

## Programa para favorecer el proceso del apego en niños con trastorno general del desarrollo a través del masaje infantil

### Program to encourage the process of attachment in children with developmental disorders pervasive through children's massage

**Autor:** Ana María Ruiz Galán (1), M<sup>a</sup> del Carmen Pérez González (2), Susana Bravo Ferrón (3), Isabel Romero del Hombrebueno (4).

**Fecha recepción:** 04/06/2009

**Aceptado para su publicación:** 23/07/2008

#### **Resumen:**

Durante el primer año de vida, el niño desarrolla un lazo emocional bilateral con sus padres o cuidadores que le proporciona la seguridad necesaria para adquirir habilidades psicológicas y sociales. Este vínculo especial se denomina Apego.

El Apego puede verse alterado por diferentes situaciones tales como ausencia del objeto con el que realizar el vínculo, o bien la madre está presente pero es incapaz de lograr una identificación con el bebé para vincularse con él, aunque le brinde los cuidados físicos o es incapaz de proporcionarle tanto los cuidados físicos como los emocionales (depresión, psicosis, falta de interés u otros trastornos de distinta índole). Por tanto durante el primer año de vida, el niño puede tener alteraciones a nivel psicológico y físicos.

Según la definición del DSM-IV; en el Trastorno Generalizado del Desarrollo se dan las siguientes características: dificultades en la interacción social, en la actividad imaginativa y en las habilidades de comunicación verbal y no verbal, así como en un número limitado de actividades e intereses, que tienden a ser repetitivos.

En éste trabajo el objetivo principal es potenciar el apego entre el niño con TGD y su madre, mediante la inclusión del masaje infantil disminuyendo así la ansiedad entre ambos. Se establece un programa que consta de 5 sesiones de 90 minutos con intervenciones teóricas y prácticas sobre el masaje infantil, abordando diferentes temas como el llanto, el nacimiento, los cambios en sus vidas, los diferentes roles, sentimientos de culpabilidad, etc.

De éste modo, los niños con TGD desarrollan una mejora cualitativa y cuantitativa del vínculo, acercándose al mundo exterior, disminuyendo la ansiedad ante los cambios, adaptándose mejor a la vida.

**Palabras clave:** Masaje, Trastorno General del Desarrollo, Apego, Niños, Padres.

#### **Abstract:**

During the first year of life, children develop a double-faced emotional tie with their parents or caregivers that provide them the essential confidence to approach psychological and social competences. This special link is called attachment.

Attachment may be modified by different situations like the absence of an appropriate person to make tie, the absence of an identification through physical care are assured or the impossibility to assure the child psychical and emotional care (due to depression, psychosis, interest failing or any other wide range of subjects). So, during the first year of life, children may suffer from several kinds of disorders.

According to DSM-IV-CR, Pervasive Developmental Disorder is characterized by difficulties in social relations, imaginative activities and verbal and nonverbal communication as well as reduced and repetitive interests.

This work aims to decreasing anxiety and improving attachment between children with PDD and their mothers through the infantile massage. Establishing a program that involves 5 sessions of 90 minutes each, with theoretical and practical information about infantile massage, crying, birth, life changes, different roles, feelings of guilt, etcetera. Thanks to it, children with PDD get a quantitative and qualitative improvement of attachment that gets them closer to the external world, reduces their anxiety for changes and allows them a better adaptation to life.

**Key words:** Massage, Child Developmental Disorders Pervasive, Object Attachment, Child, Parents.

**Centro de Trabajo:** (1) Enfermera especialista en salud mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; (2) Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Psiquiatría del Hospital Severo Ochoa; (3) Enfermera especialista en salud mental. CSM Moratalaz, Hospital Virgen de la Torre; (4) Psicóloga clínica. CSM Moratalaz, Hospital Virgen de la Torre (Madrid, España).

## INTRODUCCIÓN

La teoría del apego, como tal, fue definida por John Bowlby. Se trata de una teoría sistémica acerca de la organización, función y desarrollo de la conducta de protección en los seres humanos. Bowlby desarrolla esta teoría a partir de la integración de postulados provenientes de la etología, la teoría de la evolución, el psicoanálisis y la teoría cognitiva, incorporando los avances científicos de su tiempo. Parte de una necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrechos y tiene como núcleo la reciprocidad de las relaciones tempranas, precondition del desarrollo normal probablemente en todos los mamíferos, incluyendo a los humanos.

El apego es el lazo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que proporciona la seguridad emocional indispensable para el desarrollo de sus habilidades psicológicas y sociales. Es, pues, una relación afectiva bilateral, que se desarrolla en el primer año de vida, cuyo núcleo es la reciprocidad de las relaciones tempranas. Si las conductas de apego del niño, tales como sonreír o buscar proximidad, se corresponden con el adulto como sostener, tocar; se verá reforzada la conducta de apego del niño con el adulto (1).

Bowlby mostró que la separación o la pérdida de una figura de apego estaba asociada a diversos trastornos psicológicos duraderos, como ansiedad y depresión, los cuales podían ser modificados.

El objetivo del apego es la seguridad, reguladora de la experiencia emocional.

Un sistema de regulador emocional se desarrolla cuando los cambios en el estado del niño son entendidos y respondidos por el cuidador. En estados de activación el niño busca la proximidad física del cuidador, para calmarse y conseguir el equilibrio.

El apego puede verse alterado por:

- Ausencia del objeto con el que realizar el vínculo; este caso es muy típico de los niños institucionalizados en orfanatos.
- La madre está presente pero es incapaz de lograr una identificación con el bebé para vincularse con él, aunque le brinde los cuidados físicos.
- La madre está presente pero es incapaz de proporcionarle tanto los cuidados físicos como los emocionales (depresión, psicosis, falta de interés) (2).

La presencia de cualquiera de estas tres situaciones durante el primer año de vida, puede producir trastornos de diversa índole en el niño.

Los primeros vínculos de apego están formados a los siete meses y los vínculos de apego se forman hacia sólo una o unas pocas personas. Entendemos que es el infante el que selecciona a su/s figura/s de apego principal/es, generalmente en base a interacciones sociales contingentes. Los vínculos de apego se establecen independientemente del contexto en el que se produzcan las relaciones personales (se dan igualmente en casos de maltrato de las

figuras de apego hacia los niños). Sólo en circunstancias extremadamente anómalas, un niño permanecería no apegado.

Inicialmente, Bowlby consideró que la conducta de apego se había desarrollado porque servía a la función adaptativa de proteger al infante de los predadores. La proximidad a los cuidadores la entendemos ahora, además, como para aumentar la probabilidad de que el infante, por ejemplo, sea protegido de los elementos, defendido de los ataques de miembros de la misma especie, y capacitado para seguir los movimientos de la tribu. Esto está relacionado con la supervivencia del infante, donde la muerte es mucho más probable el resultado de una hora de separación de las figuras de apego que de un periodo mucho mas largo sin comida (3).

Cuando los niños de 1-2 años eran colocados en entornos desconocidos no provistos de cuidadores estables sustitutivos, los niños fueron atravesando tres etapas de respuesta ante la separación.

La etapa inicial de protesta se caracterizó por una preocupación abierta acerca de la ubicación de la figura de apego (la madre principalmente), que se expresaba en llamadas esperanzadas y llanto.

La segunda etapa apareció al cabo de unos días. Los niños que continuaban separados atravesaban una fase de desesperación; aparentemente todavía preocupados con el progenitor perdido (como lo indicaban los periodos de llanto débil y paulatinamente mas desesperanzado) se volvieron apáticos y retiraron todo interés observable por el entorno.

En la etapa final, llamada de desapego, los niños separados empezaron a fijarse en el entorno inmediato, incluyendo las enfermeras y los otros niños. En aquel momento, este cambio se valoró como positivo y se concibió como un “acomodarse, adaptarse, asentarse”. Los niños que llegaban a este estado, sin embargo, ignoraban y evitaban activamente la figura de apego primaria al llegar el momento de un eventual reencuentro, y algunos parecían no poder recordarle a él o a ella. Por el contrario, el padre, que era a priori menos importante, u otros familiares o vecinos eran fácilmente recordados y saludados. Esta respuesta desapegada de la figura de apego primaria podía durar días, semanas e incluso meses (3).

Por otra parte, Mary Ainsworth observó y describió diferentes patrones de apego en los infantes durante sus estudios en Uganda: (1)

- *Seguro*: exploran ante la presencia de su cuidador, están ansiosos en presencia del extraño y lo evitan, se perturban por las ausencias del cuidador. Buscan el contacto del cuidador cuando vuelven y se sienten de nuevo seguros.

Han tenido experiencias en las que el cuidador ha reestablecido y no sobrestimulado y reestabiliza sus respuestas emocionales desorganizadas. Por lo que están organizados ante situaciones de estrés.

Según Bartholomew y Horowitz son personas a las que les resulta fácil intimar con los demás, no les preocupa estar solos y se sienten cómodos cuando dependen de los otros o los demás dependen de ellos.

- *Evitativo*: están menos ansiosos por la separación, no buscan al cuidador cuando éste desaparece e incluso puede que no prefieran al cuidador más que al extraño.

Han tenido experiencias en las que su activación emocional no fue reestabilizada o fueron sobrestimulados por conductas del cuidador intrusivas, por lo que sobrerregulan su afecto y evitan situaciones que pueden ser perturbadoras.

Según Bartholomew y Horowitz son personas que están incomodas si intiman con los demás, no confían en el resto de personas y evitan depender de otros y que dependan de ellos.

- *Ansioso/Resistente/Ambivalente*: Limitan la exploración y el juego, se perturban por la separación, tiene problemas para reponerse tras ella, se agitan, lloran o molestan pasivamente. La presencia de nuevo del cuidador no calma, y la ansiedad y rabia impiden que se tranquilice.

Subregulan su afecto, aumentan la expresión de malestar tal vez para conseguir una respuesta por el cuidador. Se convierten en personas preocupadas por el contacto del cuidador, pero están frustradas y su umbral ante amenazas disminuye.

Según Bartholomew y Horowitz les gustaría tener relaciones de gran intimidad, desearían fundirse con la otra persona pero les preocupa la opinión que los demás pueden tener de ellos.

- *Desorganizado/ Desorientado/ Temeroso*: Manifiestan inmovilidad, golpeteo de manos, cabeza, etc. y deseo de escapar aún estando con el cuidador; parece que el cuidador ha sido fuente de temor y reaseguramiento por lo que el sistema de apego produce conflictos. Se relaciona con abusos sexuales o físicos o desatención.

Siguiendo a Bartholomew y Horowitz se sienten incómodos en la intimidad, desean tener relaciones cercanas pero les resulta difícil confiar, tiene miedo de que les hieran.

En resumen, el niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como deseante y con creencias. Ve que el cuidador lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es interiorizada para formarse la imagen de sí mismo.

El trastorno generalizado del desarrollo (T.G.D.) tiene las siguientes características: dificultad en la interacción social, en actividad imaginativa y en habilidades de comunicación verbal y no verbal, así como en presencia de un número limitado de actividades e intereses, que tienden a ser repetitivos (4).

Dentro del T.G.D. encontramos:

- Trastorno de Rett: también llamado Síndrome de Rett, se diagnostica únicamente en niñas. El desarrollo transcurre de manera aparentemente normal hasta los 6-18 meses, punto en el cual los padres empiezan a notar un cambio en el comportamiento de sus hijas, y alguna regresión o pérdida de habilidades, sobre todo en habilidades motoras gruesas, tales como caminar y moverse. A esto le sigue un deterioro significativo en el lenguaje, razonamiento, y uso de las manos. La repetición de algunos movimientos o gestos sin sentido (de "lavado de manos" o de "exprimir con las manos") son una pista importante para diagnosticar el Trastorno de Rett.
- Trastorno de Asperger: también conocido como Síndrome de Asperger, o simplemente 'Asperger', es un trastorno del desarrollo caracterizado por ausencia de habilidades sociales,

baja coordinación y baja concentración, y un rango de intereses restringido, inteligencia media o superior a la media (a diferencia del autismo) y habilidades de lenguaje normales en las áreas de vocabulario y gramática. El Trastorno de Asperger suele tener una edad de inicio posterior a la del Trastorno Autista o al menos, se detecta más tarde. Un niño o sujeto con Trastorno de Asperger no muestra un retraso significativo en el desarrollo del lenguaje y sin embargo, puede tener dificultades para captar las sutilezas utilizadas en una conversación, tales como la ironía o el humor.

- Trastorno desintegrativo infantil, que es un trastorno infrecuente, es una clara regresión en múltiples áreas de funcionamiento (movimiento, control de esfínteres anal y urinario, y habilidades sociales y de lenguaje) tras un período de al menos 2 años de desarrollo aparentemente normal. Por definición, solo puede diagnosticarse si la aparición de los síntomas viene precedida de un período de desarrollo normal de al menos 2 años, y la regresión aparece antes de los 10 años.

- Trastorno del Espectro Autista: a veces también llamado Autismo Infantil o Autismo Infantil Precoz, es cuatro veces más común en niños que en niñas. Comienza antes de los 30 meses. Los niños con Trastorno Autista tienen problemas de comunicación, socialización y comportamiento, que están en el margen de moderado a severo. Muchos niños con autismo también padecen retraso mental.

Es el resultado de un déficit cognitivo básico, asociado a funciones de la comunicación, tienen falta de respuesta a los demás (no fija la mirada, no responde a besos, caricias).

Los niños autistas parecen tener dificultad para extraer el significado de las situaciones y los sucesos, especialmente de tipo social, y en representar esta información de una manera útil para referencias en el futuro. Manifiestan resistencia al cambio e interés o vínculos con ciertos objetos.

Es autista aquella persona para la cual los demás resultan seres opacos e impredecibles; y no puede regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. Si hay lenguaje, tiene un patrón especial, con ecolalia inmediata o demorada, lenguaje metafórico o inversión de pronombres; también presentan dificultades en la percepción del cuerpo (4,5,6).

- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

## OBJETIVOS

- Potenciar el apego entre el niño con TGD y su madre, mediante la inclusión del masaje infantil y la disminución de la ansiedad entre ambos.
- Mejorar las relaciones entre padres e hijo, ayudando a formar vínculos afectivos estrechos y adecuados.
- Favorecer la comunicación, aumentando la capacidad de entendimiento y respuesta de los padres ante estados de hiperactivación del niño.

## PROGRAMA

Consta de 5 sesiones de 90 minutos con intervenciones teóricas y prácticas sobre el masaje infantil.

Los temas a tratar son los siguientes:

- El llanto.
- El nacimiento del bebé.
- Los cambios en sus vidas.
- Diferentes roles dentro del núcleo familiar.
- Mejoras a lo largo del curso.
- Sentimientos de culpabilidad ante limitaciones.

### Primera sesión

Comenzamos el programa con una presentación de la educadora, de los padres y sus bebés. Después se les explica a los padres las características del curso, ofreciéndoles la posibilidad de comentar sus expectativas sobre el mismo.

A continuación, se mencionan los tipos de aceites de masaje. Y se destaca la importancia de estar la persona que va a dar el masaje lo más relajada posible, (haciendo unas respiraciones profundas e intentando conectar con ellas mismas antes de proceder al masaje).

Se habla sobre los posibles cambios que puede experimentar el bebé durante las sesiones, como el llanto, la necesidad de comer, dormir u orinarse.

Antes de comenzar el masaje al bebé hay que pedirle permiso, con unas caricias o verbalmente.

Empezamos el masaje por las piernas y los pies. Si los bebés han sufrido por esta zona, como puede ser el caso de los niños que han estado desde el nacimiento mucho tiempo ingresados y expuestos a técnicas agresivas en el talón, puede que no acepten el masaje en esta zona; en tal caso se deja para otro momento, pero hay que continuar probando, llegará un momento que le guste en esa zona.

Después de haber realizado la demostración del masaje en piernas y pies, se habla un poco sobre que les ha parecido el masaje y qué cambios han experimentado en el bebé, si creen que les ha gustado y sobre todo como se han sentido las madres o padres al dar el masaje.

### Segunda sesión

Comenzamos preguntando si lo han practicado en casa y si es así en los cambios que ha experimentado el bebé durante los días que le han dado el masaje. En caso contrario los posibles impedimentos que han tenido y cómo se han sentido.

Antes de dar paso al masaje mostramos una secuencia de relajación para las personas que van a realizar el masaje.

Posteriormente hacemos un repaso de lo aprendido en la anterior sesión y continuamos con el abdomen, incluido también el masaje para los cólicos.

Después de haber practicado el masaje con los bebés, hablamos sobre los cólicos infantiles y las diferentes maneras de resolverlos que tienen los padres.

Se reserva un tiempo al final de la sesión para aclarar dudas y se resuelven en grupo.

#### Tercera sesión

Empezamos igual que las anteriores sesiones (dudas de clases anteriores, recordatorio de lo practicado hasta el momento, relajación de la persona que va a dar el masaje)

Explicamos el masaje en la zona del pecho, hablando a la vez de los beneficios que tiene el masaje en las diferentes áreas.

Esta zona es muy sensible, ya que tienen sentimientos que no pueden expresar, pero con los movimientos de apertura podrán expresarlos al cabo de unas sesiones.

Después abrimos un coloquio respecto a las expectativas que tenían de su hijo y cómo han aceptado su enfermedad.

#### Cuarta sesión

Comenzamos igual que las anteriores sesiones, después seguimos con el masaje en la cara.

Explicando además los reflejos que tienen los bebés en esta zona, y la forma de poder evitarlas.

En caso de los niños con deficiencias visuales, hablarles o cantarles una canción. Si los bebés tienen problemas de audición, no retirar la mirada, para que adquieran confianza con el masaje.

Con niños autistas o trastornos generalizados del desarrollo, hacer el masaje de forma muy sutil para que no se sientan invadidos. El masaje en estos niños va a favorecer el vínculo con la madre (o la persona que realiza esta función), pudiéndose así relacionar con más gente al cabo de un tiempo.

Se explica además el masaje en la espalda, cómo debe cambiar la postura del bebé, y como deben acoplarse la madre y el bebé en dar el masaje en diferentes posiciones.

Después abrimos un coloquio acerca del llanto, como lo interpretan las madres y los demás miembros de la familia, las diferentes maneras de calmarlo y sus posibles causas del mismo.

#### Quinta sesión

La iniciamos de la misma manera que las anteriores. Después comenzamos a explicar unos ejercicios de estiramientos, (sobre todo en el caso de niños con dificultades en la movilidad o enfermedades neurológicas degenerativas) y sus beneficios.

Finalizamos el coloquio con los cambios que han experimentado los bebés y ellos mismos al dar el masaje. Pedimos su impresión acerca del curso que ha finalizado y nos interesamos por si han tenido alguna dificultad, (horario, espacio, luz...), si tienen alguna duda de algún tema que se ha hablado en el grupo o sobre alguna manipulación que no sepan realizar bien.

Despedida y cierre de impresiones (7).

## CONCLUSIÓN

Los niños con TGD desarrollan un aumento del vínculo, acercándose al mundo exterior disminuyendo la ansiedad ante los cambios, adaptándose mejor a la vida.

El masaje de bebés no tiene ningún efecto sobre el crecimiento, pero provee un poco de pruebas evocadora de la mejoría de la madre, la interacción con el bebé, el sueño y la cesión del llanto y un impacto reducido beneficioso sobre varias hormonas que controlan la tensión (2).

La práctica del masaje para bebés en sitios donde el contacto es escaso o nulo, como los orfanatos, aumenta el desarrollo de los bebés, y disminuye las enfermedades clínicas y psicológicas.

La realización de masaje infantil a los niños diagnosticados de autismo, aumenta su tolerancia al tacto y aparecen generalmente más relajados. Los padres sienten que se les ha abierto un canal de comunicación con sus hijos (8).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Revista Aperturas [revista en Internet] 1999 noviembre [acceso 20 de marzo de 2009]; 3. Disponible en: <http://www.aperturas.org3fonagy.html>
2. Underdown A, Barlow J, Chung V, Stewart-Brown S. Massage intervention for promoting mental and physical health in infants aged under six months Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct; 18 (4).
3. Main M. Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. Revista Aperturas [revista en Internet] 2001 julio [acceso en 20 marzo de 2009]; 8. Disponible en: <http://www.aperturas.org/8main.html>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>o</sup> ed. Text Revised. American Psychiatric Press; 2000.
5. nichcy.org, National Information Center for Children and Youth with Disabilities [sede Web]. Washington D.C.: nichcy.org; 1998 enero [acceso 20 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.nichcy.org>
6. Kaplan and Sadock's. Synopsis of Psychiatry: 9<sup>a</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins Press; 2003.
7. Schneider, V. Masaje Infantil, Guía práctica para la madre y el padre. Barcelona, Mc.Clure - Ed. Medici, 1991.
8. Cullen L, Barlow J. 'Kiss, cuddle, squeeze': the experiences and meaning of touch among parents of children with autism attending a Touch Therapy Programme. J Child Health Care. 2002 Sep; 6 (3), 81-171.