

CASO CLÍNICO: RELACION ENTRE EL NIVEL DE AUTOESTIMA Y EL DESARROLLO INFANTIL DEL NIÑO

CLINICAL CASE: RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF SELF-ESTEEM AND CHILD DEVELOPMENT

DeCS autoimagen, desarrollo infantil, desempeño psicomotor.

MeSH child development, psychomotor performance, self concept.



Autora:

Dña. Helena Rodríguez Rodríguez.

Terapeuta Ocupacional y Psicomotricista en Atención Temprana y Post-temprana y Discapacidad Intelectual.

E-Mail: helenardriquez@gmail.com

Como citar este documento:

Rodríguez Rodríguez E. Caso clínico: relación entre el nivel de autoestima y el desarrollo infantil del niño. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 12(22): [9 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso4.pdf>

Texto Recibido: 17/07/2015

Texto Aceptado: 27/09/2015

Texto Publicado: 30/11/2015

Introducción

El desarrollo psicomotor es la progresiva adquisición de habilidades funcionales del niño a medida que éste crece. Es un proceso gradual, en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. Está determinado por: aspectos biológicos, la interacción social y las experiencias propias del aprendizaje. Se ha estudiado ampliamente la relación entre las influencias biológicas y medioambientales sobre el desarrollo madurativo. Entre los factores biológicos de riesgo pueden citarse: pre-maturez, síndromes genéticos, asfixia perinatal, hiperbilirrubinemia neonatal e infecciones prenatales; mientras que: desnutrición, analfabetismo materno, desocupación paterna e inaccesibilidad al sistema de salud, son considerados como factores de riesgo socio-ambiental.

RESUMEN

Introducción en el siguiente artículo se expone el caso de un niño de 4 años con dificultades psicomotrices que comienza el tratamiento con un auto-concepto erróneo de sus capacidades y un nivel de autoestima muy bajo. Se tiene como objetivo mejorar el autoconcepto y autoestima del niño con el fin de favorecer el desarrollo y la evolución de sus habilidades y destrezas motrices, cognitivas, sociales y comunicativas.

Metodología a través de una valoración realizada a través de escalas estandarizadas, observación y entrevistas con los padres y la tutora del centro escolar, se elabora una intervención psicomotriz basada en la observación y la aceptación del niño en la sala, donde sus logros son reconocidos, y dónde, poco a poco se van estableciendo objetivos adecuados para él. En la reevaluación realizada pasados 9 meses, se observan resultados positivos en cuanto a los objetivos inicialmente fijados y también se valora la evolución que el niño ha ido estableciendo en la intervención.

Conclusiones concluimos afirmando que, un correcto desarrollo emocional y personal se basa en la adquisición de un concepto propio, así como en la formación de una personalidad sólida, la cual aporta al niño el grado adecuado de autoestima y seguridad.

SUMMARY

Introduction the following article presents the case of a child of 4 years with psychomotor difficulties who begins treatment with an erroneous self-concept of their abilities and low self-esteem level. The aim is to improve self-concept and self-esteem of the child in order to promote the development and evolution of their skills and motor, cognitive, social and communicative skills.

Methodology through an assessment made through standardized scales, observation and interviews with parents and the tutor of the school center, it's elaborated a psychomotor intervention based on observation and acceptance of the child in the room, where their achievements are recognized, it is prepared and where, gently they are establishing appropriate goals for him. In the past nine months reevaluation conducted, positive results were observed in terms of the original objectives and the evolution that the child has been established in the intervention is also assessed.

Conclusion we conclude that proper emotional and personal development relies on the acquisition of a self concept as well as the formation of a strong personality, which gives the child the appropriate level of self-esteem and security.

Desde el punto de vista de la TO, se considera a la persona como una globalidad, por lo que el tratamiento no se debe limitar exclusivamente a lo motor, sino que debe incluir el aspecto sensorial, cognitivo, motivacional y relacional, siempre en el marco de la ocupación humana. El Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner (MOHO), parte del principio de que la actividad humana es necesaria para la vida, defiende que el ser humano es un ser activo y que la actividad puede ser entendida como espontánea o intrínseca a la naturaleza humana. El sujeto, al actuar, satisface las expectativas y las necesidades sociales mediante una participación productiva y recreativa, facilitando la expresión de sus necesidades, motivaciones, roles, hábitos y habilidades al realizar una ocupación.

Teniendo presente este modelo (MOHO) y partiendo de que la principal ocupación del niño es el juego, se

plantea la necesidad de utilizar técnicas como son la integración sensorial, el modelo neurológico evolutivo, el modelo neuromotor y la psicomotricidad, técnica fundamental en la intervención realizada en este trabajo. Esta última técnica mencionada potencia las capacidades motoras, cognitivas y sociales que configuran la globalidad de la persona mediante la intervención corporal. La efectividad de la intervención psicomotriz, llevada a cabo a través de la

realización de juegos y actividades que le aporten estímulos y con el fin de llegar al desarrollo madurativo adecuado, está demostrada en trabajos ya publicados.

El caso que se expone a continuación, determina la evaluación y actuación llevada a cabo con un niño con retraso en el desarrollo, causado por problemas en su desarrollo emocional y un bajo nivel de autoestima.

METODOLOGÍA

Primeramente, para la valoración del niño se tienen en cuenta tres aspectos importantes:

- En el gabinete, se dedican 6 sesiones a la observación del juego espontáneo y dirigido del niño para completar una valoración que incluya información de las áreas motriz, cognitiva, social, comunicativa y la referente a la autonomía. Además de la observación, se pasan varias escalas estandarizadas como son: el inventario de desarrollo Battelle, el examen psicomotor de Picq y Vayer y la escala McCarthy de aptitudes psicomotrices.
- En la reunión con la familia, se recogen datos desde el nacimiento hasta el día a día del niño, relacionados con su autonomía, sus intereses y su comportamiento, así como las preocupaciones y expectativas de los padres.
- Finalmente, en una cita con su tutora, se anota toda la información relevante a nivel escolar y relacional.

Una vez valorado, se fijan objetivos y se desarrolla un plan de intervención, por las características del niño, basado en la aceptación, la observación y la conciencia de la realidad propia del niño.

Finalmente, pasado un año desde la valoración inicial en el Servicio de Salud Riojano, y tras 8 meses de tratamiento, se desarrolla una reevaluación. Para esto, se hace un análisis de los objetivos fijados al inicio, anotando si estos se

han cumplido de manera parcial o total. Además, se vuelven a pasar escalas de valoración estandarizadas (inventario de desarrollo Battelle, el examen psicomotor de Picq y Vayer y la escala McCarthy de aptitudes psicomotrices) con el fin de poder hacer una comparativa de la situación inicial y actual del niño. Con todos estos datos, se modifica la intervención, añadiendo objetivos nuevos más complejos y anotando una serie de logros conseguidos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Tras estas seis sesiones de valoración, la reunión con los padres y la entrevista con la tutora, se expone y describe el presente caso:

MET es un niño de 4 años procedente de la localidad de Calahorra en La Rioja Baja. Vive en dicho lugar con sus padres y su hermano dos años mayor. Nació de forma prematura y desde entonces ha llevado un seguimiento desde el área de neuro-pediatría del hospital San Pedro de Logroño. Se presenta como un niño alegre, cariñoso, entusiasta y muy participativo.

En el **área motora** se observa un niño torpe, impulsivo e inseguro. En aspectos de coordinación dinámica general se encuentra dentro de los hitos del desarrollo propios de su edad, aunque con gran cantidad de paratonías y movimientos asociados. Presenta alteración y desajustes de tono en ciertas actividades que le producen desequilibrios, torpezas y fallos a nivel de control postural. Además, se observa a MET como un niño impulsivo, incapaz de inhibir los estímulos que le llegan del exterior y de centrar su atención en la actividad durante un tiempo prolongado. Tiene dificultades en juegos de coordinación óculo-manual y se muestra excesivamente inseguro en situaciones de equilibrio, probablemente debido al déficit visual que presenta. La dominancia lateral predomina en el hemicuerpo derecho, aunque todavía no está establecida de manera total.

En **motricidad fina** se observa una gran inmadurez. Tiene un pinza funcional, aunque inmadura y un trazo impreciso y tembloroso. Tiene buena praxis ideatoria y estrategias que le permiten solventar tareas como ensartar o doblar un papel, pero carece de coordinación bimanual.

En el área **cognitiva** destaca la desatención. Su incapacidad de inhibición motriz junto con su discurso casi verborreico hacen que cualquier estímulo externo o interno le haga perder la atención en la actividad, perdiendo también el hilo de esta; sin embargo, es un niño fácilmente reconducible. En cuanto a memoria a corto plazo y de trabajo, se anotan dificultades significativas que le impiden seguir los hábitos en el colegio. Además de dificultades de representación mental y copia, no representa la figura humana; es más, no identifica partes principales como los hombros en su propio cuerpo.

En el tema **emocional** apreciamos a MET como un niño muy inseguro y con un auto-concepto bajo y deteriorado. Al proponerle alguna actividad su respuesta siempre es "no puedo" y vuelve a excusarse negativamente aun cuando lo ha conseguido superar con éxito con frases como "pero lo hago mal" o "aguanto muy poquito". Además, él mismo en ciertas ocasiones se describe como un niño flojo, despistado y que se cae mucho. En la sala de psicomotricidad demanda constantemente la aprobación del adulto y se dirige a él celebrando acciones simples como si fueran grandes logros. Su **comportamiento** es el adecuado, no se presenta como un niño con baja tolerancia a la frustración, aunque sus padres verbalizan que en casa protagoniza rabietas enfadándose, gritando, tirándose al suelo e incluso tirando objetos.

En cuanto a **autonomía**, en el gabinete se observa que se confunde a la hora de orientar los zapatos pero es capaz de ponérselos y quitárselos de forma independiente. La familia expone que aunque es capaz de realizar las actividades de forma autónoma, precisa ayuda del adulto para secuenciar las tareas que conllevan un final.

PREGUNTA PARA EL LECTOR

¿Qué plan de intervención debemos llevar a cabo en este caso?

RESPUESTA

¿Qué plan de intervención debemos llevar a cabo en este caso?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el autoconcepto y autoestima del niño con el fin de favorecer el desarrollo y la evolución de sus habilidades y destrezas motrices, cognitivas, sociales y comunicativas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ayudar al niño a crear un auto-concepto propio, adecuado y ajustado con la realidad.
2. Estimular el sistema propioceptivo con el fin de mejorar su esquema corporal.
3. Favorecer el ajuste de tono a la acción a través de actividades lúdicas.
4. Mejorar la coordinación óculo-manual.
5. Disminuir las sincinesias y paratonías presentes en el movimiento, tanto grueso como fino.
6. Mejorar la conducta, estableciendo límites y ofreciendo estrategias y alternativas para la expresión de los sentimientos del niño ante ciertas situaciones.
7. Mejorar su motricidad general, planteando las diferentes actividades y acciones desde una perspectiva metodológica relacional y vivenciada, que potenciarán de forma simultánea el aprendizaje y afianzamiento de los conceptos temporales, espaciales, de cantidad y verbales propios de su edad.
8. Mejorar la motricidad perceptiva con el fin de favorecer el aprendizaje de la escritura.
9. Aumentar la coordinación bimanual a través de actividades escolares.

10. Aumentar la conciencia y control corporal en las actividades de manipulación trabajando la praxis ideo-motora, con el fin de mejorar la segmentación motriz, espacialidad y gesto.
11. Tratar la atención sostenida en actividades de motricidad fina como el puntero, series con gomets, pintar con números...
12. Fomentar una pinza correcta, además de funcional.
13. Aumentar la autonomía aprovechando los momentos de poner y quitar zapatos y chaqueta y en el lavado de manos.

EVOLUCIÓN

PRIMERA FASE

El primero de los objetivos antes mencionados fue el principal y el que fue considerado más importante. Para esto, se propusieron retos meditados que suponían un nivel de superación no muy elevado para evitar la frustración, y no muy bajo para que el éxito fuese reconfortante. Además, la atención del terapeuta ocupacional estaba continuamente en el niño, con una mirada y un gesto de continua aprobación y reconocimiento. Las verbalizaciones positivas y realistas acerca de sus habilidades y destrezas eran protagonistas en las primeras sesiones de intervención.

- ➔ Tras haber insistido mucho en esta primera fase, la seguridad de MET en sus movimientos fue creciendo y esto provocó un aumento en la exploración sensorio-motriz, lo que dio lugar a la segunda fase de intervención.

SEGUNDA FASE

Todos los objetivos motrices se trabajaron una vez el niño comenzó a mostrar más interés y seguridad en los juegos con componente sensorio-motriz. Con actividades espontáneas y dirigidas se iban elaborando tareas que proporcionasen un estímulo somato-sensorial y que favorecieran el tono del niño ajustado a cada actividad, con el fin de mejorar los retos propios de equilibrio, coordinación y control postural.

- El aumento de su autoestima, junto con su seguridad y la motivación por el juego, hizo que la evolución de las capacidades motrices fuese rápida y poder así pasar a la siguiente fase.

TERCERA FASE

Una vez trabajado el estado emocional y corporal del niño, se pudo comenzar a trabajar objetivos superiores referentes a motricidad fina, coordinación bimanual y aspectos perceptivo-cognitivos. Para ello, se creaban actividades manipulativas, creativas y escolares en mesa y actividades más lúdicas con movimiento corporal que, como objetivo principal, tenían alguno de los objetivos previamente mencionados.

En relación a las dificultades de planeamiento, secuenciación y memoria de trabajo, se comenzó con actividades básicas de la vida diaria, puesto que su factor significativo les aporta una ligera ventaja. Poco a poco las actividades fueron aumentando en complejidad, elaborando planes motores menos habituales y aumentando los elementos a secuenciar y memorizar.

- Esta tercera fase, al ser la más compleja, fue la más lenta en cuanto a desarrollo y evolución pero con todo el trabajo y las pautas para el trabajo en casa, los objetivos se fueron cumpliendo.

CONCLUSIONES

Un correcto desarrollo emocional y personal se basa en la adquisición de un concepto propio, así como en la formación de una personalidad sólida, la cual aporta al niño el grado adecuado de autoestima y seguridad.

Estos dos factores, autoestima y seguridad, son completamente necesarios en la aparición de la exploración sensorio-motriz, la cual fundamenta la base del desarrollo del niño, evolucionando hacia un juego simbólico y un posterior aprendizaje.

Bibliografía

1. Muñoz Silva A. La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*. 2005; 5(2):147-163.
2. Vericat A, Alicia B. Orden. Herramientas de Screening del desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Rev Chi IPediatr* 2010; 81 (5): 391-41.
3. Justo Martínez E. Desarrollo psicomotor en educación infantil: bases para la intervención en psicomotricidad. Almería: Editorial universidad de Almería; 2014.
4. Lira MI. Factores de riesgo para el desarrollo del lactante de nivel socioeconómico bajo. *Rev Child Pediatr* 1994; 65: 21-27.
5. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira editores; 1997.
6. Polonio López B, Castellanos Ortega MC, Viana Moldes I. *Terapia Ocupacional en la infancia: teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
7. Kielhofner G. *Model of Human Occupation: theory and application*. 4th ed. United States: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
8. Fusté S, Bonastre M. *Psicomotricidad y vida cotidiana (0-3 años)*. Barcelona: Graó; 2010.
9. Berruezo Adelantado PP. Hacia un marco conceptual de la psicomotricidad a partir del desarrollo de su práctica en Europa y en España. *Rev Inter Form Prof*. 2000; 37: 21-33.
10. Eickmann SH, Lima AC, Guerra MQ, Lima MC, Lira PI, Huttly SR, *et al*. Improved cognitive and motor development in a community-based intervention of psychosocial stimulation in northeast Brazil. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45: 536-41.