

**DISCAPACIDAD E INTERVENCIÓN PSICOMOTRIZ EN LA  
ATENCIÓN TEMPRANA. VÍNCULO, DIFERENCIACIÓN Y AUTONOMÍA.**

*(PHYSICAL HANDICAPS AND PSYCHOMOTIVE INTERVENTION EARLY  
ASSISTANCE. TIE, DIFFERENTIATION AND AUTONOMY)*

ROSA MARIA LIMIÑANA GRAS \*

**RESUMEN**

La psicomotricidad se presenta como una interesante disciplina en el contexto de la Atención Temprana que puede ofrecer una aportación fundamental en la intervención con niños discapacitados. Sin embargo, no ha de confundirse Psicomotricidad con vida fisiológica, ni sólo con movimiento: la Psicomotricidad es una disciplina que parte del reconocimiento de que toda actividad humana es esencialmente psicomotriz. El niño emerge pues como un proyecto ya pensado en las anticipaciones parentales. El dolor y el excesivo sufrimiento ante la comunicación del diagnóstico interfieren en la construcción adecuada de este vínculo. La primera tarea de estos padres ante la paternidad será siempre resolver la discrepancia entre esa imagen idealizada del niño y el niño real. A partir de ahí, reconocer la identidad y la autonomía en el bebé desde la más temprana edad es reconocerlo como sujeto de acción y no sólo de reacción, es reconocer que el bebé ya utiliza una actividad que le es propia y que le identifica y sólo partiendo de esta actividad autónoma será posible desarrollar y hacer emerger las estructuras y esquemas sensoriomotrices fundamentales para su desarrollo motriz y cognitivo.

**Palabras Clave:** Psicomotricidad - Sensoriomotricidad - Atención Temprana - Vínculo - Discapacidad.

**ABSTRACT**

*Psychomotricity is presented as an interesting discipline in Early Assistance context; this assistance can offer a fundamental contribution to handicapped children's treatment. However, we should not mix up Psicomotricity with physiology, neither with movement: Psicomotricity is a discipline that assumes that all human activity is essentially psychomotive. A child emerges as a project already thought of in parenteral anticipations. Pain and excessive suffering once one gets the diagnosis interfere with the adequate tie construction. The first task parents have is to solve the discrepancy between and idealized image of an idealized child and the read child. Starting from all this, one should recognize the baby's identity and autonomy from early age, one should consider a child as a subject of action and not as a child of reaction, by doing this we accept that a baby already utilizes his own activity*

---

\* Universidad Miguel Hernández - Edificio Torrevalillo - Avenida de la Universidad s/n - Elche - 03202 - España. **Correo Electrónico:** rosa.l.gras@terra.es

*which identifies him, and only starting from this autonomous activity it will be possible to develop and make it emerge not only fundamental structures but also fundamental sensory-motive scheme for its motive and cognitive development.*

**Key Words:** *Psychomotricity – Sensory-motive – Early assistance – Tie – Physical handicaps.*

La intervención profesional en Atención Temprana cubre una amplísima gama de dimensiones del desarrollo infantil, gestionadas por especialistas en diferentes ámbitos del mismo, pero intencionalmente coordinadas y guiadas por el objetivo común de favorecer al máximo las posibilidades vitales del niño. Aspectos estimulares, familiares, motores, emocionales, conductuales, educativos... son algunos de los clásicos, pero en realidad se trata de un campo de trabajo en continua evolución, que sucesivamente ha ido incorporando modalidades de intervención, surgidas de la demandas de la propia práctica profesional. Entre las incorporaciones que han ido ganando en significación en los últimos años se encuentra la Psicomotricidad. Es ésta una práctica profesional que, en sus versiones más consolidadas, más allá de abordar las cuestiones de implicación psíquica en el movimiento, ha tomado el cuerpo en su conjunto, en cuanto que objeto psíquico y la experiencia de él como eje central de su trabajo. Desde las dimensiones más motoras hasta las estrictamente relacionales, la Psicomotricidad ofrece un paradigma de intervención específica y una propuesta de modulación que afecta a muchas otras áreas de la práctica profesional en Atención Temprana.

De hecho, la psicomotricidad es una disciplina que ha evolucionado mucho y constantemente, que ha pasado de ser un método educativo y reeducativo a convertirse en una valiosa técnica terapéutica. En primer lugar procede delimitarla como disciplina en el contexto de la Atención Temprana y determinar su aportación fundamentalmente en la intervención con niños discapacitados. Ante todo, no ha de confundirse Psicomotricidad con vida fisiológica, ni sólo con movimiento: la Psicomotricidad es una disciplina que parte del reconocimiento de que ***toda actividad humana es esencialmente psicomotriz***, resultado de una génesis y de un desarrollo donde han entrado en juego diferentes sistemas: anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales e históricos de gran complejidad; todos ellos interactúan construyendo una trama compleja y única que determinará la particular forma que cada uno tiene de ser, estar y existir en este mundo. Su **objeto** de estudio, de conocimiento y de praxis no será, pues, sólo el cuerpo y el movimiento, sino el **acto psicomotor** entendido como ***expresión y manifestación vital del ser humano***, ser humano que actúa e interactúa, que se mueve... y se conmueve: ***cuerpo, movimiento, espacio del movimiento, relación, interacción, gesto, actitud y palabra***; la dialéctica establecida entre estos elementos constituye, pues, el objeto de nuestra intervención: la persona en su totalidad y la adaptación positiva y armónica de ésta a su entorno. Desde una perspectiva así se entiende la importancia crucial que tiene el contexto en el que se sitúa la intervención, de tal modo que tanto la familia como el entorno profesional donde se ejercen se convierten en escenario o plataforma de toda la intervención.

Desde un enfoque psicomotriz la intervención debe unificar continuamente los dos grandes ejes que rigen el desarrollo psicomotor (Franc, 1997):

**1º El eje madurativo**, es decir, la **organización de su neuromotricidad** en la que deben estar implicados los **sistemas piramidal**, responsable del movimiento voluntario; **sistema extrapiramidal**, que asegura la actividad automática y las reacciones posturales (desplazamientos de los segmentos corporales que se exteriorizan como actitudes y mímica), entendidas como reacciones motrices y musculares al peso y a las variaciones de centro de gravedad; y **sistema cerebeloso**, que regula el equilibrio del movimiento, y asegura por tanto las actividades de compensación y reequilibración que harán posible que el niño pase de la posición acostada a la sentada e ir hacia la conquista de la verticalidad hasta la posición bípeda, cuando sea posible.

**2º El eje Psicoafectivo**, cubierto a través del **diálogo tónico**, la escucha profunda de las demandas del niño, el respeto, la sensibilidad, la desculpabilización, la contención de sus "producciones" -emocionales, afectivas, motrices y cognitivas-, la referencia y la seguridad. Actitudes que el adulto deben incorporar permanentemente en la intervención psicomotriz (terapeutas, rehabilitadores y padres)

## LA CONSTRUCCIÓN DEL VÍNCULO

¿Cuál sería el abordaje psicomotor que unifique los aspectos madurativos y los psicoafectivos mencionados? ¿cuál sería la aportación de la psicomotricidad en el caso de niños con un diagnóstico de patología cuyo pronóstico probablemente sea discapacitante? ¿dónde empezaría este abordaje? Indudablemente habría que remontarnos más allá del nacimiento, más allá del diagnóstico, incluso más allá de la concepción, donde están los sueños y los deseos de una madre. Entre una mujer y la expectativa de tener un hijo nacen numerosas fantasías, en la intención real o imaginaria de concebirlo se pone en juego una dinámica de representaciones y afectos que se dirigen hacia un inexistente ser que cobra desde ese mismo instante una realidad psíquica, son estos sueños y deseos los que determinarán la relación posterior de esa madre con el niño, conformando una forma singular y única en la madre de vincularse posteriormente a su hijo, y permitiendo al mismo tiempo la **construcción del vínculo** de éste con la madre.

El niño emerge pues como un proyecto ya pensado en las anticipaciones parentales, ¿cómo encontrar su lugar en este proyecto ya pensado cuando este niño nace con alguna deficiencia o discapacidad? El dolor y el excesivo sufrimiento ante la comunicación del diagnóstico interfieren en la construcción adecuada de este vínculo. La primera tarea de estos padres ante la paternidad será siempre resolver la discrepancia entre esa imagen idealizada del niño y el niño real, la distancia a cubrir a veces es casi insalvable y los padres pasan por una verdadera experiencia de duelo y pérdida que a veces nunca llegan a elaborar. Devolver al niño al lugar que le corresponde y evitar una relación marcada por sentimientos de impotencia, dolor y tristeza, es algo que no es posible sino a través de una aproximación psicológica a esa impotencia, a ese dolor y a esa tristeza de los padres.

Así pues el dolor y el sentimiento de no ser capaces de atender a ese hijo, están presentes en la mayoría de los padres al conocer el diagnóstico de discapacidad, pero la respuesta de los padres de los padres ante la noticia será diversa y dependerá de muchos factores. Toda intervención temprana debería comenzar aquí, donde los sueños y expectativas de unos padres se derrumban, afectando inevitablemente a su capacidad de vinculación afectiva y a las primeras interacciones con su entorno.

La particularidad de una intervención psicomotriz será la de dar la posibilidad a ese bebé de recuperar o recrear una vivencia relacional con el otro que le permita la construcción armónica de su corporeidad y de su ser psicomotor, una vivencia relacional y corporal que será crucial en su organización tónica. Si el bebé no es alimentado con ese *ser sentido o ser para alguien* a través de los intercambios tónicos con la madre nunca hallará un sistema de referencia estable desde el cual organizar su neuromotricidad y encontrar la permanencia de su identidad.

### **HACIA LA DIFERENCIACIÓN: DEL DESEO DE HACER AL SABER HACER**

Nuestro ámbito de intervención en este primer momento será la relación, **la relación tónico-emocional**, como la denominó Henry Wallon (1984), entre padres e hijo y sobre la que se apoyará todo el sistema posterior de relaciones del niño con su entorno. Nuestro objetivo, favorecer y facilitar el establecimiento, restablecimiento o mejora de la calidad de esta relación, acompañando a las familias en ese itinerario que conducirán **“del deseo de hacer al saber hacer”**.

La estimulación del niño debe llevarse a cabo en un marco relacional de placer compartido (Lévy, 1993), donde movimiento, palabras, sentimientos y afectos cobren un nuevo significado para el niño, un nuevo sentido que nace del *placer de la relación* con el otro, un placer que pide acción sobre el otro y que será el motor de su desarrollo.

Recuperar el *deseo* de actuar del niño, el deseo de hacer, y en definitiva el deseo de ser, provocando el nacimiento del este placer en la relación, debe ser tarea de los padres. Son los padres los que poseen el poder para asegurar y otorgar la confianza del *saber hacer* a sus hijos a través de esta relación tónico-emocional, de este diálogo recíproco en un ambiente de seguridad y placer.

Debemos evitar que las dificultades a nivel físico-médico o motor del bebé perturben este diálogo. Es esta interacción y la consiguiente acción transformadora de la madre y/o el padre desde el punto de vista de la globalidad: transformación tónica, motriz, afectiva y cognitiva (Aucouturier, 1997), la que hará posible que el niño integre como un todo las sensaciones corporales, los movimientos, las acciones, sus manipulaciones, sus percepciones, sus emociones y en definitiva todos los aspectos que determinarán las funciones motrices, cognitivas y afectiva.

Desde esta perspectiva no tiene sentido insistir en avanzar y quemar etapas, en imponer unas metas, lo primero y prioritario es restablecer, incluso instaurar una nueva relación en la que el niño pueda encontrar la **oportunidad** de ser participante activo, que solicita de su entorno, que lo provoca, que busca medirse y verificarse, que valora sus capacidades poniéndose a prueba, que busca sus límites físicos y

afectivos. Una relación que hará le permitirá disponer de su cuerpo y que hará surgir en él el deseo, el *querer hacer*, el interés por la utilización plena de las propias capacidades, deseo que va a constituir la base sobre la que se construirá y desarrollará la personalidad del niño. Démosle la oportunidad de descubrir **capacidades** y **posibilidades** que en muchas ocasiones son desconocidas o ignoradas por la fuerza y contundencia de un diagnóstico, y todo ello en un marco relacional que favorezca la seguridad del niño, la integración de los aspectos motrices, corporales, emocionales y cognitivos en un todo, y en definitiva que haga posible el desarrollo armónico e íntegro del bebé o niño y de su familia.

### LA IDENTIDAD Y LA AUTONOMÍA DEL BEBÉ

La construcción del vínculo madre-hijo sobre una relación basada en el intercambio, la confianza y el placer, le irá dando al niño la seguridad necesaria para acceder a más espacios de autonomía, no sólo física, sino también autonomía afectiva que le van a permitir construir progresivamente su identidad. Aquí comienza otra etapa fundamental donde el objetivo de los profesionales, de los padres, y de todo adulto implicado en su proceso rehabilitador, será favorecer su progresiva diferenciación y autonomía, y la formación y desarrollo de su propia identidad, para que el niño se convierta en un interlocutor activo capaz de establecer relaciones positivas y constructivas con su entorno físico y social.

Pero el desarrollo de esa identidad debería partir de la construcción real de su autonomía, que no será posible si no aceptamos que el niño ya desde su nacimiento es una identidad y tiene autonomía (Chockler, 1999), identidad y autonomía que se desarrollarán a través de su sensoriomotricidad, de ese diálogo tónico a través del cual irá diferenciándose y tomando conciencia de una identidad corporal, y a través del cual irá también tomando conciencia de sus necesidades, de sus capacidades, de sus límites, buscando continuamente verificarse, firmarse y ponerse a prueba nuevamente.

Reconocer esta identidad y esta autonomía en el bebé desde la más temprana edad es reconocerlo como sujeto de acción y no sólo de reacción, es reconocer que el bebé ya utiliza una actividad que le es propia y que le identifica y sólo partiendo de esta actividad autónoma será posible desarrollar y hacer emerger las estructuras y esquemas sensoriomotrices fundamentales para su desarrollo motriz y cognitivo. Según Marta Chockler (1999) el conocimiento fino y detallado de la actividad autónoma del bebé deberá ser el punto de partida en cualquier intervención temprana, ya que nos aportará datos de gran riqueza acerca de los procesos que utiliza en la construcción de esa identidad y en el desarrollo de su actividad autónoma. Desde esta perspectiva la estimulación con el bebé se transformará en una búsqueda de intercambio continuo con los adultos y el medio que le rodea, que partirá siempre del equipamiento biológico, perceptual, motriz, funcional, emocional y cognitivo que el bebé ya posee, y no con el que va a adquirir posteriormente. Trabajaremos facilitando, transformando y diversificando esta actividad autónoma y evitaremos estimularlo con ejercicios y acciones fragmentadas que le obliguen a utilizar instrumentos madurativos que no posee todavía, a los que no puede dar sentido, y

que pueden obstaculizar su desarrollo obligándole a utilizar esquemas inapropiados con un fuerte sentimiento de incompetencia y de ineptitud. Se trata de favorecer un **proceso de construcción sincrónico**, no diacrónico, que construya las bases del desarrollo posterior y del conocimiento futuro, integrándolas en estructuras cada vez más complejas y diferenciadas (Chockler, 1999)

## BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D. (1992) Manual de Psicopatología del niño. Barcelona: Masson.

BOWLBY, J. (1986) Vínculos afectivos. Madrid: Morata.

FONSECA, V. Da (1996) Estudio y génesis de la Psicomotricidad. Barcelona: INDE Publicaciones.

Franc Batle, N. (1997, abril) Reflexiones sobre la práctica: ejes y bloques de la psicomotricidad. Revista Entre Líneas, núm. 1.

CHOKLER, M (1999, junio) El concepto de autonomía en atención temprana, coherencia entre teoría y práctica. Revista Entre Líneas, núm.6.

AUCOUTURIER, B. (1997) La acción como transformación. Ponencia presentada en el XIV Seminario de Práctica Psicomotriz organizado por la Escola Municipal d'Expressió i Psicomotricitat. Barcelona: Revista Entre Líneas, núm. 2.

LÉVY, J (1993) El bebé con discapacidades. Barcelona: Paidós.

VIVES, I. (1998, junio) Reflexiones sobre los procesos de vinculación entre las madres y sus bebés. Revista Entre Líneas, núm. 4.

WALLON, H. (1984) La evolución psicológica del niño. Barcelona: Editorial Crítica.