una figura de apego espantosa. En este sentido, los niños temen a la figura de referencia a la cual necesitan acercarse en las situaciones de miedo y estrés para recibir confort y protección. La categoría de apego inseguro-desorganizado o desorientado (Main & Solomon, 1990) en la cual eran

categorizados ciertos niños, se encontraban padres con una infancia caracterizada por los abandonos o relacionada con problemas de experiencias traumáticas, como el maltrato infantil. Estas relaciones y esta transmisión, si existe, estará mediada por la representación que se tenga del vínculo primario con sus padres.

Algunos estudios muestran que los niños víctima de negligencia sufren un mayor riesgo de presentar apego inseguro evitativo, mientras que las víctimas de maltrato físico tienen un mayor riesgo de presentar apego desorganizado (Carlson, 1998; Crittenden, 1988; Valenzuela, 1990). En las categorías de negligencia y abandono, el estilo educativo se caracteriza por ser despreocupado y permisivo, en el que se da una menor comunicación y estimulación, evitando toda respuesta hacia el menor (González-Muriel, 1996).

Por otra parte, los niños que desarrollan un apego inseguro-evitativo reprimen sus conductas de apego, por lo que acaban desarrollando una concepción de las relaciones que no da importancia a los procesos de apego, como dar o recibir muestras de afecto, generando como mecanismo defensivo una autosuficiencia emocional (Mañes, Aguado, Barrocal & Molero, 2011).

El sistema de apego genera una representación de sí mismo y de los demás. Estos modelos de relaciones afectivas con figuras primarias se generalizan a nuevas relaciones; el niño entrará en interacciones sociales y afectivas que serán la repetición de su experiencia inicial. Los patrones de apego inseguro tienden a permanecer y por lo tanto a reproducirse. La organización del apego genera unos modelos que guían las relaciones interpersonales, en forma consistente con la experiencia primaria. Respecto a este polémico punto Crittenden y Ainsworth (1989), consideran factible que se transmitan los diferentes tipos de apego existentes entre las madres y sus propios padres y las madres y sus hijos.

El estilo de apego inseguro (Staines, 2012) se transmite de forma intergeneracional a través de los modelos operativos internos: la imagen de uno mismo y de los demás que tienen los progenitores influye en la percepción de sus hijos, en su manera de tratarlos y en la calidad de sus respuestas a las demandas de atención y cuidado (Keskin y Çam, 2010; Marrone, 2001). Y también el maltrato puede transmitirse (o interrumpirse su transmisión) de padres a hijos, siendo el apego un factor determinante en dicha transmisión (Milan, Lewis, Ethier, Kershaw e Ickovics, 2004). Es decir, la capacidad crítica y las representaciones que se forman de las vivencias de maltrato, podrían explicarnos las razones por las cuales un padre o una madre podrían repetir una conducta que les causó tanto daño en su infancia (Benavides, 2013).

Gelles (1980) identificó la presentación de un “ciclo de la violencia” como uno de los factores esenciales enlazado con el acontecimiento del maltrato infantil. La transmisión intergeneracional de la violencia (Cedrés y Méndez, 2000) ha sido estudiada de forma recurrente a partir de los años 60 tratando de buscar un historial de maltrato en los padres maltratadores (Gómez y De Paúl, 2002). Las pautas educativas que transmiten los padres son fundamentales en la modulación de los conflictos internos de los hijos.

En 1986, Sroufe y Steele recalcaron la considerable influencia que posee la organización integrativa y la percepción subjetiva, es decir, la madre es capaz de elaborar con relación a los cuidados obtenidos en su infancia, puesto que de esto depende la clase de rol materno (respuestas sincrónicas o asincrónicas, lectura de emociones, disponibilidad) que asumirá y, en consecuencia, el tipo de apego que podrá desarrollar su hijo. Asimismo, estos autores sugirieron que la transmisión se realiza mediante significados que son ejecutados en las relaciones (citado por Vives y Lartigue, 1994).



De modo que, la transmisión intergeneracional del maltrato infantil, se presenta como la transmisión de las representaciones que se tengan de este maltrato (Benavides, 2013). Por lo tanto, el maltrato incrementa el riesgo de posteriores malos tratos por las mismas personas. La reproducción del ciclo de violencia familiar puede, en muchas ocasiones, favorecer la aparición sucesiva y a veces simultánea de diferentes tipos de violencia (Varea, Manuel & Castellanos Delgado, 2006). La clasificación de violencia más aceptada es la recogida por la Organización Mundial de la Salud (2002), según la cual los actos violentos pueden ser físicos, sexuales, psicológicos o basados en las privaciones o el abandono (negligencia). No obstante, resulta interesante la clasificación de tipos de actos violentos que hace Browne y Herbert (1997): violencia activa, abuso o maltrato (que puede ser física, sexual, psicológica, emocional o material/económica) y violencia pasiva o negligencia (negligencia voluntaria o negligencia involuntaria).

Los datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011) en el “Informe sobre el maltrato infantil en la familia en España”, ofrecen como conclusión una relación positiva entre padecer maltrato en la infancia y ser maltratador/a en la edad adulta. Según los estudios de Zuravin, McMillen, Depanfilis y Risley-Curtiss (1996) se observó una relación entre mujeres detectadas como negligentes con sus hijos, habiendo sido estas víctimas de maltrato físico. En este sentido, se pueden observar nexos de unión entre las vivencias de maltrato infantil y su posterior reproducción por parte de estos niños y niñas en la vida adulta. Por lo que han quedado en el subconsciente familiar, promoviendo estos abusos como forma única de relación entre sus miembros, observando así un ciclo de transmisión intergeneracional (Alañón, 2016).

Sin embargo, según otros estudios como el de Quinton y Rutter (1988) se demuestra que la transmisión del maltrato infantil no se presenta siempre. Por ejemplo, Egeland, Jacobvitz y Sroufe (1988) confirmaron que la relación de pareja estable y

satisfactoria son elementos que impiden que se repita el maltrato de una generación a otra. El déficit en apoyo social, puede incapacitar a un individuo al momento de afrontar situaciones estresantes. No tener modelos de referencia y no contar con la posibilidad de ayuda cuando se necesita, desde el punto de vista emocional e instrumental minimiza la posibilidad de afrontar adecuadamente la maternidad (Arruabarrena y De Paul, 1994).

### **Descripción del caso y evaluación**

Juan es un niño boliviano de 8 años que es derivado al CSMIJ, después de su regreso de Bolivia y reinserción escolar en España, por presentar trastornos en la relación y aprendizaje, hasta llegar al punto de desarrollar mutismo. Fue atendido anteriormente en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), pero se dio de baja el caso por el cambio de domicilio de la familia, ya que volvieron a Bolivia. El diagnóstico con el que llega a nuestro dispositivo es el de posibles rasgos de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Tiene un hermano adolescente, 9 años mayor que él, que presenta una gran distancia emocional y hacia el cual manifiesta una buena relación.

Juan era un niño tímido y presentó dificultades en la articulación del lenguaje que requirió la intervención de un logopeda, pero no pudo ser posible llevarlo a cabo. Por lo que, en sus años de escolarización no le resultaba fácil crear amistades y a él tampoco le importaba.

A su llegada al CSMIJ el reto más importante fue la constitución de la relación terapéutica. Su actitud sumamente distante (emocionalmente hablando), un sentimiento de autodepreciación tal, que sólo creía no ser merecedor de cariño y muestras de afecto, así como su tristeza dificultaron enormemente, y sobre todo en los primeros momentos, cualquier intervención.

Cuando realizamos la psicobiografía es cuando comenzamos a entender el porqué de su sentir. Juan había estado solo la mayor parte de su vida, ya que los padres siempre estaban trabajando y le dejaban al cuidado de su hermano mayor, hasta el punto de no atender sus necesidades emocionales. Es decir, el niño experimentaba, en reiteradas ocasiones, un rechazo cuando se quería aproximar a sus padres y éstos no respondieron a sus necesidades ni físicas ni emocionales. Actos que llegaron a ser negligentes.

Sabemos que el sistema de apego funciona como el primer regulador de la experiencia emocional. Los modelos operativos internos comienzan a formarse desde los primeros meses, mientras tienen lugar acontecimientos relevantes con respecto al apego, y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte del individuo. Estos modelos tienen tendencia a la estabilidad y autopropagación, determinando la forma en la que el niño experimentará el mundo después. En este caso, al sentirse desatendido en infinitas ocasiones, su estrategia se centró en dejar de buscar ayuda para replegarse sobre sí mismo. En consecuencia, la madre no fue percibida por Juan como una fuente de apoyo, protección ni cuidado, y, desarrolló un apego inseguro-avoidante. Con el tiempo las consecuencias del tipo de apego, que se había formado, generaron en Juan la búsqueda por aislarse de sus compañeros. Asimismo, su comportamiento se convirtió en la tendencia a separarse de los demás, le faltaba empatía, era propenso a sentir ira y agresión debido a la experimentación repetida de rechazo en su pasado. Juan, que ha sufrido apego inseguro-avoidante, tuvo una gran dificultad para expresar sus sentimientos, por ende, su negativa a vincularse con alguien no fue más que una estrategia de un posible rechazo. Aprendió a defenderse solo, a salir adelante sin la protección de sus padres. Por eso se volvió autosuficiente y aprendió a reprimir la expresión de sus necesidades.

Este bebé careció de representación subjetiva y coherente de sí, ni fue capaz de distinguir sus estados mentales de la realidad. Para que se desarrollara esta representación requería que los otros le percibieran como una persona que piensa, sienta y haga (*self* agente) y que él, a su vez, fuera consciente de que los otros le percibían como tal. El desarrollo del *self* permitiría al niño regular sus afectos. Sabemos que, si existen problemas en estas primeras relaciones, las dificultades quedan enraizadas en el individuo, pudiendo ser matizadas por la biografía posterior y determinando una actitud ante el otro, ante el mundo, con unas expectativas de la relación que configura la problemática emocional, cognitiva e interpersonal.

A lo largo de las primeras sesiones en el CSMIJ se realizaron diferentes pruebas: el test del Cuestionario de comunicación social – SCQ (Rutter, Bailey y Lord, 2019) y, la técnica proyectiva del dibujo de la casa, la persona y el árbol – HTP (Barbosa y Sales, 2018).

Por un lado, el resultado obtenido en el SCQ no dio significativo, ya que el resultado total correspondió a 6 puntos (Rutter, Bailey y Lord, 2019).

Por otro lado, el análisis realizado a través de los gráficos del HTP (ver Anexo 1, 2 y 3) nos proporcionó información importante, la cual se explica a continuación siguiendo las indicaciones del libro de Barbosa y Sales (2018). Se trata de una persona insegura, con sentimientos tanto de inferioridad como de rechazo y con una imagen de sí muy pobre y desvalorada. Esto le lleva a buscar seguridad y afecto. Por eso mismo, busca el apoyo materno, ya que existe malestar, insatisfacción y enojo en el ambiente familiar, y, carece de cualquier tipo de apoyo. Añadimos el hecho de que ni sus lazos ni sus vínculos han sido duraderos, es decir, las relaciones afectivas con los demás han sido dolorosas y frustrantes. En consecuencia, el individuo no quiere volver a tenerlas y muestra una señal de evitar y rechazar las relaciones interpersonales. Esto le provoca un

bloqueo afectivo con represión en la manifestación de sentimientos y en las relaciones. De modo que, con el tiempo, se le ha intensificado la necesidad de crecer, de hacerse mayor y de alcanzar la vida adulta. En resultado, se ha vuelto una persona independiente, con cierto distanciamiento, moderada en las relaciones y en la comunicación, introvertida, tímida, inhibida, centrada en sí misma y con cierto miedo al trato.

A esta valoración se le añaden los dibujos libres que realizó Juan en la consulta. Éstos tienen un factor común: el niño dibujado vive como un superviviente, ya que está sólo y los padres no se encuentran con él.

Después de esta evaluación se descartaron las sospechas de rasgos TEA y se estableció un diagnóstico, el cual fue: Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia. En los criterios de este diagnóstico vemos reflejados múltiples síntomas que están condicionados por las alteraciones en el vínculo temprano de los pacientes, fruto de un apego inseguro. Síntomas, representaciones mentales y afectivas que se han enraizado en el individuo hasta componer un puzzle personal disfuncional que debe ser reordenado en un marco psicoterapéutico en favor de conseguir una vida lo más normalizada posible.

A medida que iban avanzando las sesiones se descubrió un dato: Juan presenta antecedentes familiares en la esfera afectiva, la madre sufrió vivencias traumáticas relacionadas con el maltrato físico y psicológico por parte de sus progenitores. También comprobamos como a día de hoy la madre aun teme a su propia madre, ya que ella misma tiene miedo de que su madre se pueda enterar de que ha contado ese hecho.

Por lo tanto, esta vez nos situamos en un estilo de apego inseguro-desorganizado. Este tipo de apego se relaciona con ambientes patológicos y diferentes formas de maltrato infantil, físico o emocional dentro del sistema familiar. En este

sentido, las víctimas de actos violentos y maltrato físico pueden tener dificultades para relacionarse con otras personas, simplemente por desconocimiento o falta de un modelo relacional de referencia. Esta carga emocional negativa dificulta el control de su propio comportamiento y la regulación de sus propias emociones, aumentando así el riesgo de que ellos también recurran a la violencia (no debe ser necesariamente el mismo tipo de violencia).

Es erróneo pensar que cuando los niños son pequeños no entienden lo que ocurre a su alrededor, o que no se acordarán de ciertos momentos cuando crezcan. Lo cierto es que todo lo que ocurra en su crianza tiene el potencial de afectar a su futuro próximo, el mañana. Por esa misma razón y a consecuencia de la información aportada por la madre nos planteamos la transmisión intergeneracional del maltrato infantil como posible causa del trastorno de Juan. A continuación, en el siguiente apartado observaremos como este hecho se ha ido trabajando a lo largo de la intervención.

### **Plan de tratamiento y curso de la intervención**

Después de las sesiones de exploración y diagnóstico se llevó a cabo el tratamiento, que se centró en estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implicara en la terapia, favoreciendo procesos reflexivos, para que pudiera integrar las experiencias y les diera un sentido. La terapeuta debía ayudar a que el paciente descubriera estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que facilitaran el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que favorecieran la regulación cognitivo emocional.

Este tratamiento tuvo como objetivo general: ayudar al desarrollo del pensamiento simbólico y la expresión emocional a través del juego. El cual a su vez se dividió en dos objetivos específicos: fomentar la atención conjunta en un objeto en común y favorecer el lenguaje a través del juego simbólico.

Con Juan se inició un trabajo desde el enfoque psicodinámico. La orientación psicodinámica en el campo de la salud mental sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico de la posmodernidad, basándose en que el acto de conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea, o no, conocimiento de los mismos (Zegers, 2011). El enfoque psicodinámico se guía por el principio fundamental de que la mente inconsciente alberga sentimientos y recuerdos de raíces profundas que pueden afectar a nuestro comportamiento (Maganto & Ávila, 1999). Los terapeutas psicodinámicos mantienen una relación con su paciente adoptando la actitud de aceptación incondicional y con el objetivo de desarrollar una relación de confianza. Esto anima al paciente a abrir y explorar cuestiones sin resolver y los conflictos ocultos en su inconsciente que están afectando a su estado de ánimo y el comportamiento.

El modo de abordar clínicamente el trastorno infantil ha sido objeto de modificaciones e innovaciones en función de múltiples variables (Catalá y Uriz, 1991). Centrándonos en este caso en particular, las estrategias nucleares que se emplearon fueron: la asociación libre y las técnicas proyectivas. Esto se llevó a cabo a través del juego simbólico y los dibujos libres, dónde Juan podía expresar su mundo interno.

Durante los primeros meses de trabajo con Juan hubo muchas dificultades. Su desconfianza en el otro y el bloqueo afectivo hacían difícil la relación terapéutica. Necesitaba tiempo; tiempo que no siempre se tiene en los servicios públicos masificados. Al considerarse “lo peor” temía el abandono; ante esto prefería ser él quien abandonara, minimizando toda posibilidad de relación. En estos meses tanto los juegos como los dibujos siempre tenían como tema central el mismo: niño que sobrevive a la adversidad, que vive como un superviviente, que está solo y los padres no están. Así pues, la alianza terapéutica se convirtió en fundamental, constituyendo una relación

diferente que le permitiera tener el marco contenedor para poder intentar y arriesgarse al cambio, para quitarse su coraza y recibir “cosas buenas” de los demás. En definitiva, permitirse sentirse querido y merecedor de algo más que un futuro sombrío.

A lo largo de las sesiones y los meses se fue observando un claro deseo comunicativo e interés por integrarse en las relaciones, conductas y actos sociales, tanto en el CSMIJ como en la escuela. Sin embargo, estas intenciones se observan obstaculizadas a causa de la existencia del retraso en el desarrollo del lenguaje del niño. El trastorno reactivo de la vinculación puede asociarse a retrasos de desarrollo, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, pica o trastorno de rumiación (Pedreira, Baldor, Asiel y Rodrí, 2003).

Gracias a que Juan se presentaba más expresivo y más conectado, por fin, pudo expresar el miedo a quedarse solo. A raíz de este suceso se hizo hincapié en las pautas proporcionadas a la madre en relación a las ansiedades de separación que el niño tenía.

En las siguientes sesiones, la madre nos comunicó que había dejado alguno de sus trabajos para estar más con el niño. La impresión de la terapeuta es de que la madre estaba más implicada. Este hecho afectó a Juan y lo transmitió a través de los dibujos, que fueron más organizados que anteriormente y en las historias, a diferencia de otras veces, el protagonista no se encontraba solo. Es decir, disminuyó la ansiedad y los miedos que tenía presentes.

Consecuentemente, la madre al pasar más horas con su hijo descubrió que tenía muchas dificultades de comprensión hacia él. Juan en esa época empezó a incorporar en los dibujos las figuras del sol y la luna, como astros que se encuentran lejos y observan al protagonista desde la distancia. En varias sesiones se trabajó con la madre este aspecto hablando de pautas de cómo dar seguridad a su hijo, que deja solo dos horas dos días a la semana, y cómo manejarse con las conductas de oposición normales del niño.



A medida que iba avanzando la intervención se añadió otra técnica terapéutica: creación de cuentos (ver Anexo 4). El uso terapéutico de los cuentos fue promovido por Milton Erickson quien empleaba relatos breves con sus pacientes, con la finalidad de incidir en sus pensamientos, emociones y conductas a través de las metáforas empleadas (García, 2012). En consecuencia, aprovechando esta proyección, llegamos a pensar que a través del cuento se podría ayudar a Juan a resolver conflictos internos de un modo sutil, sencillo, no amenazante, con ayuda de la fantasía y las metáforas empleadas.

Seguidamente, presentamos el análisis de los diferentes capítulos que conforman el cuento. El 1<sup>er</sup> capítulo (ver Anexo 5) es la presentación en sí, es decir, introduce el problema, el peligro como tal. Después de esta sesión podemos observar un cambio en Juan, y es que, a partir de ese momento empezó a dibujar las casas por dentro. Era la primera vez que dibujaba el interior de la casa, en otras palabras, se estaba presentando a él mismo, a su interior. En el capítulo 2 (ver Anexo 6) plantea su propia historia y se identifica con los dos personajes: por una parte, el niño es autosuficiente, está solo y sin padres, y, por otra parte, la planta se encuentra fuera de casa y cerca del peligro. Si pasamos al 3<sup>er</sup> capítulo (ver Anexo 7) observamos como aparecen las figuras del sol y la luna, que son astros lejanos y representan a los padres. Otra vez se presenta él solo y, comprobamos como la historia es más desorganizada cuando aparecen los peligros y los miedos. Centrándonos en el capítulo 4 (ver Anexo 8), llegamos a la idea de que el niño se esconde siempre dejando fuera el peligro. En el 5<sup>o</sup> capítulo (ver Anexo 9) le da más redundancia a la figura del perro, el cual resulta ser un perro cuidador, por lo que, está haciendo el rol de madre. Dicho de otra manera, identifica a la madre con el perro, que es el acompañante. Continuando con la historia, el capítulo 6 (ver Anexo 10), nos afirma que cuando Juan se encuentra al límite del pánico es cuando aparecen los padres (representados como la luna y el sol) y que, aunque parezca que el peligro se va a ir

nunca desaparece del todo. En el capítulo 7 (ver Anexo 11), radica la necesidad de defenderse del peligro que se encuentra afuera y la idea plasmada es resumidamente: salvarse rápido y dejar al peligro atrás. Mirando detenidamente el 8º capítulo (ver Anexo 12), comprobamos como Juan se identifica con el perro, que es el protagonista en este capítulo. Refleja una situación de crecimiento y de pérdida. Cuando pasa el tiempo y los niños crecen lo conectan con la idea de muerte, y a Juan se le añade el hecho de que ha crecido en la insuficiencia. El sentimiento de pérdida también va dirigido a la figura de la psicóloga que está llevando a cabo esta intervención, ya que “5 días después” se refiere a la semana siguiente que es cuando se realiza la última visita. Prosiguiendo con el análisis del cuento, en el capítulo 9 (ver Anexo 13) el perro se hace más fuerte para luchar, es decir, él está con muchos temores, pero se ha convertido en una persona más fuerte para poder sobrellevarlos. En penúltimo lugar tenemos el capítulo 10 (ver Anexo 14) que se centra en la idea de caos y destrucción. Y, finalmente, en el 11º capítulo (ver Anexo 15) están presentes dos ideas. Por una parte, termina negando la muerte y con la inmortalidad. Esto va enfocado a que las ansiedades de muerte no las puede solucionar si no recurre a la magia. Y, por otra parte, quiere acabar bien tanto el libro como con la psicóloga.

Conforme íbamos creando el cuento se observaba un aumento en la intención comunicativa con los demás e interés propio por conseguirlo. Asimismo, los dibujos de las casas pasaron de un nivel superficial (exterior de la casa) a un nivel más profundo (interior de la casa).

Mientras las sesiones iban transcurriendo con normalidad, en una sesión se decidió indagar más en el genograma familiar con ayuda de la figura materna. Al hacer esto, se descubrió un dato que hasta la hora no había salido a la luz: la relación entre la madre y la abuela materna no era sana y existía maltrato. La madre explicó este dato

llorando y temiendo que su propia madre se enterara de que lo había contado. De modo que, se le aclaró rápidamente que en todo momento estaba vigente el secreto profesional y logró tranquilizarse un poco. También, afirmó el hecho de que su comportamiento estaba basado en el miedo a cometer las mismas acciones que su propia madre había llevado a cabo en su infancia. Esto nos llevó a plantearnos dos ideas: aún existía trauma infantil y una hipótesis, la cual fue: el desarrollo del niño se ha visto influenciado por el miedo de la madre a repetir los mismos patrones de carácter maltratador que ella recibió en su infancia.

Después de esta sesión reveladora Juan nos comentó en las siguientes visitas que había empezado a pasar más tiempo con su madre y, que, además, compartían algunas aficiones, como: las series de televisión.

### **Resultados finales**

En este apartado vamos a analizar los resultados obtenidos a través de la intervención, vinculándolos con la teoría sobre el ámbito.

En primer lugar, nos centraremos en los dibujos iniciales de Juan (adversidad y supervivencia). A través de ellos se puede observar como el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que, en este caso, adoptó la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño, lo que evitó la formación de vínculos estables. Por lo tanto, afirmamos que la crianza patológica fue, en parte, responsable de la relación social alterada (Bayo, 1991).

Destacar que a lo largo de la intervención gracias a la alianza terapéutica creada se ha ido observando por parte de Juan un aumento en la intención comunicativa con los demás e interés propio por conseguirlo. La alianza terapéutica (Bordin, 1976) ha sido definida como los lazos afectivos positivos entre un paciente y su psicoterapeuta, como pueden ser confianza mutua, agrado, respeto y comprensión, una relación consciente

que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente, integrando tres componentes constitutivos: la naturaleza colaborativa de la relación, el vínculo afectivo y el acuerdo entre los integrantes del proceso respecto de las metas y tareas del tratamiento. Estos tres elementos definirán el nivel de la calidad y fuerza que tenga la alianza terapéutica. La mayoría de los estudios coinciden en que crear una buena alianza terapéutica con el paciente es un buen predictor de éxito en la terapia (Corbella & Botella, 2003; Safran & Muran, 2005).

En segundo lugar, hablaremos en referencia a los cuentos de uso terapéutico. Por un lado, Bettelheim y Furió (1997) considera que los cuentos suelen plantear, de modo breve y conciso, un problema existencial, lo que permite al niño atacar los problemas en su forma esencial, cuando su complejidad lo pueda estar confundiendo, pues el cuento simplifica cualquier situación. Asegura que sin darse cuenta el niño elige a quién quiere parecerse en la historia, se proyecta de un modo inconsciente. Por otro lado, Traversa (2008) plantea que los cuentos con fines terapéuticos permiten que la persona se vea a sí misma como protagonista y responsable de su propia historia, aunque es importante remarcar que esto no se da de una manera consciente. Señala también que no son las experiencias en sí mismas las que generan ciertos efectos en nuestras vidas sino el sentido que se les da. Por lo que el cuento es una vía para generar otra narrativa, otras versiones, otros significados, otras soluciones a través de los modelos de comportamiento de los personajes y de las moralejas o conclusiones a las que alude la historia.

En consecuencia, de la creación del cuento, podemos afirmar que se ha producido un cambio en Juan, ya que se muestra más expresivo, aunque este hecho asimismo comporta que se vuelva un poco más inquieto. El hecho de encontrarse más

inquieto viene originado a causa de que en ningún momento antes había expresado tanto como lo estaba haciendo en ese preciso momento, y eso le provoca una cierta inquietud.

En último lugar, queremos focalizarnos en la información presentada por la madre en las últimas sesiones: la madre aceptó en voz alta que actuaba de esa manera para no repetir las mismas acciones de carácter violento que realizó su propia madre con ella en su infancia.

Antes de analizar el tema en profundidad, clarificar que en Bolivia la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil, además de constituir problemáticas básicas y amplias, también deben entenderse en gran parte como efecto de una sociedad en la cual se encuentra inserta la mujer que en su infancia fue víctima de maltrato y que, por efectos del conflicto armado y la desigualdad social, ha adquirido conductas reactivas y violentas que victimizan a sus hijos menores (Bautista, 2016). La Constitución Política del Estado Boliviano establece en su artículo 61 (2009) que “se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad”. Sin embargo, las leyes positivas no han logrado en la familia sobreponerse en su totalidad a las normas consuetudinarias, aquellas costumbres y métodos de crianza/educación que incluyen el ejercicio de violencia física (Corzo, 2018).

Una vez tenemos este dato presente, podemos dirigir nuestra atención al hecho de que las características personales en desarrollo que tienen los niños con trauma psicológico pueden tener consecuencias a largo plazo, manteniendo de forma no deliberada o consciente las dinámicas de violencia intrafamiliar, debido a que es culturalmente construida. Y tienen como efecto secundario la perpetuación de la violencia en el núcleo familiar. Por tanto, el legado de la violencia en el hogar se transmite cuando los niños crecen viendo a la violencia como parte normal de la vida (Corzo, 2018; Hernández & Gras, 2005).

Si añadimos la existencia de la clasificación de la violencia proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2002), la cual puede ser: física, sexual, psicológica o basada en las privaciones o el abandono (negligencia), se afirma que en este caso ha habido una transmisión intergeneracional de violencia.

A esta situación se le debe agregar el factor de inmigración, el cual es un acontecimiento agregado al establecimiento del vínculo. Algunos migrantes y sus descendientes están fuertemente influenciados por sus continuos vínculos con su país de origen o por redes sociales que sobrepasan las fronteras nacionales (Glick-Schiller, Basch y Blanc-Szanton, 1992). El modo como las familias son transformadas, tanto en sus dinámicas como en sus interacciones, a consecuencia de sus procesos migratorios puede dar lugar a vínculos afectivos y de cuidado de carácter inseguro como resultado de hacer frente a las necesidades de supervivencia que alteran y modifican la atención diaria psicológica, emocional y física a las personas (Parella, 2007).

Como resultado de la combinación entre la vinculación insegura-evitativa, la transmisión intergeneracional de violencia y el factor añadido de la inmigración en este caso podemos observar como resultado el diagnóstico de Juan: Trastorno reactivo del vínculo en la infancia. Este trastorno aparece en la primera infancia, tras una crianza muy patológica. Puede haber habido una negligencia de cuidados emocionales y físicos prolongada, o puede haber habido muchos cambios de cuidadores, o situaciones de maltrato, pero en cualquier caso se han generado vínculos no seguros, que sustentan la ausencia de capacidad para vincularse y relacionarse de forma adecuada en etapas posteriores. Hay un tipo inhibido y otro desinhibido, pero aquí nos situamos en el inhibido, que hace referencia a un fracaso continuo para iniciar y responder a la mayoría de los acercamientos sociales (Portugal-Fernández & Balsa-Vidal, 2004).

Volviendo a la intervención, después de la sesión en la que se descubre el maltrato que sufrió la madre, Juan comenta que pasa más tiempo con su madre. Esto nos lleva a pensar que la madre, al pronunciar el discurso en voz alta visita aquel día, logró hacer *insight* y como resultado cambió algunos hábitos con su hijo acercándolos más a los dos. Como explican Gil et al. (2006) consideramos como *insight* a aquella capacidad o facultad a través de la cual podemos tomar conciencia de una situación, conectando la situación que estamos viviendo o pensando en una solución o su comprensión. Esta vivencia o fenómeno se corresponde con la idea de darse cuenta de algo, apareciendo una comprensión repentina vivida como una especie de revelación tras haber estado (por lo general) intentando comprender o solucionar la situación en cuestión. Esta comprensión aparece de manera repentina, siendo producto de una actividad inconsciente que llega repentinamente a la conciencia y que supone la aparición de una solución, la generación de estrategias para llegar a ella o la visión de la situación o problema diferente y nueva en comparación con la perspectiva inmediatamente anterior, obteniendo una visión global de la situación. La sensación sería semejante a la de encontrar de golpe la manera de conectar todas las piezas de un puzle (Bedó, 1988).

Por lo tanto, podemos concluir que el hecho de haber trabajado con la madre ha influenciado positivamente en el tratamiento para Juan, debido a que si solo se hubiera trabajado con la persona en cuestión no se hubieran visto tales resultados. Es decir, afirmamos que ha habido un beneficio en los resultados de Juan gracias a la colaboración con la madre.

### **Conclusiones y limitaciones**

Los trastornos de la personalidad son uno de los trastornos más complejos de tratar, por la gravedad de conductas y por la escasa motivación para el tratamiento. Las dificultades con las vivencias y las expresiones emocionales, dirigidas hacia el terapeuta

tienen que ser identificadas y trabajadas. El tratamiento no puede realizarse de otra manera que no sea a través de la intervención en el proceso de la relación interpersonal con el terapeuta y con los demás (Bender, 2005). Debemos entender que el paciente ha crecido en un “entorno invalidante”, que no validaban sus experiencias emocionales, que no respondían a sus necesidades ni físicas ni emocionales, y que, incluso, padecía negligencia.

La psicoterapia consiste en ayudar a que el paciente construya una historia que le sea útil (Guidano, 1987). Es preciso trabajar las conductas que interfieren con la terapia, directa e inmediatamente, así como de forma constante. Dar la importancia que tiene la relación terapéutica. Es imprescindible trabajar las conductas que interfieren con la calidad de vida y enseñar a resolver problemas de la vida e incrementar el autorrespeto. Una vez conseguido esto, también hay que trabajar para lograr el mantenimiento de lo conseguido.

En definitiva, la terapeuta, con capacidad para promover cambios terapéuticos, debe ayudar a que el paciente descubra estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten la regulación cognitivo emocional, y le permitan así vivir integrados e incluidos en el mundo.

La historia de Juan sólo acaba de empezar. Su seguimiento en el CSMIJ no ha terminado. Ahora comienza la segunda parte teniendo en cuenta el factor del efecto que ha ocasionado el trauma materno, el cual se encuentra presente actualmente. Este hecho también va ligado a las limitaciones que nos hemos encontrado en el transcurso de este caso, que han sido: el trabajo con los padres y el trauma. Por una parte, se podría trabajar con los padres conjuntamente mediante: las clases de habilidades parentales, la terapia familiar y la educación de los padres acerca del trastorno. Y, por otra parte,



consideramos que, igualmente, se debe abordar el tema del trauma, ya que es una cuestión no resuelta y aún está presente en la figura de la madre afectando a los comportamientos de la figura materna.

Este estudio de caso realiza una interesante aportación al mundo de la investigación, proporcionando información sobre la importancia tanto de las relaciones tempranas y el apego en el desarrollo de la personalidad como el factor de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil. Los resultados obtenidos en este caso pueden ser útiles para todos los profesionales, ya que recalcan el valor que se obtiene al realizar tanto el genograma como el mapa relacional. Puesto que si solamente se centra la atención en el paciente en concreto estaremos trabajando de manera superficial, mientras que si indagamos más profundamente en el tema familiar podemos abordar mejor el problema y obtener mejores resultados.

### Referencias

- Ainsworth, M. S. (1969). Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. doi: 10.2307/1127008.
- Alañón, M. M. P. (2016). La violencia intergeneracional en el subconsciente familiar. *Trabajo social hoy*, (78), 67-84.
- Arruabarrena, M. I., & De Paul, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Barbosa, P. y Sales, A. (2018). *Test proyectivos gráficos (H-T-P): Administración e interpretación*. 1st ed. España: Xoroi edicions.
- Bautista, N. P. (2016). De víctima a victimaria: la mujer en la crianza de los hijos. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 12(1), 83-96.
- Bayo, C. (1991). Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo. I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Bedó, T. (1988). Insight, perlaboración e interpretación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis 1988*; 68, 39-55.
- Benavides, J. (2013). La transmisión intergeneracional del maltrato infantil. *De familias y Terapias*, 22(34), 155-172.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87.
- Besoain, C., & Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: Una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.
- Bettelheim, B., & Furió, S. (1977). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Crítica.
- Bolivia, E. P. (2009). Constitución política del estado. *Gaceta Oficial de Bolivia*, 7, 35.

- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic books.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child development*, 69(4), 1107-1128.
- Catalá, C. y Uriz, R. (1991). *¿Qué es un niño en psicoanálisis?* Navarra: Centro Psicosocial de Navarra.
- Cedrés, J. M. Y., & Méndez, R. G. (2000). Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia interparental. *Psicothema*, 12(1), 41-47.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
- Corzo García, R. (2018). Casos de violencia física intrafamiliar. *Temas Sociales*, (42), 95-116.
- Crittenden, P. M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representation models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6(3), 183-199.
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. (1989). *14 Child maltreatment and attachment theory*. London, England: Cambridge University Press, 432-463.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child development*, 1080-1088.
- García, A. F. S. (2012). El cuento como herramienta psicoterapéutica en el manejo emocional de niños con discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(4), 1209-1223.

- Gelles, R. J. (1980) "Violence in the family: a review of research in the seventies. *Journal of marriage and the family*, 42, 873-885.
- Gil, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Lastra, I., Alvarez, A., Sánchez, R., & Diego, M. (2006). Insight, neurocognición y psicopatología en esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 317-322.
- Glick Schiller, N., Basch, L., & Blanc-Szanton, C. (1992). Towards a definition of transnationalism. Introductory remarks and research questions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 645(1), ix-xiv.
- Gómez, E. y De Paúl, J. (2002) "Transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: un estudio sobre el rol del apego adulto". En Bienestar y protección infantil. Volumen I, Nº 3, 97- 118.
- González-Muriel López, C. (1996). Factores de riesgo del maltrato y abandono infantil desde una perspectiva multicausal. Centro de Menores Zambrana, Valladolid: *Ediciones Universidad de Salamanca*, 8, 29-44.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.
- Herbert, K., & Browne, M. (1997). *Preventing family violence*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Hernández, R. P., & Gras, R. M. L. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21(1), 11-17.
- Hesse, E. y Main, M. (2006). Frightened, Threatening, and dissociative parental behaviour in low risk samples: Descriptions, discussion, and interpretation. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.

- Keskin G. y Çam, O. (2010). Adolescent's strenghts and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 433-441.
- Maganto Mateo, C., & Ávila Espada, A. (1999). El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. *Clinical and Health*, 10(3), 287-330.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Mañes, R. J. M., Aguado, R. S., Barrocal, Y. S., & Molero, L. R. P. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 511-520.
- Marrone, M. (2001). Entre la clínica y la investigación. En M. Marrone (Ed.), *La teoría del apego: un enfoque actual* (pp. 49-72). Madrid: Psimática.
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T. y Ickovics, J. R. (2004). The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 249-261.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Informe sobre el maltrato infantil en la familia en España*. España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*, Ginebra: OMS.

Parella, S. (2007). Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales:

Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones internacionales*, 4(2), 151-188.

Pedreira JL, Baldor I, Asiel A, Rodrí R. (2003). Los trastornos de la vinculación en la infancia: El proceso psicossomático.

Portugal-Fernández, R., & Balsa-Vidal, H. (2004). Un caso de trastorno reactivo de la vinculación en la infancia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 1-10.

Quinton, D., & Rutter, M. (1988). *Parenting breakdown: The making and breaking of inter-generational links*. Aldershot, United Kingdom: Avebury.

Rojas, M. C. (1999). Perspectivas vinculares en psicoanálisis de niños. *Revista de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*, 22(2), 129-149.

Rojas, M. C. (2008). Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular. *Vínculo-Revista do NESME*, 5(1), 37-44.

Rutter, M., Bailey, A. y Lord, C. (2019). SCQ. Cuestionario de Comunicación Social (J. Pereña y P. Santamaría, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones.

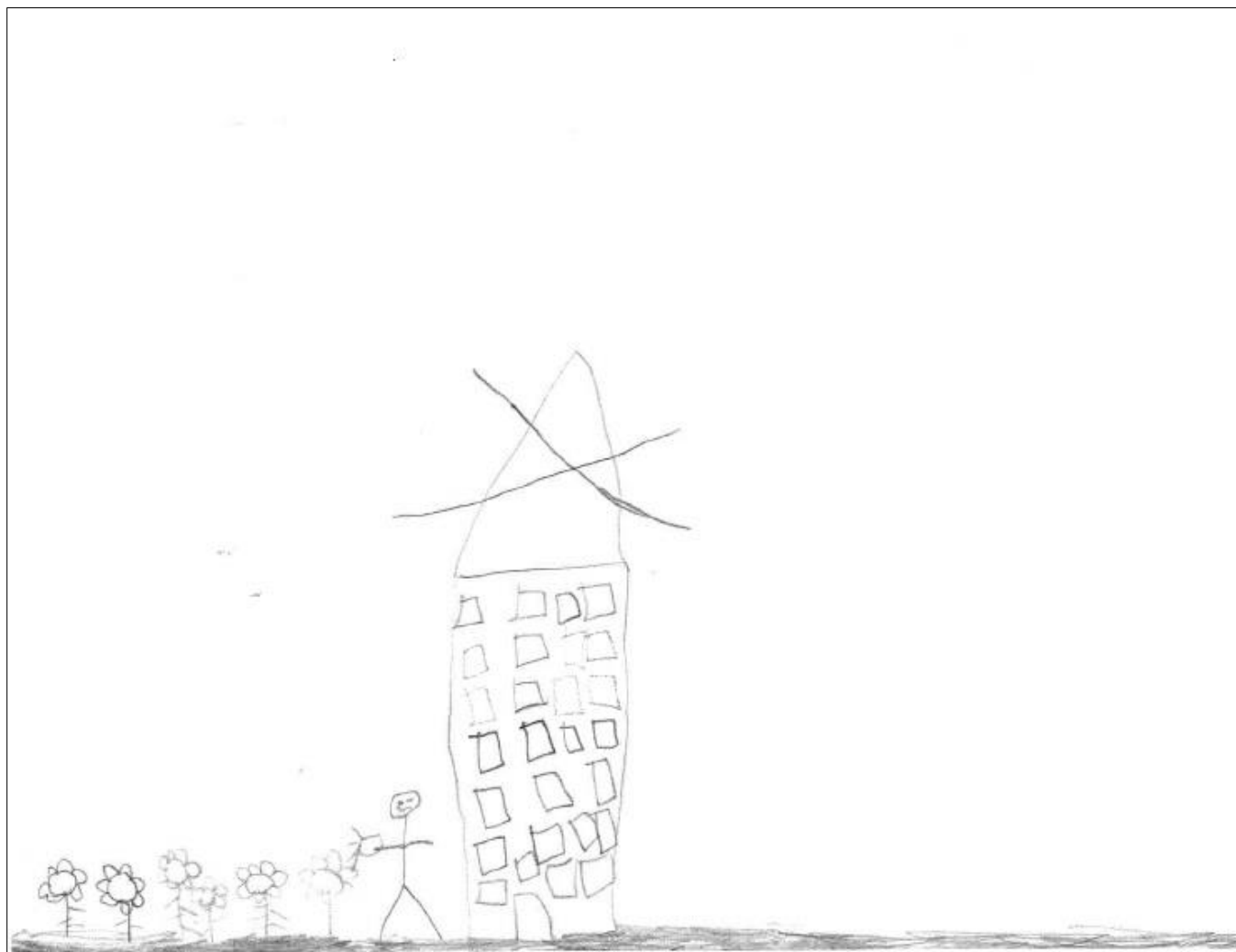
Safran, J., & Muran, J. C. (2005). La alianza terapéutica. *Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Slade, A. (1999) Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. En J. Cassidy & P. Shaver (eds.) *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 575- 594). New York: The Guilford Press.

Staines, J. (2012). Fostered children's behavioural and emotional difficulties: Findings from one independent foster care agency. *Clínica y Salud*, 23, 205-219.

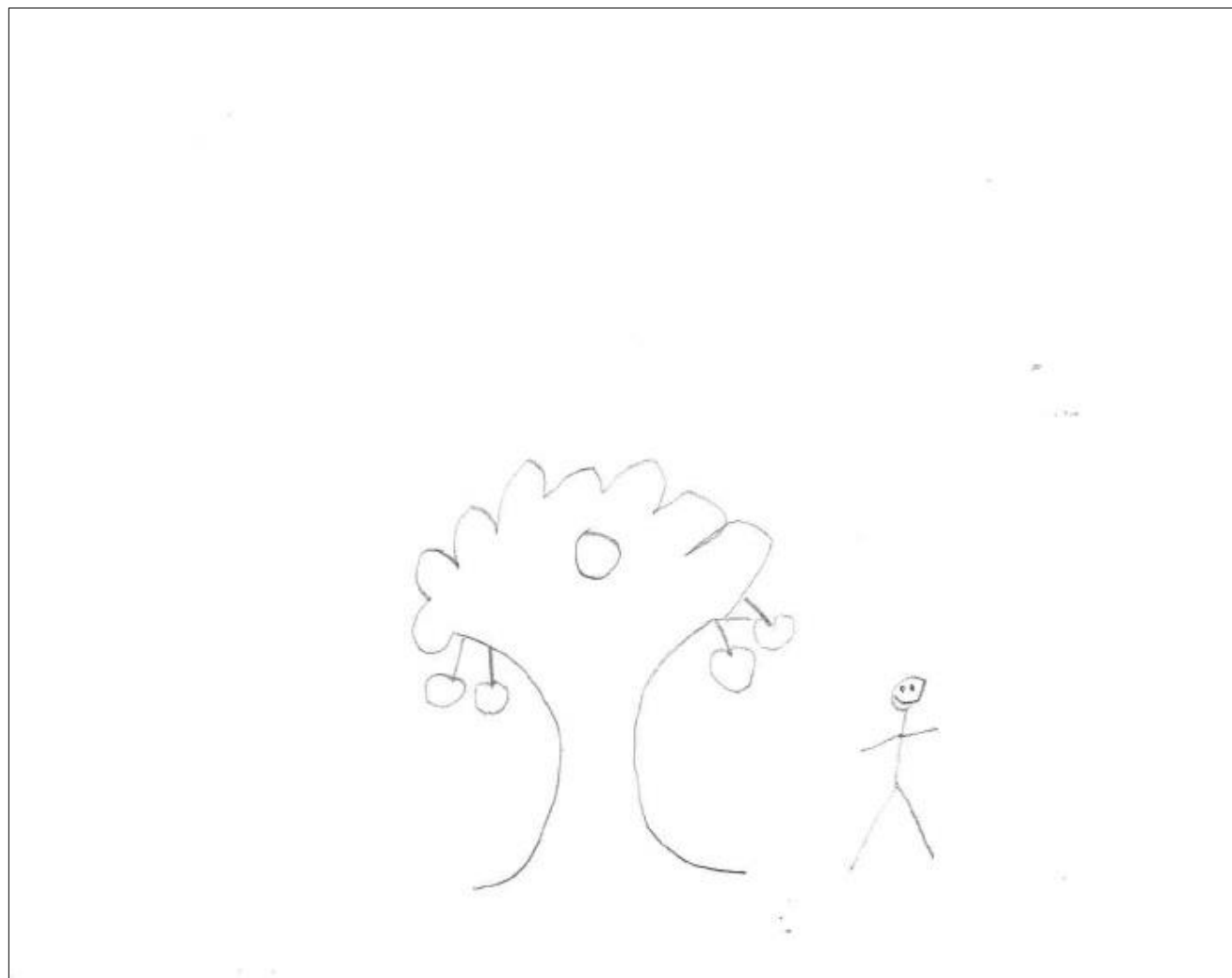
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child maltreatment, 18*(3), 135-139.
- Traversa, V. (2008). Cuentos terapéuticos para niñas y niños.
- Valenzuela, M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child development, 61*(6), 1984-1996.
- Varea, A., Manuel, J., & Castellanos Delgado, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial intervention, 15*(3), 253-274.
- Vives, J. y Lartigue, T. (1994). *Apego y vínculo materno infantil*. Ciudad de México: Universidad de Guadalajara.
- Zegers, B. (2011). Psicoterapias breves de orientación psicodinámica. *Revista Psykhe, 10*(2), 149-166.
- Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of interpersonal violence, 11*(3), 315-334.

Anexo 1

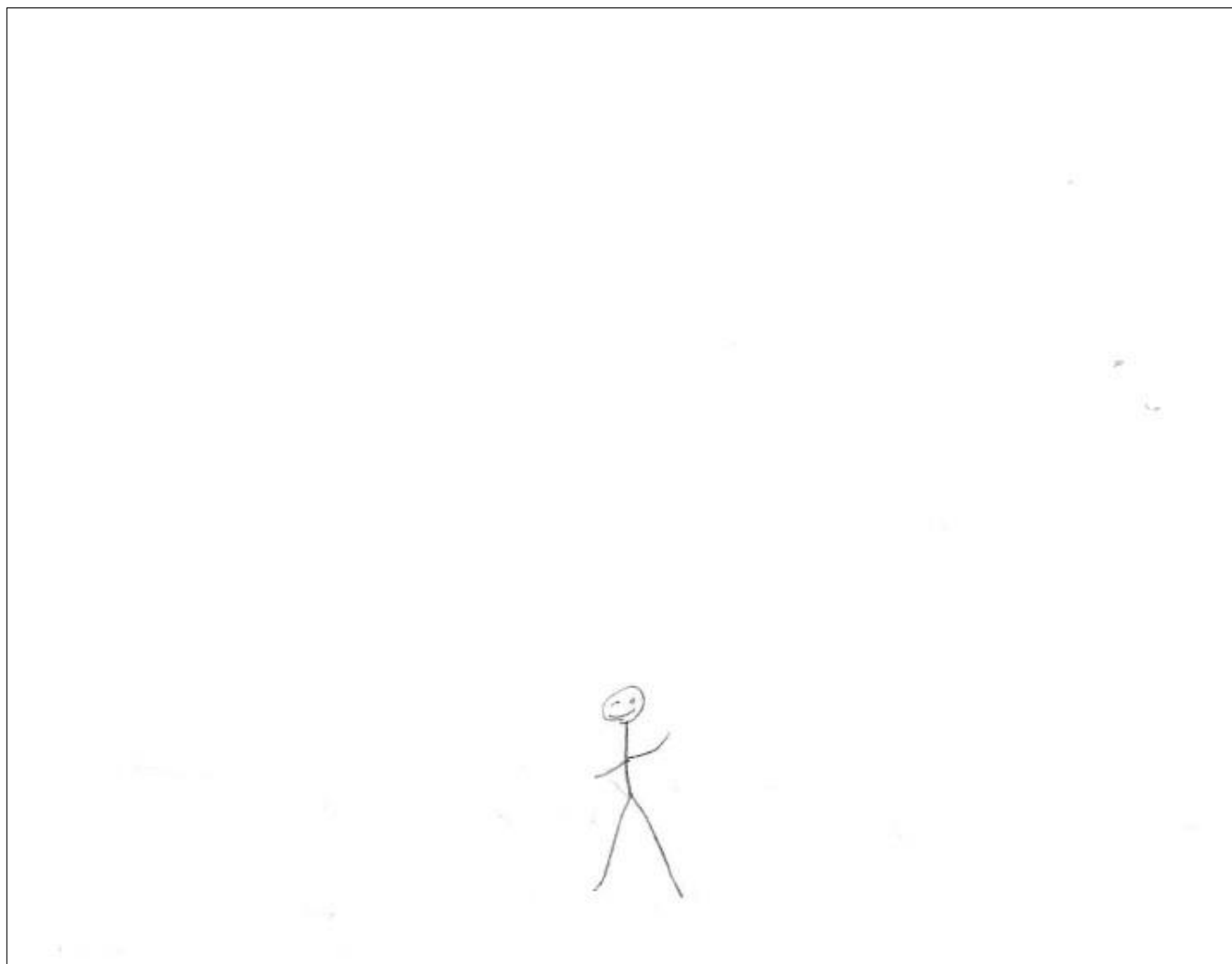




**Anexo 2**

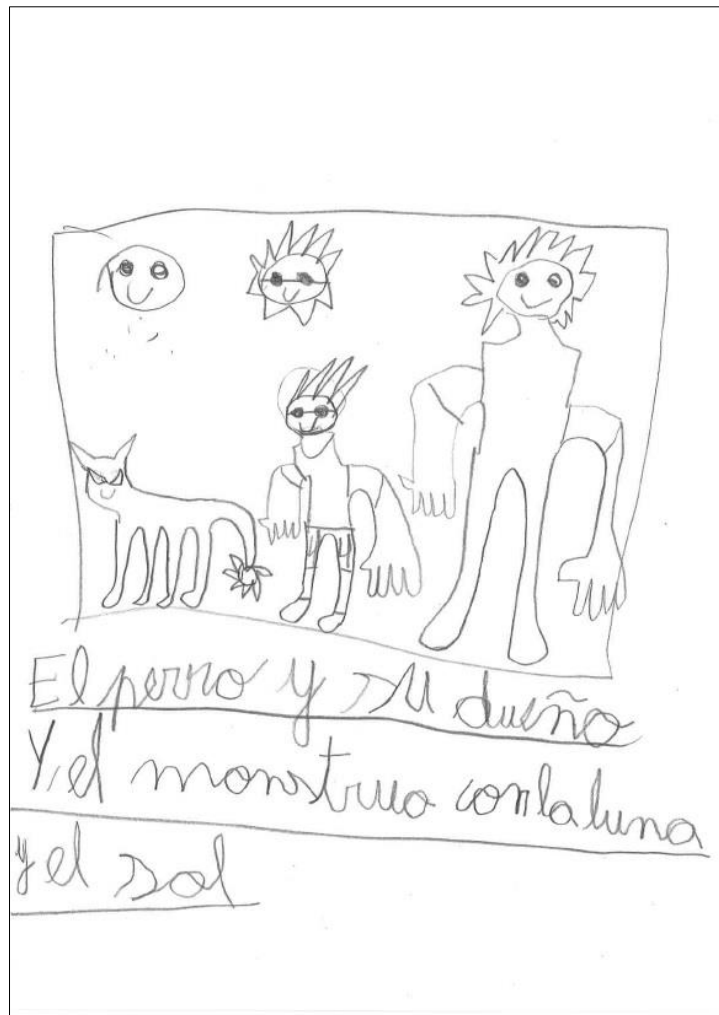


**Anexo 3**



Anexo 4

Portada: El perro y su dueño. Y, el monstruo con la luna y el sol



## Anexo 5

### Capítulo 1: El monstruo



#### Historia:

Va caminando por la ciudad para matar a la gente. Era un monstruo malo y gigante. Solo estaba él.

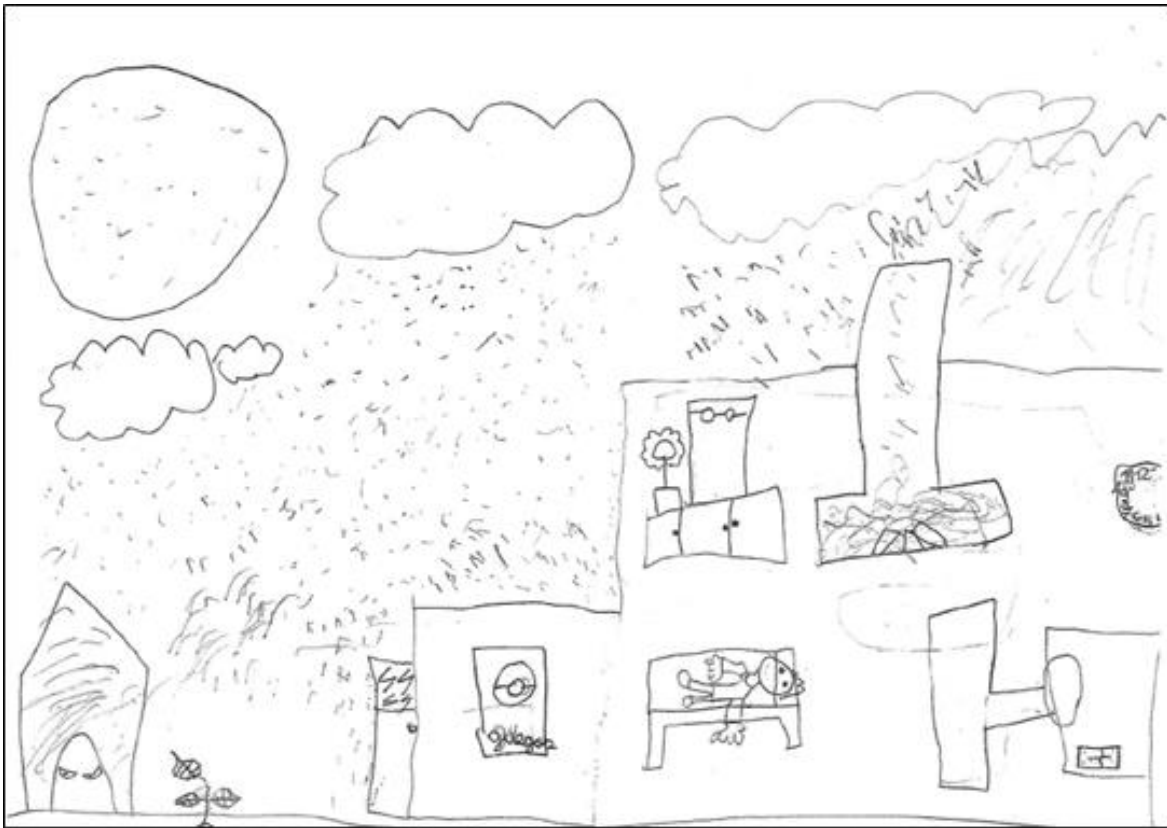
Después vinieron unos militares, comenzaron a disparar al monstruo y le tiraron una bola de fuego. Llegó un helicóptero y un tanque y comenzaron a disparar.

El monstruo lanzaba un láser por su boca. Y luego el tanque disparó a la boca del monstruo.

Después el monstruo se fue a su cueva corriendo. Estaba muy herido. Y se quedó allí planeando su plan, que era quedarse con la Tierra.

## Anexo 6

### Capítulo 2: La planta consiguió vida



Historia:

Érase una vez un niño que estaba durmiendo y su padre estaba yendo a un lugar con su mamá. Y el niño tenía 9 años y era mayor para cuidar la casa. Luego vio el reloj y entonces se fue a dormir.

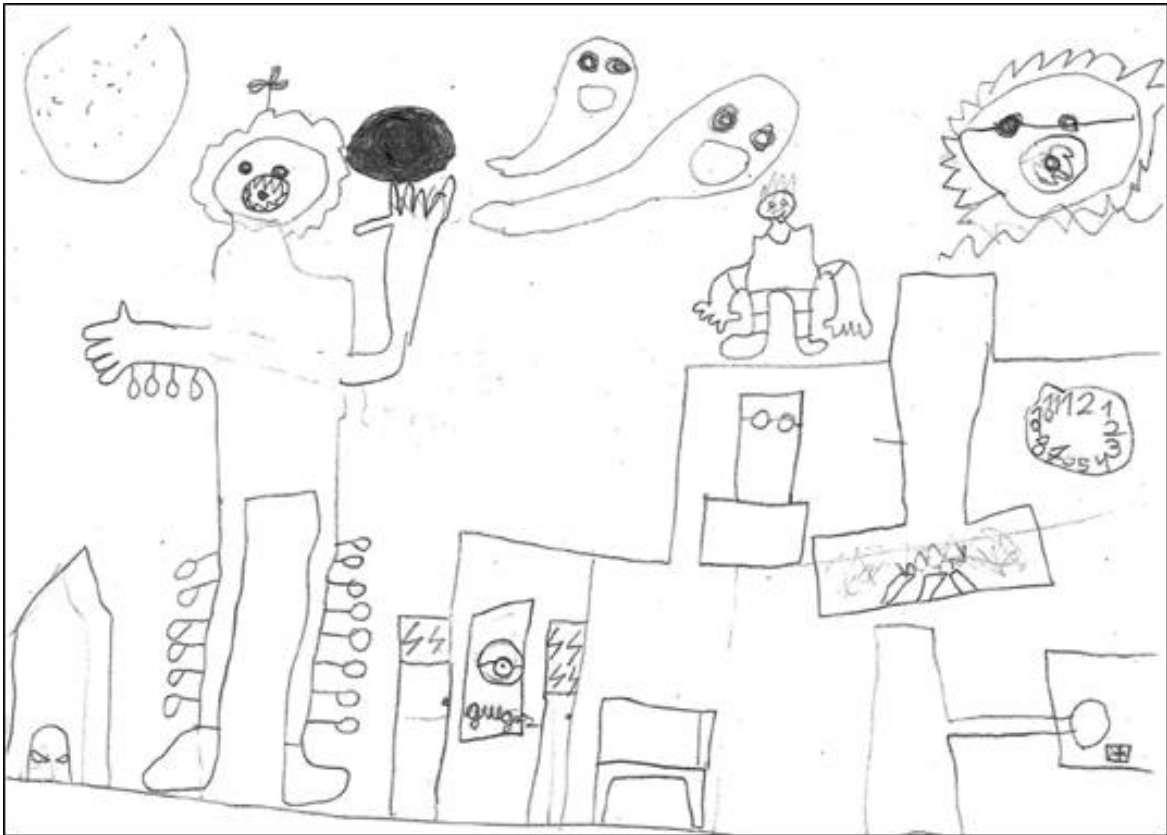
La plantita la estaba cuidando para que no se estropeé.

El perro que tenían estaba viendo todo y quería dar un paseo. Y como no podía porque era muy tarde se estropeó un poquito la planta porque estaba enfadado.

La plantita consiguió vida propia porque la luna estaba mágica.

**Anexo 7**

Capítulo 3: La planta se convirtió en monstruo



Historia:

Como la planta fue un ser humano salió algo mal en la magia. Y entonces la planta se transformó en un monstruo con superpoderes de invocar fantasmas. Y los fantasmas estaban siendo absorbidos por la bola gigante.

El niño estaba ahí con miedo. Y el niño vio como su plantita que había plantado él solito se convirtió en monstruo.

El perro atacó y la planta lo llevó a su casita.

Y entonces salió el sol para vencer a la planta con fuego. Y el sol tiró un rayo láser de fuego con su boca. Y la luna intentó hacerle pequeña a la planta.

**Anexo 8**

Capítulo 4: La magia y el fuego son lo poderoso



Historia:

El sol estaba atacando con su fuego y la luna tirando magia donde la planta. Y al aparecer el rayo del sol le dio a un brazo de la planta y lo partió.

La planta se quedó casi sin cabeza, porque el sol puede derrotar a la planta.

Y la planta antes de su muerte tiró un rayo de plantas y entonces los fantasmas le ayudaron. Y un fantasma se fue a dormir mientras tiraba un rayo.

El perro hizo lo mismo, pero se fue a su casa de nuevo.

El niño estaba en la casa del perro y descubrió que el perro tenía una sala secreta, porque era uno de los perros más famosos y más buenos para atacar. El niño pulsó el botón y el perro vio cómo se abrió el suelo. Y el perro como no tenía nada que hacer contra la planta pensó en su cabeza “mejor que pulse el botón y así estará a salvo”.

**Anexo 9**

Capítulo 5: El niño descubrió que su perro es uno de los más importantes



Historia:

El perro y el niño bajaron a la base secreta. Y el niño se quedó sorprendido y dijo “¡mamá!”. El perro le dijo “no te distraigas”.

El niño se había distraído mucho por todo lo que había y empezó a tocar todo.

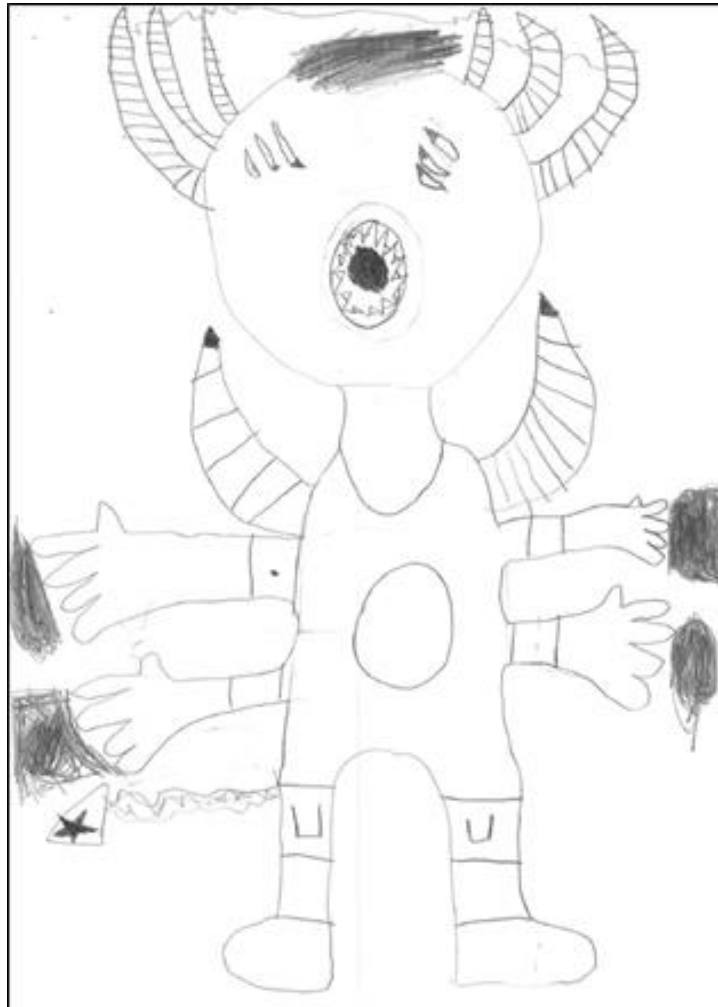
El niño descubrió que estos perros son unos de los perros más buenos y recordó que cuando compró el perro le dijeron que era uno de los perros más importantes.

La base estaba teniendo un error porque el monstruo estaba rompiendo un poco la casa del perro.



## Anexo 10

### Capítulo 6: El monstruo se volvió fuerte



#### Historia:

Donde el monstruo estaba regresando por el cañonazo que le dieron. Entonces consiguió aún más poder. La cola le salió fuego y ahora tiene poderes para lanzar cosas con sus 4 brazos. Y con sus alas puede volar. Ahora sus cuernos lanzan rayos. Y su rayo de energía de fuego puede dispararlo con la boca. Y, el monstruo va a ir a la ciudad para hacer venganza. Entonces el monstruo se fue volando. Cuando llegó al espacio abrió su boca y activó su rayo solar eléctrico triple poderoso y en su cerebro pensaba “destruir la Tierra por venganza”. Seguía cargando el rayo para tener más poder. Entonces algo apareció, la luna mágica y el sol poderoso. Le hicieron un agujero en la panza. Y, entonces, el monstruo no pudo hacer nada y se cayó a la Tierra. Una parte de su ropa era un botón que le convertía en más gigante. Y entonces el monstruo se rio. Él al principio no era un monstruo, era humano y alguien lo transformó en un monstruo.

**Anexo 11**

Capítulo 7: El monstruo entra en la base



Historia:

El niño pulsó un botón y era el de las armas.

El monstruo hizo un agujero y estaba muy enfadado porque le salió un poco de sangre. Entonces el monstruo empezó a quemarlo todo.

Y, el niño luego salió y pulsó el botón de los trajes. Se cambió y se puso un pantalón. Y, entonces, cogió una pistola y empezó a disparar. También tiró 3 bombas: una normal, una de fuego y una de misil nuclear.

El niño estaba muy enfadado porque casi mata a su perro y entonces, el niño disparó aún más. Al monstruo le salió sangre del otro pie y ensució un poco al niño.

Toda la base estaba destrozada y el niño le dice algo al perro: “entra rápido”. El niño estaba intentando matar al monstruo para que el perro no muera y se salve.

Tiró otra bomba de misil nuclear.

**Anexo 12**

Capítulo 8: El perro está solo



Historia:

Pasaron 5 días.

El perro ya creció, se hizo mayor y se puso una cola muy poderosa. Ahora tiene una mochila donde puede disparar y volar con unas alas. Porque él es el perro más listo. Hay una pantalla en esta base donde pone: "error", porque el monstruo está destruyéndola. También tiene una cama para dormir. Y ahora va a investigar las tuberías. Pero el perro está llorando porque su dueño murió.

**Anexo 13**

Capítulo 9: El perro está cerca de matar al monstruo



Historia:

El perro ya entró a una tubería y está enfadado. Entonces, sacó la arma de su mochila y estaba apuntando para disparar. Y, entonces, disparó.

El perro se estaba quedando casi sin munición, porque es muy difícil hacerla.

Entonces el perro sacó otra cola, pero de su mochila. Esta cola es igual a la verdadera cola, pero de hierro y la parte de la piedra es de diamante, para así ser más duro y más fuerte.

**Anexo 14**

Capítulo 10: El monstruo está muriendo casi



**Historia:**

El perro encontró el monstruo tan poderoso y mejorado durante estos 5 días. Y, el monstruo entonces vio al perro y cargó 2 súper bolas poderosas y 2 bolas pequeñas que también eran poderosas. Y, el monstruo comenzó a tirar fuego de su boca.

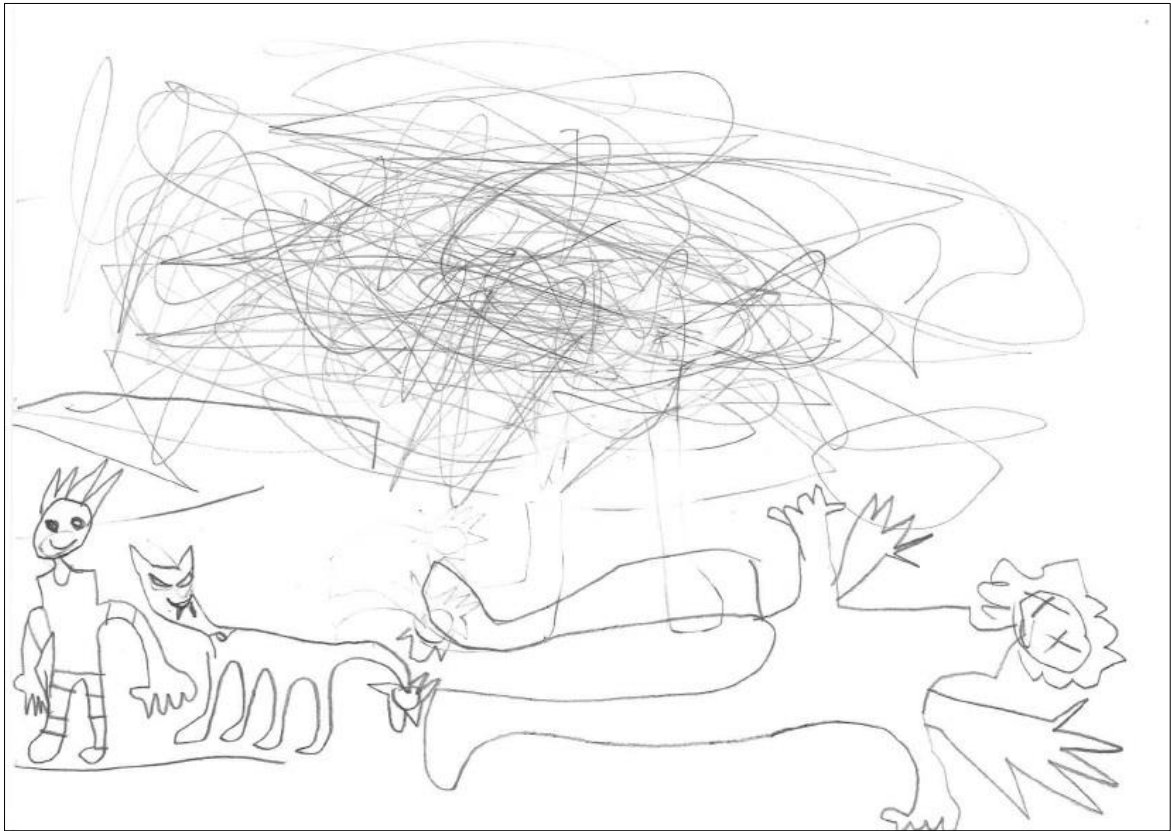
El perro primero tiró bombas de misil nuclear y después bombas normales. Después, cogió algo de su mochila que tiraba agua contra el fuego del monstruo. Entonces el perro tiró una cola de hierro, ya que tenía muchas. Le hizo un agujero al monstruo en la parte de su corazón, pero el monstruo no necesita morir con su corazón roto, sino que él muere cuando le hacen mil pedazos.

Entonces el monstruo consiguió 2 brazos nuevos y con ellos comenzó a tirar 1 bola poderosa.

El perro tiró una súper bomba de misil nuclear. Y el perro sacó la arma que usó para salir de la tubería y encontrarse con el monstruo. Entonces el perro tenía la salida detrás de él para escapar cuando la gran bomba explota. Vio a su dueño muerto rodeado con su propia sangre y con el corazón roto y el cerebro fuera.

**Anexo 15**

Capítulo 11: El niño y el perro felices



**Historia:**

El perro mató al monstruo y entonces recogió al niño. Pero primero vio toda la destrucción que ha hecho su bomba. Y, entonces revivió al niño y se fueron juntos y felices. Los dos están sonriendo y el perro consiguió dientes de vampiro. Entonces los dos se fueron felices, muy felices, a su casa. Y dejan el cadáver del monstruo allí.