

**Facultad de Psicología**

**Licenciatura en Terapia Ocupacional**

***“Instrumentación de la actividad como una herramienta  
terapéutica para la fobia social infantil”***

**Tesista: T. O. Cintia Paola Martinez**

**Tutora académica: Lic. Adriana Sebastianelli**

**Tutora metodológica: Psi. Graciela Bragagnolo**

**Fecha: Julio 2006**

**Resumen:**

En los últimos años ha habido una mayor incidencia de trastornos de ansiedad en el país. El incremento de la inseguridad y la violencia en la población; sumados a factores predisponentes (genéticos o aprendidos) y a otros factores desencadenantes pueden dar como resultado una serie de trastornos de ansiedad entre los cuales se haya la fobia social. En esta investigación se abordó un caso de fobia social infantil en una niña de cuatro años de edad de la ciudad de Rosario desde Terapia Ocupacional.

La terapia ocupacional como disciplina utiliza la ocupación como instrumento terapéutico. La misma comprende al ser humano como un ser de naturaleza ocupacional; en donde la ocupación posee dos rasgos fundamentales: por un lado, dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana; su ausencia o interrupción es una amenaza para la salud. Por otro lado, cuando la enfermedad afecta la salud del individuo, es la ocupación un medio efectivo para reorganizar el comportamiento.

En este caso se modificó los síntomas de la fobia social que afectaron el desempeño ocupacional de esta niña. Esto se realizó a través de la instrumentación de actividades que permitieron no solo la práctica de roles y hábitos; la exploración de las propias destrezas y del ambiente sino que también promovieron un ambiente desestructurado que facilitó el acercamiento paulatino a las situaciones temidas; permitiendo que esta niña vuelva a tener un desempeño ocupacional funcional.

## Índice

	<b>Página</b>
1. Introducción	5
1.1 Problema	5
1.2 Marco Teórico	7
1.3 Finalidad	17
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Generales	18
1.4.2 Específicos	18
1.5 Hipótesis	18
2. Método	20
2.1 Sujeto	20
2.2 Diseño	28
2.3 Procedimiento	30
2.4 Análisis	31
3. Resultados	33
4. Discusión	66
5. Conclusiones	71
6. Referencias	76

# ***Introducción***

# 1. Introducción

## 1.1 Problema:

En este trabajo de investigación se tratará la problemática de fobia social infantil en una niña de 4 años de edad de la ciudad de Rosario.

Tanto en las fobias como en los otros trastornos de ansiedad, existen diferentes factores que llevan a desencadenarlos. Los mismos se pueden clasificar en dos grupos: *Factores predisponentes* y *factores desencadenantes*.

**Factores predisponentes:** se refiere a la predisponibilidad genética-hereditaria que poseen algunas personas y que tiene una fuerte tendencia familiar. *“La influencia genética se manifiesta en la producción de alteraciones particulares en los circuitos que tienen que ver con el sistema de alarma y con el tipo de respuesta habitual que el individuo presenta frente a determinadas situaciones tendiendo a la evitación o a la inhibición comportamental”* (Cía A H, 1999) Pero la predisposición familiar se da también por aprendizaje infantil, es decir; por imitación de formas de comportamiento al grupo familiar y social en donde se desarrolla la persona. También influye en la vulnerabilidad hacia las fobias el temperamento de la persona.

**Factores desencadenantes:** Diferentes hechos de carácter aversivo de mucha importancia para la persona, puede contribuir para la aparición de una fobia. Esto implica, haber vivido o haber vivenciado a través de terceros algún hecho traumático de gran peso para la persona. En los últimos tres años ha habido un incremento notable de la inseguridad social debido a la alta incidencia de robos; secuestros; etc. Esto ha traído como consecuencia numerosos casos de fobia social en la población en general; y aún muchos niños que la integran han sido afectados.

La terapia ocupacional es una disciplina que utiliza la ocupación como instrumento terapéutico, contribuyendo al cambio a través del hacer. Esto se debe a que en sus fundamentos filosóficos, se comprende al ser humano como un ser de naturaleza ocupacional; en donde la ocupación posee dos rasgos fundamentales: por un lado, dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana; su ausencia o interrupción es una amenaza para la salud. Por otro lado, cuando la enfermedad o cualquier hecho traumático afecta la salud bio-psico-social del individuo, es la ocupación un medio efectivo para reorganizar el comportamiento.

Al hablar de niños, entendemos que la actividad ocupacional primordial de la infancia es: el juego. El mismo provee una gran variedad de posibilidades en ellos. El niño a través de la actividad lúdica puede canalizar sus miedos y ansiedades, elaborar conflictos, expresar sentimientos, explorar la creatividad y favorecer el autocontrol.

Desde la terapia ocupacional, se puede observar como la fobia social afecta las diferentes *actividades ocupacionales* (actividades de la vida diaria, laborales/escolares y lúdicas) produciendo hasta una interrupción de las mismas. También los roles y hábitos que guían los patrones de conducta se pueden ver alterados en una persona con esta patología.

Dado que dicha problemática impide a los niños adaptarse a las actividades diarias como el jardín o ciertos acontecimientos sociales, y también afecta la relación con sus pares, padres y docentes; este trabajo será un aporte valioso para profesionales y docentes que deseen tratar este tema.

## **1.2 Marco teórico:**

### **1.2.1 Antecedentes**

Una investigación desde Terapia Ocupacional de la universidad estatal de Ohaio en donde se examinó la influencia de actividades lúdicas como herramienta terapéutica en niños preescolares; afirma que el juego permite y favorece el incremento de las destrezas motoras finas y el funcionamiento funcional en niños de esta edad. ([www.terapia-ocupacional.com/articulos/EffectsOTchildren.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/EffectsOTchildren.shtml))

En un artículo de la Universidad de Murcia, España; cuyo objetivo fue revisar la eficacia de los tratamientos para los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación en niños y adolescentes; se analizaron ocho informes científicos correspondientes al periodo 1980 a 2002, que derivaron en 21 estudios independientes.

Los participantes fueron 662 sujetos de 7 a 14 años, con una edad media de 10,5 años. Los resultados informaron que la terapia cognitivo-conductual y la terapia cognitivo-conductual con intervención familiar son tratamientos probablemente eficaces para este tipo de problemáticas. En todos los casos examinados el tiempo de terapia variaba entre 12 y 20 sesiones después de las cuáles se demostraba cómo los síntomas de ansiedad habían disminuido. ([www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/03-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf)).

### **1.2.2 Terapia Ocupacional en el tratamiento de la fobia social infantil**

La Terapia Ocupacional como disciplina posee una serie de teorías que constituyen su cuerpo y fundamento científico para su práctica profesional. Las mismas derivan de varias ciencias como la biología; psicología; sociología; medicina y las ciencias de la ocupación.

Todo este bagaje de conocimiento debe ser organizado de tal manera que pueda ser instrumentado para definir y esclarecer nuestra comprensión de función; disfunción; evaluación y tratamiento; para de esta manera poder promover un mejor estado de salud en los sujetos. Es decir; vincular la teoría con la práctica.

Existen varios métodos para realizar esto y uno de ellos que por su estructura clara, antigüedad en la profesión y familiaridad para muchos profesionales; es de fácil utilización son los **Marcos de Referencia**. Los marcos de referencias derivan de modelos de profesión. *“El mismo puede conceptualizarse como el reservorio de todas las creencias de la profesión, suposiciones filosóficas, conocimiento y destrezas”* (Spackman, W;1998) Cada modelo, según la orientación teórica que posea, va a definir la salud, enfermedad, sujeto y ocupación de una manera diferente.

*“Los marcos de referencia derivan de un modelo de profesión pero son más restringidos en su enfoque y diferentes en su intención. Los marcos teóricos utilizan aquellos principios teóricos relevantes para un área específica del funcionamiento humano (...) La intención es formular estrategias de tratamiento dirigidas a áreas específicas de la práctica (...) Los marcos de referencia describen varias técnicas de tratamiento utilizadas dentro de una profesión y especifican los problemas de salud encontrados en la práctica. Todas las técnicas de tratamiento derivan de los marcos de referencia y deben ser congruentes con la definición de la profesión, es decir; con su modelo”* (Spackman, W;1998)

Los marcos de referencia, propios de la terapia ocupacional seleccionados para trabajar la fobia social infantil, fueron:



- Modelo de la Ocupación humana (MOH)
- Marco de referencia Cognitivo-comportamental

La posibilidad de trabajar con dos marcos de referencia está dada por su compatibilidad de acuerdo a sus fundamentos teóricos.

Tanto para el MOH como para el marco cognitivo-comportamental, el SUJETO es un sistema abierto que posee como característica la capacidad de autodeterminarse, la habilidad de cambiar; autorrepararse y guiar el curso de sus acciones a través de procesos consientes.

En ambos marcos el *sujeto* es tomado como un todo. Por lo tanto la afección de un área resonará en la totalidad del sujeto. La *enfermedad* y la *salud*, tendrán un origen multicausal en dichos marcos, por lo tanto su abordaje deberá ser biopsicosocial (complejo).

En cuanto a la *actividad*, cada marco la instrumentará de una manera diferente pero ambos comparten el significado “subjetivo” de la misma. Nunca una misma actividad tendrá la misma significación ni efecto en todas las personas aunque posean la misma enfermedad. Su significado dependerá de cada sujeto.

También en ambos casos el hombre vive en interrelación con el ambiente y el mismo es un elemento de gran importancia en el desarrollo de la persona.

En cada marco, variará los fundamentos teóricos, evaluaciones, la instrumentación y los objetivos específicos de tratamiento: mientras que el marco de referencia cognitivo-comportamental busca modificar aquellos esquemas de pensamiento y sistemas creencias que afectan directamente el procesamiento de información que alteran la conducta; el MOH apunta a la

búsqueda de un ciclo adaptativo en donde se puede ver alterado cualquier fase del hacer de la persona. Esto se describirá en el desarrollo de cada marco de referencia específico.

A continuación, se detallarán los marcos de referencia de forma separada y de que manera pueden definir el área problemática de fobia social infantil cada uno de ellos.

### **Marco de referencia: Modelo de la Ocupación Humana**

Según este marco el hombre es considerado como un sistema abierto en constante interacción con el ambiente, el cual incluye la situación física, social e intelectual en la cual el hombre opera. La interacción con el medio se da a través de la ocupación humana y por medio de los procesos de intake, output, throughput y feedback.

Este sistema, que representa al hombre, está compuesto a su vez por tres subsistemas:

- 1) Volitivo: en donde se encuentran los componentes e impulsos energizantes, innatos y adquiridos para actuar de ciertas maneras. Su *función es la de iniciar la acción.*
- 2) Habitación: aquellos componentes que ordenan el comportamiento en patrones. Su *función es la de regular los patrones de acción.*
- 3) Ejecución: aquí se encuentran las capacidades básicas para la acción. Su *función es la de producir los comportamientos solicitados por los otros subsistemas.*

Los componentes del subsistema de habitación que regulan los patrones de acción, son los **roles y hábitos**:

Los *roles ocupacionales* son un medio a través de los cuales las personas satisfacen los estándares aprobados socialmente y esto le permite interactuar y adaptarse al ambiente. Son imágenes que la persona tiene acerca de la posición que tiene en un grupo social y las obligaciones que acompañan dicho rol. **En los niños;** los roles se comienzan a manifestar de acuerdo a las expectativas que los padres tienen de ellos como miembro de la familia. Estas expectativas incluyen cuándo y dónde puede jugar, cuándo debe ayudar, ocuparse de su higiene y aceptar las rutinas familiares. Los roles en esta etapa están en evolución y son más informales y libres que en la etapa adulta.

Los *hábitos* son imágenes que guían la rutina y manifiestan las maneras típicas de las personas de manifestarse.

Al hablar de niños con fobia social infantil, podemos observar como los roles y hábitos que guían los patrones de conductas están en gran parte limitado y afectados por la patología. En muchos casos los hábitos pertinentes a un desarrollo evolutivo normal que se habían alcanzado, se ven afectados en gran manera hasta el punto de ser omitidos. De igual manera aquellos roles, es decir; las expectativas de los padres y la sociedad para con los niños (Ej. jugar con pares; concurrir al jardín; etc.) se ven afectados.

Un concepto inherente a este marco es el de *competencia*, el cual es definido como *la capacidad para interactuar eficazmente en el ambiente y ser apto o adecuado para satisfacer las demandas de la situación o tarea*. Para desempeñar los roles ocupacionales adecuadamente, una persona debe experimentar eficazmente el sentido de competencia.

Mary Reilly consideró al juego como un subsistema de aprendizaje que comprende por sí mismo una jerarquía de tres subsistemas:

1. *Comportamiento exploratorio*: intento del niño por investigar la realidad, satisfacer sus necesidades básicas y buscar el significado de movimientos, objetos y personas dentro de su ambiente.
2. *Comportamiento de competencia*: retroalimentación ambiental y secuencias del desarrollo que facilitan la adquisición de competencia. **El niño aprende a adaptar su comportamiento para desarrollar un sentido de dominio y autoconfianza.**
3. *Comportamiento de logro*: guiado por los estándares sociales, este comportamiento facilita la habilidad para asumir riesgos y el desarrollo de un sentido de competencia” (Spackman, W; 1998)

Estos puntos desarrollados por Mary Reilly, permiten entender al juego como un medio a través el cual el niño puede explorar, desarrollar destrezas e ir explorando la realidad en un medio menos estructurado y rígido lo cual le permite salir más fortalecido para afrontar la realidad.

Además, al ser el juego una actividad que parte de una motivación intrínseca y placentera, puede actuar como un reforzador natural en el comportamiento del niño.

### **Marco de referencia Cognitivo-comportamental**

Este marco posee como premisa principal, *“que los seres humanos desarrollan conductas desadaptativas y patrones afectivos negativos a partir de procesos cognitivos. La tarea del terapeuta es identificar los procesos cognitivos maladaptativos para utilizar posteriormente procedimientos que modifiquen las cogniciones, patrones afectivos y conductas relacionadas con ambos”* (Duarte Molina, P & Noya Arnaiz, B; 1998)

Entendemos como procesos cognitivos a aquellos sistemas de creencias que las personas poseen sobre sí mismos y sobre las cosas que suceden en el mundo y a ellos mismos. Este sistema de creencias permite interpretar la realidad externa e interna y darle diferentes valores y significados.

Desde el marco cognitivo-conductual, el comportamiento humano es explicado a través de los fenómenos mentales que causan la conducta. Es decir; ante determinado estímulo, los seres humanos damos como respuesta una conducta observable que responde a como fue procesado dicho estímulo (según nuestros esquemas de pensamiento). *“El tipo de funciones que ha de cumplir una mente se puede caracterizar como funciones de procesamiento de información. Es decir, lo que la mente debe hacer es tomar la información del medio, manipularla combinándola con información ya poseída, y utilizar la información resultante de estos procesos para generar un comportamiento adaptativo”* (Duarte Molina, P & Noya Arnaiz, B; 1998)

Por lo tanto, el fin de cualquier proceso terapéutico sería modificar la conducta, transformando los procesos cognitivos maladaptativos

La terapia ocupacional se focalizará en aquellas conductas de las diferentes áreas de desempeño ocupacional que se verán alteradas (conductas desadaptativas), como resultado de procesos cognitivos maladaptativos en el sujeto. Estas son las actividades de la vida diaria, lúdicas y laborales/escolares. Es decir, el objetivo de tratamiento será que estas actividades no se vean alteradas y sean adaptativas, modificando los esquemas de pensamientos que producen la alteración de las mismas. Es aquí donde se instrumenta la actividad con propósito para poder cambiar el sistema de creencias y procesos cognitivos maladaptativos. Las actividades que se seleccionan para este

proceso dependerán del sujeto pero las mismas podrán ser lúdicas, o correspondiente a cualquiera de las áreas del desempeño ocupacional del individuo.

### **1.2.3 Fobia social Infantil**

La fobia social es una patología que pertenece al grupo los trastornos de ansiedad. Dichos trastornos tienen como característica fundamental la aparición de una *crisis de angustia y/ o agorafobia*. Según lo define el DSM IV, la crisis de angustia “*se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte eminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamientos de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento un crisis de angustia o síntomas similares a la angustia*” (DSM IV, 1995). Para poder diagnosticar una crisis de angustia se tienen que presentar al menos 4 de los síntomas anteriormente mencionados.

En la fobia social la presencia de ansiedad se va a dar “*como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, que suele dar comportamientos de evitación*” (DSM IV). Es decir, el sujeto teme a estar frente a situaciones sociales por temor a ser avergonzado. Dicha exposición va a dar como resultado la presencia de ansiedad (crisis de angustia); por lo tanto el sujeto evita estas situaciones, produciéndose así una

disminución de la tensión y ansiedad existente. También la angustia puede ser vivida por la anticipación de la situación temida.

Los adultos pueden darse cuenta que este temor es “irracional” pero no así los niños. También, para poder diagnosticarse en niños (menores de 18 años), las conductas de evitación y el miedo o ansiedad deben haber persistido por al menos seis meses. Otra característica que se debe tener en cuenta en niños es que se tiene que haber demostrado que ante sus familiares se relacionan sin dificultad y que la ansiedad no sólo aparece frente adultos desconocidos, sino también ante sus pares.

Los síntomas son: llanto, tartamudez, aferramiento a familiares cercanos, inhibición e incluso mutismo.

Para todos los casos, este malestar debe interferir e interrumpir el desarrollo de las rutinas diarias del individuo.

#### **1.2.4 Tratamiento**

*“Tanto la psicoterapia como el tratamiento farmacológico son útiles para el tratamiento de la fobia social (...) La psicoterapia para la fobia social de tipo generalizada suele consistir en una combinación de métodos conductuales y cognoscitivos, como el entrenamiento cognoscitivo, la desensibilización sistemática, los ensayo durante las sesiones, y la asignación de tarea para la casa” (Caplan, H & Sadock, B; 2001)*

Los tratamientos grupales han tenido resultados positivos (ya que fomentan el apoyo y el reforzamiento entre los individuos); pero aún así no es tenido en cuenta para este tipo de trastornos.

La terapia familiar ha tenido una buena aceptación ya que *“el entrenamiento de padres en estrategias específicas para manejar los problemas del niño, mejorar la resolución de los problemas matrimoniales y familiares y la comunicación y el ajuste psicosocial propio de los padres, son algunas de las estrategias que parecen estar asociadas con los mejores resultados de las intervenciones clínicas en la infancia”* (Arango, JC & Jiménez M)

Otra forma de abordaje es el entrenamiento en habilidades sociales ya que la presencia de dificultades en las habilidades sociales provocará relaciones interpersonales deficitarias, por lo tanto se considera fundamental el entrenamiento en las habilidades sociales para aquellos trastornos que tienen como déficit la interacción social (Arango, JC & Jiménez M)

La terapia cognitiva-conductual tiene como supuesto básico que la cognición subyace al comportamiento, por lo tanto es necesario identificar y cambiar las ideas erróneas o pensamientos automáticos como las conductas no deseadas, limitadas o condicionadas por la ansiedad o el temor que contribuyen a generar síntomas propio de los trastornos de ansiedad.

*“La desensibilización sistemática es una de las corrientes de la terapia de la conducta más antiguas y difundidas. Su principio es el contracondicionamiento (...) El nexo entre la angustia y el estímulo desencadenante se interpreta como una conexión condicionada. (...) El propósito es, en un nuevo experimento de condicionamiento, conectar este estímulo condicionado una reacción distinta, positiva como podría serlo la sensación que produce comer golosinas. Esta nueva conexión inhibe y desaloja la anterior. (Kriz, J)*

Se le atribuye a Wolpe la elaboración de esta teoría. Se establece que el núcleo de la desensibilización está en que el paciente pueda darle diferentes



jerarquías a las situaciones que le producen angustia según las diferentes intensidades con las que las vive. Luego se lo lleva a que vaya representando aquellas situaciones empezando con las de jerarquía más leves (o de menor angustia) para ir eliminando cada una de ellas.

*“Un entrenamiento en relajación progresiva (...) es muy útil como recurso para controlar y disminuir la ansiedad en diversas situaciones y patologías”* (Cía, AH; 1999)

### **Análisis Ocupacional**

*“El estudio de la ocupación es esencial para los terapeutas ocupacionales ya que el uso de las ocupaciones como medio terapéutico es la base de nuestra práctica”* (Kielhofner, G.)

Las diferentes ocupaciones pueden ser analizadas en dos partes: por un lado, se puede describir como las mismas se presentan ante el hombre como potenciales activadores de valores; intereses; causalidad personal; roles y hábitos. Se podría decir que las actividades pueden poseer cualidades inherentes a las mismas que les permite favorecer y potenciar diferentes aspectos del sistema abierto humano.

Por otro lado, las ocupaciones pueden ser utilizadas como medio terapéuticos potenciales y ofrecer a los pacientes niveles de conducta de exploración, capacidad y logro (niveles de función ocupacional).

Es esencial que como Terapeuta Ocupacional, se realice un análisis ocupacional de las actividades que se van a desarrollar en el proceso de terapia ya que del resultado de un buen análisis y selección de actividades que correspondan a las necesidades de los pacientes, se podrá obtener un buen resultado en el tratamiento. *“Los Terapeutas Ocupacionales diseñan*

*experiencias de actividades que le ofrecen al paciente oportunidades de acciones eficientes. Estas actividades tienen propósito, en el sentido de que ayudan y se construyen sobre las habilidades del individuo y conducen al logro de objetivos individuales” (Kielhofner, G.)*

### **1.3 Finalidad:**

Fue una investigación cuasi-experimental de modificación de conducta de fobia social en una niña de cuatro años de edad de la ciudad de Rosario. La misma fue abordada desde la Terapia Ocupacional utilizando la instrumentación de actividades como la herramienta terapéutica para obtener la modificación de las conductas maladaptivas producto de la fobia.

### **1.4 Objetivos:**

#### **1.4.1 General**

Disminuir síntomas de fobia social, en una niña de cuatro años de edad; utilizando como herramienta terapéutica la actividad con propósito.

#### **1.4.2 Específicos**

- Lograr modificación en las siguientes conductas:

- ◆ Asistir a las sesiones
- ◆ Participar de las materias especiales en el jardín (música, gimnasia, inglés)
- ◆ Concurrir a los cumpleaños
- ◆ Dormir sola en su habitación
- ◆ Realizar dibujos sola

### **1.5 Hipótesis:**

A través de un tratamiento de terapia ocupacional, utilizando la instrumentación la actividad con propósito desde los marcos cognitivo-conductual y del modelo de la ocupación humana; se disminuyen los síntomas de fobia social en una niña de cuatro años de edad.

## ***Método***

## **2 Método**

### **2.1 Sujetos:**

Esta investigación se realizó con una niña de cuatro años de edad de la ciudad de Rosario que presentaba síntomas de fobia social infantil.

Aquí se realizará una descripción del sujeto a abordar en este trabajo de investigación. Se detallarán aquellas características observadas en una primera etapa que fueron la base del tratamiento.

La paciente de cuatro años de edad, ingresa a terapia con síntomas de fobia social: era incapaz de separarse del padre (aferrada a sus brazos) para concurrir a la sesión, dormía con los padres. Concurría al jardín pero se aferraba a su maestra y no participaba de ninguna de las áreas especiales donde debía dejar a su maestra y estar con otras; no concurría a los cumpleaños ni a actividades sociales donde debía quedarse con otros chicos de su edad.

A demás de los datos obtenidos por observación y por lo relatado por los padres, se realizaron dos evaluaciones formales para poder seleccionar las conductas objetivos a trabajar en el tratamiento que se expondrán a continuación.

**ENTREVISTA HISTÓRICA DE FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL**  
**FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN Y NARRACIÓN DE HISTORIA DE VIDA\***

**Nombre:** C

**Fecha:** 20-05-04

**Entrevistador:** T.O Cintia Martinez

**Demarcación de pasado /presente**

Seis meses

Situación específica. Hace cuánto tiempo: **10 meses**

**Naturaleza del Hecho o Situación:** Estudio con sonda, vivido traumáticamente para estudiar reflujo bilateral urinario.

---

**ESCALA DE PUNTAJE DE LA HISTORIA DE FUNCIONAMIENTO**  
**OCUPACIONAL**

*Circule* el número que mejor caracterice el estado de adaptación del individuo o las influencias ambientales para cada ítem en el pasado y el presente.

	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>
<b>INDIVIDUO</b>		
<b>ORGANIZACIÓN DE LA RUTINA DE LA VIDA DIARIA:</b>		
Mantenimiento de una rutina diaria funcionalmente organizada.	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
Logro de un balance entre trabajo, juego y Esparcimiento.	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
<b>ROLES DE LA VIDA:</b>		
Mantención de participación en distintos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
Cumplimiento con las expectativas de esos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
<b>INTERESES, VALORES Y OBJETIVOS:</b>		

Identificación de intereses, valores y objetivos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Realización de intereses, valores y objetivos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

### PERCEPCIÓN DE HABILIDADES Y LIMITACIONES

Percepción de habilidades y limitaciones	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Asunción de responsabilidad	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

### AMBIENTE

#### INFLUENCIAS AMBIENTALES:

Influencia del ambiente social	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Influencia del ambiente físico	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

### PATRONES DE HISTORIA DE VIDA

Cuáles son los patrones de Historia de vida más característicos que identifica el paciente.

- 1- Historia de desadaptación crónica
- X** 2- Historia de adaptación recientemente interrumpida por un comienzo agudo de desadaptación
- 3- Historia con períodos variables de adaptación y desadaptación.
- 4- Historia de adaptación que sigue un proceso gradual y progresivo de desadaptación.
- 5- Otros (especificar)

### NARRACIÓN DE LA HISTORIA DE LA VIDA

Esta niña nace con un problema de riñón que es diagnosticado a los siete meses por un reflujo bilateral urinario que le había producido fiebre muy alta. A pesar de esto, la paciente había logrado su desarrollo normal, con patrones de rutinas y hábitos adaptativos.

A los tres años de edad, vivencia un estudio de carácter traumático: para control realiza un análisis con sonda en dónde debe orinar con la misma, a lo cual se resiste. A partir de este estudio, comienza a desarrollar patrones de hábitos y rutinas desadaptativos: se interrumpen aquellos hábitos que habían regido su conducta anteriormente (Ej. concurrir al jardín, dormir sola en su habitación); y manifiesta falta de roles significativos (que ya habían sido ejercidos) de acuerdo a su ambiente socio-cultural (Ej. relacionarse con pares en actividades sociales; ser alumna de jardín de infantes, etc.)

A pesar de poder identificar cuáles son sus intereses y valores presenta gran dificultad para realizar aquellas actividades que son valoradas y de interés para ella (Ej. jugar con otros, dibujar, etc.) También presenta alguna dificultad para reconocer sus habilidades y para asumir las responsabilidades. (Ej. manifiesta no poder dibujar sola, hecho que no es real ya que posee las habilidades para hacerlo).

En cuanto al ambiente social, se puede observar que el mismo contribuye con estos patrones de desadaptación. Su maestra escolar refuerza el aislamiento de la alumna hacia su grupo social, brindándole un espacio en dónde quedarse con ella mientras los demás alumnos continúan con la rutina escolar (asistir a clases especiales) sin fomentar la integración de la paciente. Sus padres, al no saber como actuar ante los síntomas manifestados por la paciente de forma abrupta, aceptaron aquellos patrones desadaptativos para poder contener a su hija pero de esta manera los reforzaron. A pesar de esto, el hecho de que los padres hayan buscado ayuda terapéutica es un rasgo positivo que muestra que están dispuestos a promover cambios adaptativos para su hija.



### Escala de puntaje individual

<b>Clasificación</b>	<b>Definición</b>	<b>Implicancias para la intervención</b>
<b>5 adaptativo</b>	Capaz de reconocer necesidades personales y/o ambientales demandas / condiciones independientemente	No tiene necesidad de apoyo o intervención
<b>4 adaptación moderada</b>	Capaz de reconocer necesidades personales y/o ambientales demandas / condiciones aún con asistencia	Requiere solamente apoyo para mantención
<b>3 adaptación marginal</b>	Riesgo de problema en reconocimiento de necesidades personales y/o demandas ambientales aún con asistencia	Requiere alguna intervención para ajuste / cambio/ reorganización
<b>2 moderadamente desadaptado</b>	Considerable problemas en reconocimiento de necesidades personales y/o demandas ambientales aún con asistencia	Requiere un ambiente estructurado e intervenciones dirigidas a ajuste/cambio
<b>1 desadaptado</b>	Incapaz de reconocer necesidades personales y/o demandas / condiciones aún con asistencia	Requiere un ambiente altamente estructurado e intervenciones dirigidas a mantención básica y mayor ajuste/ cambio

### Escala de puntaje ambiental

<b>Clasificación</b>	<b>Definición</b>	<b>Implicancias para la intervención</b>
<b>5 apoyo adaptación</b>	Mejora el nivel de adaptación de la persona	No requiere cambio
<b>4 apoyo moderado adaptación</b>	Proporciona apoyo básico para la adaptación	No requiere cambio
<b>3 apoyo marginal adaptación</b>	Contribuye a poner en riesgo a la persona	Requiere recursos adicionales menores y/o cambio
<b>2 Interferencia moderada con adaptación</b>	Definitivamente crea problemas para la adaptación	Requiere recursos adicionales mayores y/o cambio
<b>1 Impide adaptación</b>	No permite adaptación a la persona	Totalmente no apto para la persona, requiere ambiente diferente

\*(Manual "Rehabilitación y Vida Modelo de Ocupación humana" Parte II; Carmen Gloria de las Heras de Pablo)

## EVALUACIÓN “A B C” \*

El objetivo de la evaluación es identificar cuáles son los *procesos cognitivos desadaptativos* que posee el paciente que hacen que ante un determinado hecho el paciente de una respuesta desadaptativa.

**A:** situación o hecho que es interpretado

**B:** procesos cognitivos que interpretan los diferentes estímulos

**C:** respuesta que se da de acuerdo a la interpretación que se hace del hecho.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
DORMIR SOLA	“Tengo miedo que me pase algo muy feo y no me pueda ayudar nadie por estar sola”	DUERME CON LOS PADRES

**Distorsión cognitiva:** *CASTRATOFIZAR*, error del pensamiento que genera ansiedad; haciendo imaginar mayores fuentes de peligro o infortunio, de las que realmente existen y creándolas cuando no las hay.

CONCURREDIR A CUMPLEAÑOS	“Todos los nenes pueden jugar y yo no; y me quedo sola”	NO ASISTE A CUMPLEAÑOS
-----------------------------	--	---------------------------

**Distorsión cognitiva:** *MAGNIFICACIÓN*, se sobrestima las virtudes o habilidades de los demás, creando la ilusión de que lo propio tiene poco valor.

REALIZAR UN DIBUJO SOLA	“No puedo, no me sale dibujar nada porque me sale mal”	NO DIBUJA SOLA
----------------------------	---	-------------------

**Distorsión cognitiva:** despreciación de las habilidades; virtudes y logros propios.

\*(Duarte Molina, P & Noya Arnaiz, B; 1998)

Esta evaluación fue tomada a la paciente en forma individual, adaptando las preguntas sobre que pensaba o sentía ante los tres hechos identificados como

A; con un lenguaje comprensible de tal manera que pudiera expresar sus pensamientos y a partir de ellos identificar las distorsiones cognitivas (B) que producían las conductas desadaptativas (C).

Dado los datos de las evaluaciones, se pudo observar una *disfunción ocupacional* ya que la paciente no puede desarrollar los niveles de EXPLORACIÓN (al no poder jugar libremente, explorando los materiales y el ambiente), COMPETENCIA (al no poder responder a las demandas de las tareas ni organizar sus habilidades en hábitos adecuados) y LOGRO (al no poder mantener ni aumentar su desempeño en roles ocupacionales en donde se identifican los estándares de desempeño esperados). Estos tres niveles son sinónimos de función ocupacional en el MOH.

Por lo contrario se observaron niveles de INEFICACIA (ya que hay una interferencia en el desempeño de actividades valoradas acompañada de una falta de satisfacción con el desempeño), INCAPACIDAD (al desarrollar una limitación de destreza importante y la incapacidad de desempeñar tareas cotidianas de manera rutinaria y adecuada; lo cual puede haberse relacionado a sentimientos de ansiedad, falta de confianza que impiden desempeñar los roles y la consiguiente retroalimentación negativa. Estos dos niveles son marcadores de disfunción ocupacional desde el MOH. Existe un tercer nivel en esta área de disfunción que es la IMPOTENCIA. En este nivel hay una interrupción total de su desempeño ocupacional, en donde la persona es incapaz de relacionar sus valores pasados con su condición presente. No se consideró que este sea el caso de la paciente ya que posee algunos niveles de desempeño funcionales.

Las conductas objetivas del tratamiento que se seleccionaron fueron: la interrupción de aquellos hábitos que habían regido su conducta anteriormente (Ej. concurrir al jardín, dormir sola en su habitación); y la falta de roles significativos de acuerdo a su ambiente socio-cultural (Ej. relacionarse con

pares en actividades sociales; ser alumna de jardín de infantes, etc.) Es decir; se pudo ver claramente como estaba afectado el sistema de habituación, de acuerdo al MOH; en esta niña.

Por otra parte, se observó como su esquema de pensamientos y sistema de creencia estaba alterado ya que a partir de esto el comportamiento, en las diferentes áreas de la vida diaria (dormir sola, concurrir a cumpleaños y realizar un dibujo sola); estaba obstaculizado.

## **2.2 Diseño e instrumento:**

Es un diseño de caso único de modificación de conducta, cuasi-experimental; longitudinal.

Se realizaron observaciones para obtener la línea base y seleccionar las conductas objetivos.

Se realizaron evaluaciones antes, durante y después del tratamiento.

Se determinaron frecuencia e intensidad de las conductas objetivo, en caso que se lo requería.

Se utilizaron como herramienta terapéutica propia de la Terapia Ocupacional, actividades con sus *análisis ocupacional* correspondientes, que permitieran lograr los objetivos de tratamientos propuestos.

Las técnicas de tratamiento utilizadas fueron las siguientes:

- ◆ Desensibilización sistemática
- ◆ Representación a través de dibujos y juego con títeres o muñecos sobre lo vivido en cada situación a trabajar

- ◆ Evolución del dibujo (desde dibujar con los mismo elementos a poder hacerlo sola)
- ◆ Trabajo familiar
- ◆ Sistema de refuerzo por las conductas adquiridas
- ◆ Asesoramiento a la docente

Dentro del trabajo familiar se realizó el asesoramiento a los padres:

### **Asesoramiento a los padres**

Luego de la sesión inicial, en dónde se realizó una entrevista a los padres para determinar el motivo de consulta y elevar los datos necesarios para abordar a la paciente; se llevaron acabo otros 2 encuentros más con los mismos.

En dichas sesiones, a demás de elevar los datos necesarios para las evaluaciones; se les sugirió a los padres que modificaran aquellas conductas que llevaban a la dependencia de la paciente hacia ellos y se pesaron diferentes estrategias que reforzaran y permitieran generalizar lo que se trabajaba en la sesión.

Una vez planteados los objetivos en conjunto, se le iba informando a los padres cuales eran las conductas objetivo que se estaban trabajando en la sesión. Por otro lado, ellos sabían cuál era el objetivo general del tratamiento.

Como una de las estrategias, se les propuso armar un afiche en dónde se irían agregando corazones a medida que la paciente realizaba una conducta de la cual se pretendía mayor frecuencia, es decir; que se repitiera hasta ser generalizada en la vida diaria.

Luego de haber acumulado una cierta cantidad de corazones (3 al principio y a medida que avanzaba se le pedía juntar más) los padres le daban un premio a su elección.

Desde la casa se trabajaron principalmente aquellas conductas que se realizan en el hogar (dormir sola; prepararse para ir al jardín) y en un segundo plano; las otras.

Se consideró de vital importancia incorporar a los padres en un rol activo en el proceso de terapia. Esto se debe a que no solo son padres quienes comparten la mayor parte del día, sino que son quienes brindan la base de seguridad y confianza a partir de la cual los niños crecen y se forman.

### **2.3 Procedimiento**

Se realizaron 25 sesiones de 45min de duración con una frecuencia de una vez por semana.

Las mismas se llevaron a cabo en un consultorio particular de Terapia Ocupacional.

Los materiales utilizados fueron varios: títeres; muñecos; diferentes elementos de expresión gráfica (fibras, témperas, lápices, hojas, etc.), papel afiche; cartulinas; plasticolas; entre otros.

Se instrumentaron diferentes actividades a lo largo de las sesiones que fueron analizadas para cumplir con los objetivos de tratamiento.

Se utilizaron diferentes técnicas de reforzamiento: golosinas, selección de actividad, reforzadores sociales (halagos, sonrisas, aplausos, palabras de afirmación, etc.); y la confección de una carpeta.

Como recurso humano se trabajó con una terapeuta ocupacional y con la docente del colegio a la cuál se les dio algunas intervenciones.

#### **2.4 Análisis**

Se utilizó estadística descriptiva para realizar el análisis de los datos de la investigación.



## ***Resultados***

### **3. Resultados**

Los resultados serán presentados en dos etapas: Una primera, en donde se detallará algunos *análisis de las actividades* elegidas en el tratamiento ya que las mismas forman la herramienta esencial de la Terapia Ocupacional. Y una segunda en dónde se podrá observar como se fueron modificando las conductas objetivos, en qué tiempo, de qué forma y las reevaluaciones tomadas una vez finalizado el tratamiento.

## **Etapa A: “Análisis Ocupacional”**

En esta etapa se analizarán dos de las actividades utilizadas como herramientas terapéuticas durante el tratamiento.

### **Actividad: “Juego de dramatización con títeres”**

#### **Objetivos:**

- ◆ Promover la desensibilización sistemática, representando hechos reales en un juego de dramatización
- ◆ Favorecer la asunción de roles y hábitos
- ◆ Posibilitar la resolución de problemas en un ambiente desestructurado y lúdico
- ◆ Explorar la creatividad y expresión

Utilizada para modificar la conducta: *Concurrir a cumpleaños*

#### **Áreas de análisis Ocupacional:**

##### **1) AMBIENTE:**

- a- **Objetos:** los objetos utilizados en esta actividad son los títeres; los mismos son de gran disponibilidad. No son complejos en su uso, es decir; pueden ser usados por niños con gran facilidad. Son flexibles en su uso ya que se adaptan y amoldan al uso y características que le vaya dando el usuario y su propósito principal es para jugar.

- b- Tarea:** es una tarea simple con alto grado de diversión para quién participa en el juego de títeres. Se puede realizar en cualquier momento deseado y durante el tiempo que se desee. No requiere seguir normas. Se puede realizar con otros por lo que posee cierta naturaleza social.
- c- Grupos sociales:** es una actividad destinada a niños.
- d- Cultura:** Es de valor cultural para los niños.

## 2) VOLITIVO

- a- Causalidad personal:** permite explorar la eficiencia personal. Enfatiza el control interno ya que es el sujeto que lo utiliza quién le da forma y vida al títere. Se puede anticipar la gran probabilidad de éxito en esta actividad dado el gran nivel de simplicidad y flexibilidad de la actividad y el alto grado de diversión.
- b- Valores:** a través de este juego se puede estimular la conciencia de pasado, presente y futuro representando con el mismo hechos valorados en el pasado y que son y/o serán valorados por el individuo.
- c- Intereses:** esta actividad es posible que haya sido experimentada alguna vez por los individuos ya sea en la acción o haber presenciado alguna vez una exposición teatral de títeres. Ofrece una gran variedad de elementos como para que resulte atractiva para un niño y puede ser usada en una gran variedad de ambientes.

## 3) HÁBITOS

- a- Roles:** esta ocupación responde al rol de jugador; rol propio de los niños.

**b- Hábitos:** esta conducta puede ser incluida en los hábitos de juego de un niño.

#### 4) DESEMPEÑO

**a- Destrezas perceptuales-motoras:** Integración sensorial (táctil, visual, propioceptivo y auditiva); Destrezas perceptuales (esquema corporal, discriminación visual y espacial); Neuromuscular (arco de movimiento, tono muscular); Motor (coordinación motora gruesa, cruzar la línea media, integración visomotora).

**b- Destrezas de procesamiento:** no requiere de mucha planificación. Se debe seguir una secuencia pero la misma no es estructurada sino que se va adaptando a las intenciones del usuario de títere. Se debe decidir que forma darle y características del personaje a crear.

**c- Destreza de comunicación-interacción:** permite conversar con otros, dar opinión y relacionarse con los demás. Dar o pedir ayuda. Dado que todo esto el paciente lo realiza con un objeto intermediario (el títere), es más sencillo y puede realizarse libremente.

#### 5) SALIDA (OUTPUT)

Esta actividad en este caso corresponde a una actividad **LÚDICA**.

En otros casos puede ser usada como una actividad laboral (para un titiritero)

### Análisis Clínico Ocupacional

- 1) **APRENDIZAJE EXPLORATORIO:** esta actividad permite la exploración del objeto a utilizar (títere) y del ambiente en el que se está usando e ir modificando al objeto de acuerdo a las propias cualidades que se le vaya queriendo dar.
- 2) **APRENDIZAJE DE CAPACIDADES:** esta actividad lúdica permite practicar rutinas y puede ser llevada a la rutina diaria. Permite ir practicando de forma graduada, a través del objeto intermediario; destrezas específicas de un hábito para luego ser llevada a la vida diaria.
- 3) **APRENDIZAJE DE LOGRO:** esta actividad estimula el desempeño de roles y el ensayo de los mismos.

## **Actividad: “Expresión gráfica”**

### **Objetivos:**

- ◆ Promover la desensibilización sistemática, representando a través de diferentes dibujos aquellas escenas temidas y escenas deseadas
- ◆ Favorecer la asunción de roles y hábitos
- ◆ Modificar el sistema de creencias, a través de la exploración de nuevas formas de comportamiento en un medio desestructurado
- ◆ Explorar la creatividad y expresión

Esta actividad fue utilizada a lo largo del proceso terapéutico para modificar muchas de las conductas objetivas, como se detalla en las diferentes tablas.

### **Áreas de análisis Ocupacional:**

#### **1) AMBIENTE:**

**a- Objetos:** los objetos utilizados en esta actividad son hojas; fibras; lápices de colores; pinceles; témperas; cartulinas; etc. Los mismos son de gran disponibilidad. No son complejos en su uso, es decir; pueden ser usados por niños con gran facilidad de acuerdo a sus capacidades y proceso evolutivo. Son flexibles en su uso ya que el sujeto los adapta y amolda de acuerdo a sus capacidades, ideas etc. Los materiales son desestructurados ya que los mismos son usados de acuerdo a las intenciones del paciente. Algunos de estos materiales (témperas) son un poco más complejos en su uso ya que requieren un preparado especial

(recipiente, diluir en agua) pero no son difíciles de utilizar. Su propósito principal es expresar y representar algo gráficamente.

- b- Tarea:** es una tarea simple con alto grado de diversión para quién la realiza. Lo más complejo puede ser respetar las características y límites de algunos materiales (témperas, plasticolas de colores). Se puede realizar en cualquier momento deseado y durante el tiempo que se desee. Si bien se puede realizar con otros por lo general se espera que se realice individualmente.
- c- Grupos sociales:** Si bien es una actividad que puede ser realizada por cualquier grupo etéreo; es de gran importancia en la infancia ya que se considera una actividad propia de los niños.
- d- Cultura:** Es de valor cultural.

## 2) VOLITIVO

- a- Causalidad personal:** permite explorar la eficiencia personal. Enfatiza el control interno ya que es el sujeto quien debe dominar los materiales e ir haciendo una representación de acuerdo a sus intereses y deseos. Si bien el resultado puede despertar el sentimiento de fracaso en el sujeto que realiza esta actividad al no responder a lo esperado por el mismo, se puede identificar gran potencial de éxito ya que los materiales no son complejos y su uso implica un alto grado de diversión.
- b- Valores:** a través de esta actividad se puede estimular la conciencia de pasado, presente y futuro representando con la misma hechos valorados en el pasado y que son y/o serán valorados por el individuo.



**c- Intereses:** todo sujeto desde muy pequeño es probable haya experimentado alguna vez esta actividad. Desde pequeños se nos ofrece un papel y algún lápiz para realizar un garabato por puro placer motriz y pasa a ser un hábito en la infancia. Ofrece una gran variedad de elementos como para que resulte atractiva para un niño y puede ser usada en una gran variedad de ambientes.

### 3) HÁBITOS

**a- Roles:** esta ocupación responde al rol de alumno de jardín de infantes (ya que es una actividad utilizada con mucha frecuencia y programada en la etapa preescolar).

**b- Hábitos:** esta conducta puede ser incluida en los hábitos de un niño.

### 4) DESEMPEÑO

**a- Destrezas perceptuales-motoras:** Integración sensorial (táctil, visual, propioceptivo); Destrezas perceptuales (esterognosia, esquema corporal, posición en el espacio, figura-fondo, discriminación derecha-izquierda, discriminación visual y espacial); Neuromuscular (arco de movimiento, control portural); Motor (coordinación motora gruesa, cruzar la línea media, integración visomotora, coordinación motora fina).

**b- Destrezas de procesamiento:** requiere de planificación en cuanto al uso de los materiales, qué se quiere representar. Se debe seguir una secuencia estructurada en el uso de algunos materiales (témperas) pero la misma no es estructurada sino que se va adaptando a las intenciones

de quién realice el dibujo. Se debe decidir qué forma darle y características del dibujo a realizar.

**c- Destreza de comunicación-interacción:** Si bien es una actividad que no requiere de la interacción social para realizarla, la misma es en sí una forma de expresión por lo cuál representa un canal de comunicación. Se puede pedir ayuda en el caso de ser necesario.

## 5) SALIDA (OUTPUT)

Esta actividad en este caso corresponde a una actividad **LÚDICA**.

En otros casos puede ser usada como una actividad laboral (para un dibujante profesional)

### Análisis Clínico Ocupacional

**A) APRENDIZAJE EXPLORATORIO:** esta actividad permite la exploración de los materiales a utilizar (cualidades de los mismos, posibilidades, etc.) Quién realiza esta actividad debe animarse a explorar no solo las cualidades de los materiales sino sus propias capacidades en el uso de los mismos para obtener un producto final.

**B) APRENDIZAJE DE CAPACIDADES:** esta actividad lúdica permite practicar rutinas y puede ser llevada a la rutina diaria. Permite ir representando situaciones y destrezas específicas de un hábito para luego ser internalizadas y ser llevada a la vida diaria.

**C) APRENDIZAJE DE LOGRO:** esta actividad estimula el desempeño de roles y el ensayo de los mismos. Se puede ir representando los diferentes roles a desempeñar el sujeto y explorar las posibilidades del mismo.

## Etapa B: “Modificación de conductas objetivos”

### Cuadro 1

**Conducta objetivo: “Asistir a sesiones”**

**Tiempo:** 1 mes (cuatro sesiones)

Tratamiento	Refuerzo
<p><b>Sesión 1:</b> No logra separarse del padre. Se trabaja en la sala de espera. No habla. Se le muestra diferentes materiales (títeres; muñecos) Permanece de espalda a la terapeuta. Solo al final mueve la cabeza para decir "Sí o No"</p>	<p>REFORZADOR SOCIAL: Sonrisas, Halagos.</p>
<p><b>Sesión 2:</b> Realizada en un consultorio cercano a la sala; conjuntamente con el padre. Trabajó de frente. Pronunció algunas palabras. Se realizó un dibujo conjuntamente la paciente con la terapeuta. Permaneció en la falda del padre</p>	<p>REFORZADOR: CHOCOLATE (acordado la Sesión anterior)</p>
<p><b>Sesión 3:</b> Se realizó la sesión sin los padres en el mismo consultorio (no T.O.) con la puerta abierta (podía ver así a los padres) Realizó un dibujo con la terapeuta quien sostuvo la mano de la paciente ante la resistencia a dibujar sola. Se dibujó lo que la paciente fue proponiendo</p>	<p>Reforzador social Selección de materiales para la sesión siguiente</p>
<p><b>Sesión 4:</b> Realizada en la SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL; solas, paciente y terapeuta. Conoció el lugar; juegos; materiales; etc.</p>	<p>Reforzador social Materiales seleccionados previamente</p>

**Comentarios:** Los reforzadores sociales fueron aplicados durante las sesiones cada vez que la paciente manifestaba alguna conducta que era considerada positiva, la cual se pretendía que se manifeste con mayor frecuencia.

El chocolate (golosina seleccionada por la paciente) fue entregado al inicio de la segunda sesión como reforzar de los pequeños avances de la primera sesión (en dónde había sido acordado como reforzador seleccionado por la paciente).

La selección de actividades eran utilizadas para reforzar los avances de la sesión. Una vez que estaba por finalizar la sesión se acordaba que materiales iba a utilizar en la sesión siguiente y se recordaba que ella podía elegirlo ya que había trabajado un poco más en esa sesión. Mientras ella seguía trabajando iba a poder seguir seleccionando los materiales para trabajar. Los materiales eran entregados al principio de la sesión próxima y formaban parte de la actividad instrumentada en dicha sesión.

Se pudo observar como se fue dando progresiva la asistencia a las sesiones. Se creyó conveniente que la paciente no ingresara directamente a la sala de terapia ocupacional con los padres ya que el objetivo de esta etapa era que pueda asistir sola. Por lo tanto, se seleccionaron otros espacios de trabajo que a medida que se acercaban a la sala de T.O; se alejaban de la sala de espera (en dónde estarían los padres).

Las sesiones tuvieron una frecuencia de una vez por semana por lo que el total de la modificación de esta conducta fue de un mes.

Durante las sesiones siguientes se mantuvo esta conducta: la paciente asistió sola a la sala de terapia ocupacional sin inconvenientes.

## Cuadro 2

**Conducta objetivo:** “Participar en las materias especiales”

**Tiempo:** 2 meses (5 sesiones)

**Actividades:** Dibujo, dramatización.

Tratamiento	Refuerzo	Tiempo
<b>Música:</b> * Se dibujó el salón; instrumentos; docente y compañeros * Se representó corporalmente una clase de música (dramatización)	Cada vez que asistía a una clase: REFUERZO SOCIAL; ELECCIÓN DE ACTIVIDADES.	<b>15 DÍAS</b> (2 sesiones)
<b>Gimnasia:</b> * Se representó, a través de un dibujo; e la docente; salón y actividades que realizan en la clase	Idem anterior	<b>1 semana</b> (1 sesión)
<b>Inglés:</b> * Se representó la clase a través de un dibujo (ubicación dentro del salón; docente; Compañeros) * Se conversó sobre qué sentimientos o sensaciones tiene su cuerpo en estos momentos	Idem anterior	<b>15 DÍAS</b> (2 sesiones)

**Comentarios:** Para lograr esta conducta se realizaron orientaciones a la docente general del jardín. Por iniciativa de la docente se combinó una conversación telefónica en la cual la terapeuta pudo notar que la docente reforzaba estas conductas de aislamiento permitiéndole a la paciente que no

asistiera a las clases y le proponía otras actividades en el salón con ella. Por lo tanto, se le sugirió que invirtiera esta situación reforzando y apoyando las iniciativas de la paciente de integrarse a las otras materias y no así las conductas de aislamiento. Se conversó sobre estrategias para realizar esto (invitarla a participar; conversar sobre las cosas positivas que viviría si asistía, diferentes tipos de refuerzos, etc.)

Los reforzadores se aplicaron cada vez que la paciente manifestaba asistir a las clases especiales que se habían trabajado en las sesiones. Es decir, cuando logró asistir a la clase de música, se aplicó el reforzador; y así con las otras materias.

Otra forma de reforzar estas conductas fue conversar con la paciente, en donde se le remarcaba su capacidad para alcanzar las diferentes metas, a medida que pasaba el tiempo. Esto podría incrementar su sentimiento de autoeficacia y autoestima lo cual favorecía el proceso de tratamiento.

El tiempo en el que se trabajó la asistencia a cada una de las clases, se encuentra detallado en la tabla. La frecuencia de las sesiones fue de una vez por semana por lo que el tiempo total del trabajo en esta conducta fue de dos meses, es decir; el segundo y tercer mes de tratamiento.

### Cuadro 3

**Conducta objetivo:** “Concurrir a los cumpleaños”

**Tiempo:** 2 meses (seis sesiones)

**Actividad:** Dramatización con títeres, muñecos y role-play.

Tratamiento	Refuerzo
<p>* <i>Juego de dramatización con títeres y muñecos:</i></p> <p>Se simuló diferentes fiestas; juegos que se realizan en los cumpleaños; sonidos de globos y piñatas; etc.</p> <p>* <i>Relación con pares:</i> se representó conversaciones; formas de saludar; presentarse; etc.</p>	<p>REFORZADOR</p> <p>SOCIAL:</p> <p>Palabras de afirmación</p> <p>Selección de Actividades (cuando asistía a cumpleaños)</p>

**Comentarios:** Se fue realizando desensibilización sistemática a través de los juegos de dramatización. Los mismos se realizaron con muñecos; títeres y role-play entre la terapeuta y la paciente. Cada vez se iba profundizando un poco más hasta agregarle los sonidos lo más reales posibles que eran temidos por la paciente (sonido al reventarse la piñata, gritos de los niños, etc.) y se trabajó también las habilidades sociales requeridas para participar en grupo de una actividad social de estas características.

Esto se trabajó durante dos meses (seis sesiones) y en este tiempo ella pudo comenzar a asistir con sus padres a cumpleaños.

Cuando concurrió al primer cumpleaños, se reforzó esta conducta representando ella lo que había hecho, conversando sobre cómo se había sentido y permitiéndole la selección de materiales para la próxima sesión (esto fue al mes y medio de comenzar a trabajar esta conducta).

En diciembre, es decir al finalizar el tratamiento; fue su cumpleaños y pudo (a diferencia de otros años) festejarlo sin problemas: jugó con sus amigos, reventó piñata y disfrutó todo el transcurso del mismo.

Los padres le permitieron organizar y seleccionar aquellas cosas pertinentes a su fiesta, lo cual favoreció el sentimiento de seguridad y confianza en ella.



## Cuadro 4

**Conducta objetivo:** *“Dormir sola en su habitación”*

**Tiempo:** 2 meses (seis sesiones)

**Actividades:** Juego con plastilinas, dibujo.

Tratamiento	Refuerzo
<p>* <i>Juego con plastilinas</i></p> <p>* <i>Dibujo con diferentes materiales:</i></p> <p>En ambos casos se describía su habitación; luces; salidas; espacios preferidos; etc.</p> <p>* <i>Orientación a los padres</i></p>	<p>Luego de 4 veces lograda la conducta; obtenía un premio:</p> <p>GOLOSINAS A ELECCIÓN</p>

**Comentarios:** La paciente ya había logrado este hábito pero a partir del hecho que desencadenó los síntomas de fobia, volvió a dormir a la pieza de sus padres. Si bien compartía la pieza con su hermana, expresaba necesitar la presencia de su madre para dormir por lo cual se pasaba de cama al darse cuenta que la habían llevado a su habitación.

Esto se trabajó conjuntamente con los padres y se acordó aplicar el refuerzo luego de 4 veces realizada la conducta deseada (ellos lo hacían en el hogar y dentro del consultorio la paciente elegía una golosina como premio refuerzo).

Esto fue trabajado durante dos meses pero logró dormir en su habitación por primera vez a la tercer semana de trabajar la conducta. Luego de esta vez, tuvo diferentes intentos de volver a la habitación de sus padres y solo después del mes y medio de trabajo, la conducta fue alcanzada con una frecuencia diaria.

## Cuadro 5

**Conducta objetivo:** “Realizar dibujos sola”

**Tiempo:** 7 meses

**Actividad:** dibujo

Tratamiento	Refuerzo	Tiempo
<b>Evolución del dibujo:</b>		
* Dibujo en conjunto: la terapeuta sostenía la mano de la paciente con la suya.	Refuerzo social	<b>1 MES</b>
* Ambas dibujaban lo mismo, separadas; pero en la misma hoja		<b>1 MES</b>
* Se representaba lo mismo, terapeuta y paciente; pero en hojas separadas	Confección de una carpeta	<b>2 MESES</b>
* En hojas separadas, diferentes dibujos		<b>2 MESES</b>
* Dibuja sola		<b>1 MES</b>

### Comentarios:

Las diferentes etapas del dibujo se fueron dando durante todo el proceso terapéutico.

Los diferentes dibujos se fueron intercalando como herramienta de desensibilización sistemática en los distintos pasos del tratamiento para modificar las otras conductas objetivo. Esto se puede observar en las tablas anteriores cuando se hace referencia a la actividad de expresión plástica.

Los reforzadores utilizados cada vez que la paciente realizaba un dibujo, fueron las palabras de afirmación. Sumado a esto, cada vez que avanzaba un paso en la evolución del dibujo, se remarcaba su capacidad para hacerlo.

Otro reforzador utilizado fue la *confección de una carpeta*. Se acordó que luego de una cantidad de dibujos (8) se iba a realizar una carpeta donde guardarlos. Esto entusiasmó mucho a la paciente y le permitió avanzar un paso más mientras la hacía. Fue ella quien tuvo que elegir el diseño y los materiales para hacerla.

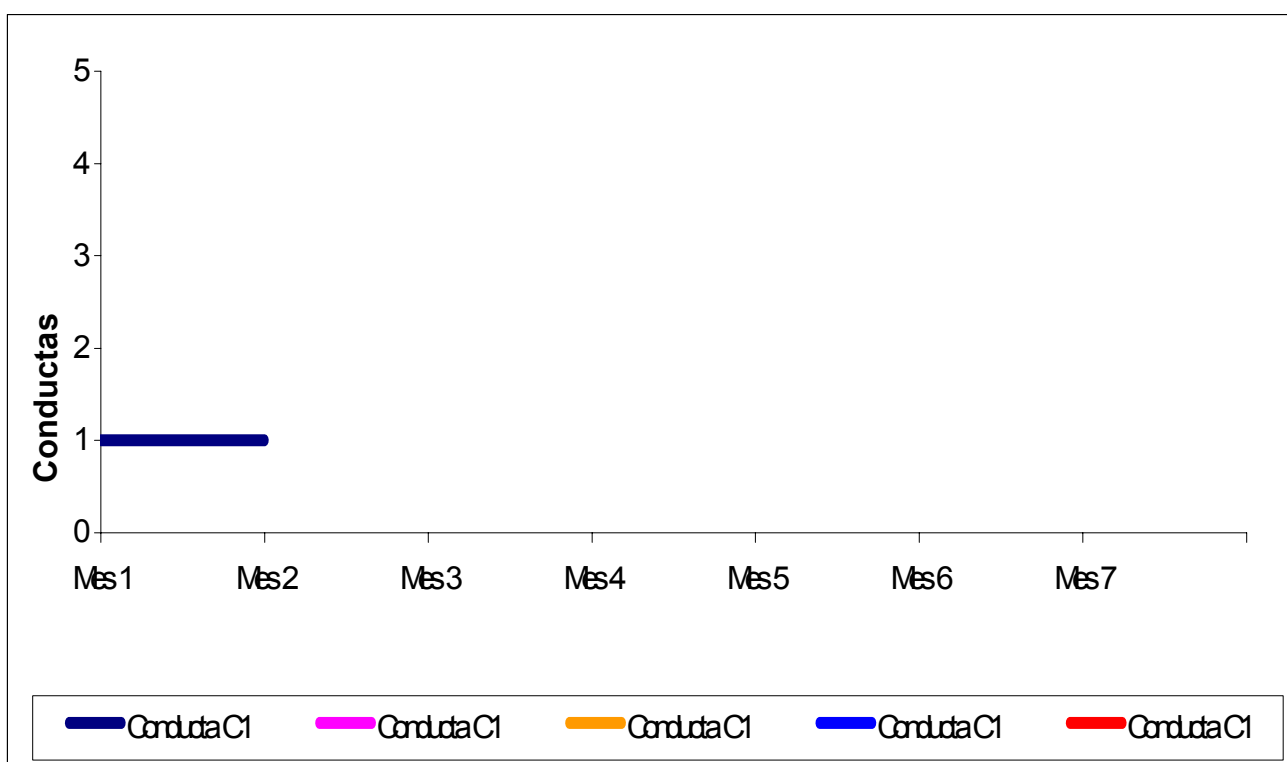
El tiempo que se trabajó en cada paso de la evolución del dibujo, se encuentra detallado en la tabla; dando un total de 7 meses hasta llegar a que dibuje sola. Aunque por lo general, antes de empezar a dibujar, tendía a la dependencia; luego de recordarle como lo había podido hacer las últimas veces, la animaba a que continuara así o a que avanzara un poco más.

Esta conducta se mantuvo una vez lograda.

## ***Análisis de resultados***

## Gráfico 1

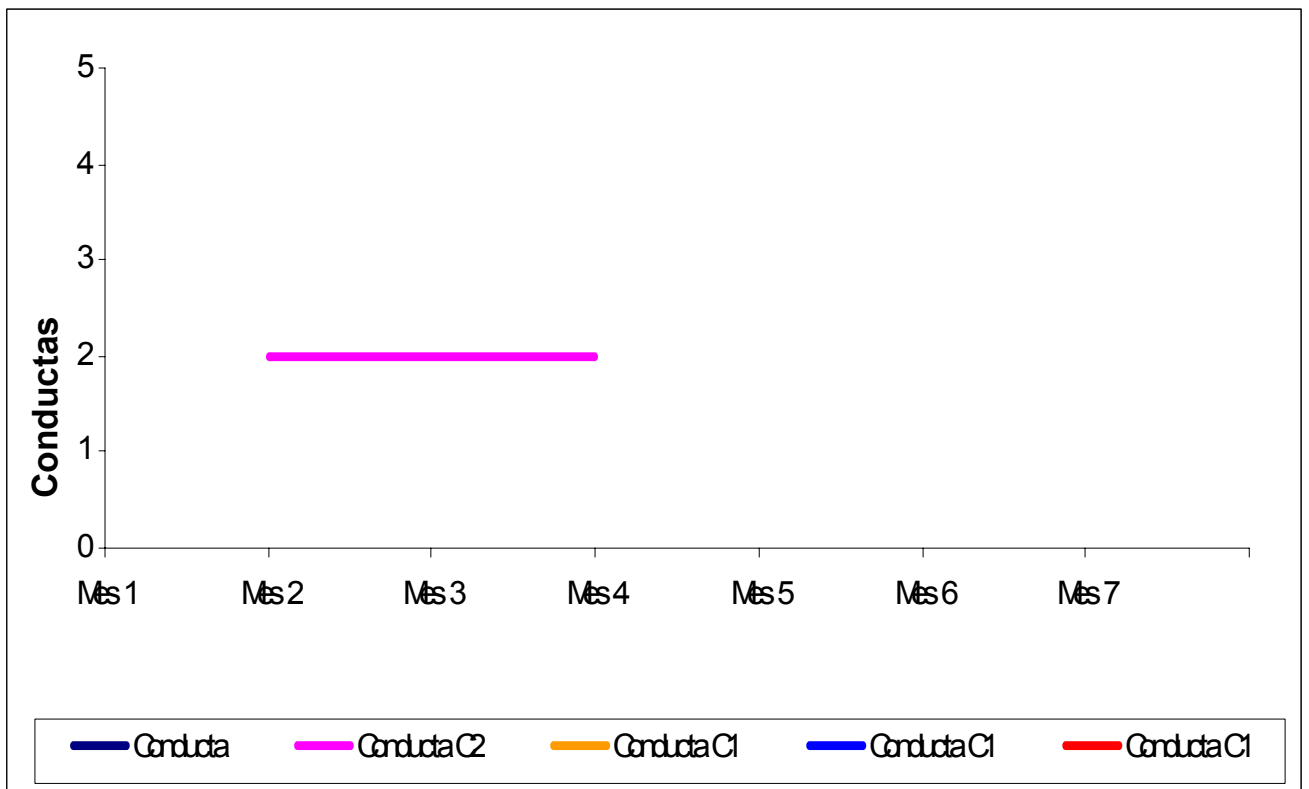
### Conducta 1: “Asistir a sesiones”



**Comentarios:** En este gráfico se puede observar como la conducta objetivo fue lograda al mes de haber comenzado terapia, es decir; a las cuatro sesiones la paciente concurre sola a la sesión al consultorio de terapia ocupacional.

## Gráfico 2

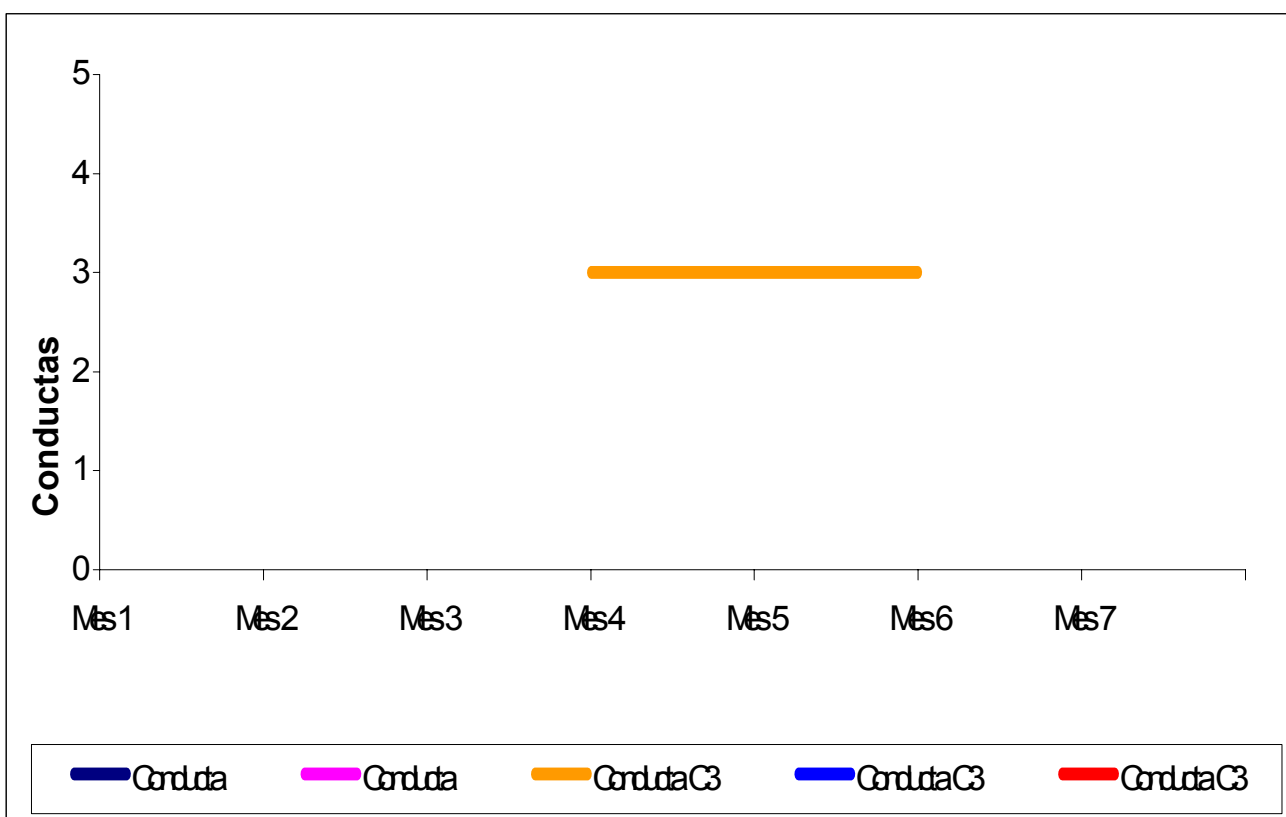
### Conducta 2: “Participar en materias especiales”



**Comentarios:** Esta conducta objetivo fue lograda en el tercer y cuarto mes de terapia; durante cinco sesiones que tuvieron lugar a lo largo de esos meses. Es decir; al tercer mes de terapia la paciente concurría sola a las materias especiales de su jardín.

### Gráfico 3

#### Conducta 3: “Concurrir a cumpleaños”

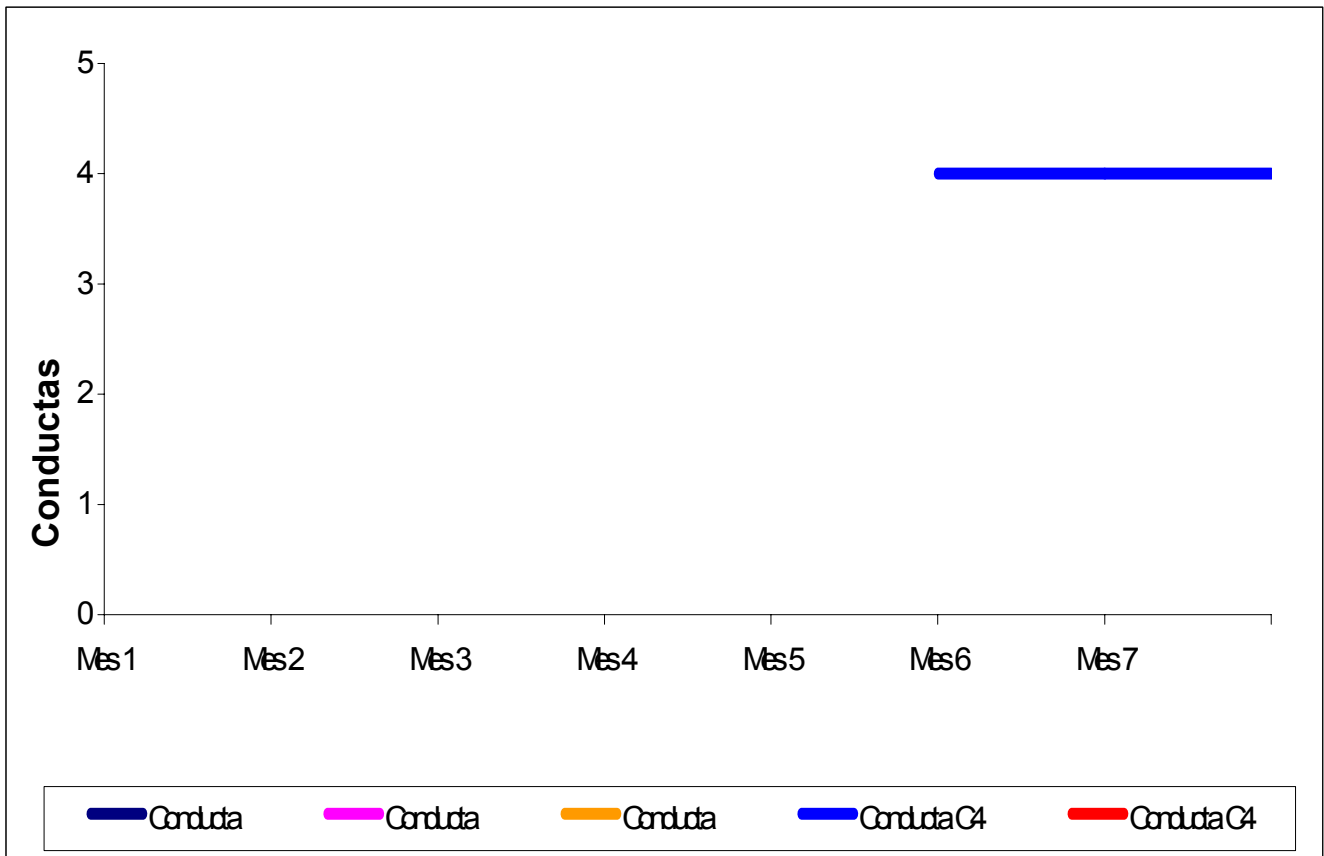


**Comentarios:** La duración total que se trabajó esta conducta fue de dos meses. Luego de este tiempo, la paciente pudo asistir a cumpleaños con sus padres. Esto se logró al finalizar el quinto mes de tratamiento.



## Gráfico 4

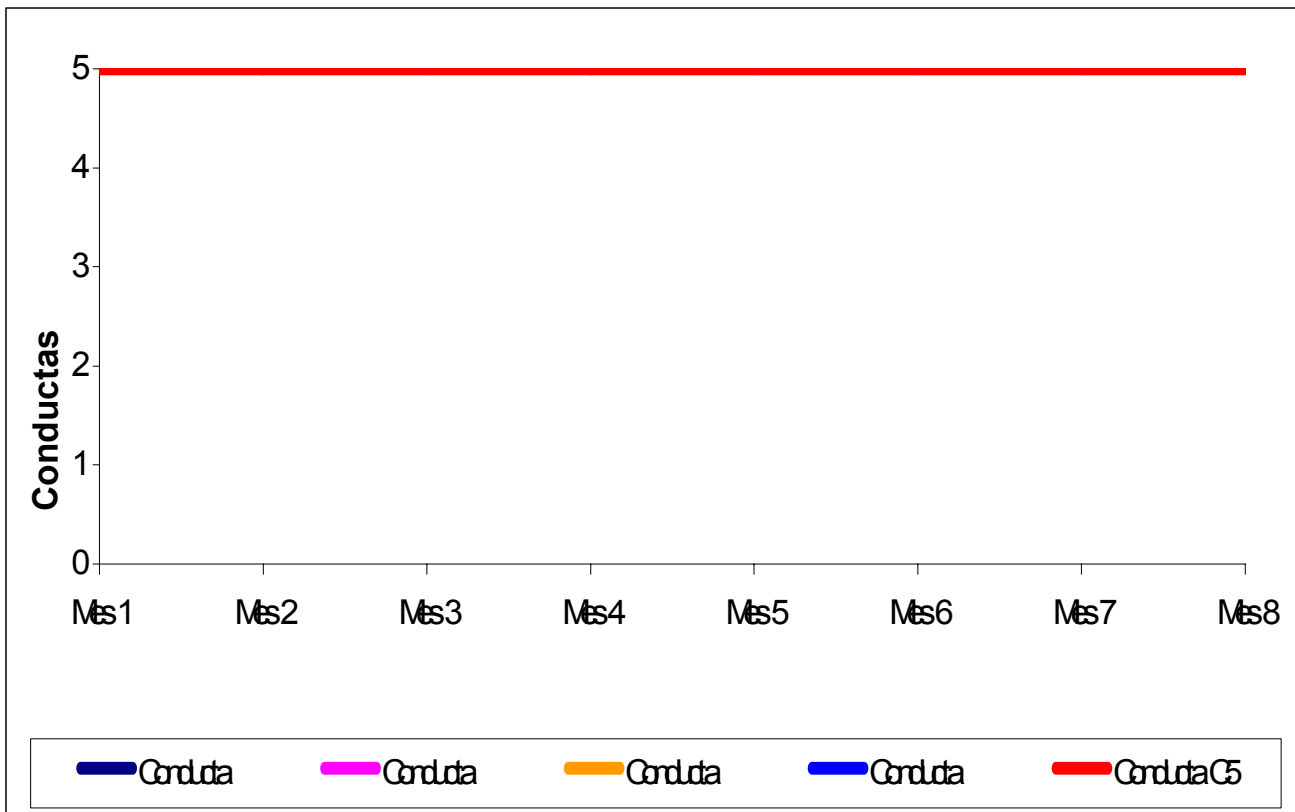
### Conducta 4: “Dormir sola en su habitación”



**Comentarios:** Esta conducta se trabajó durante el sexto y séptimo mes de tratamiento. La conducta fue lograda por primera vez antes de finalizar el quinto mes (a la tercer semana desde que se comenzó a trabajar); pero fue alcanzada de forma continua antes de finalizar el sexto mes de tratamiento (al mes y medio desde que se trabajó por primera vez).

## Gráfico 5

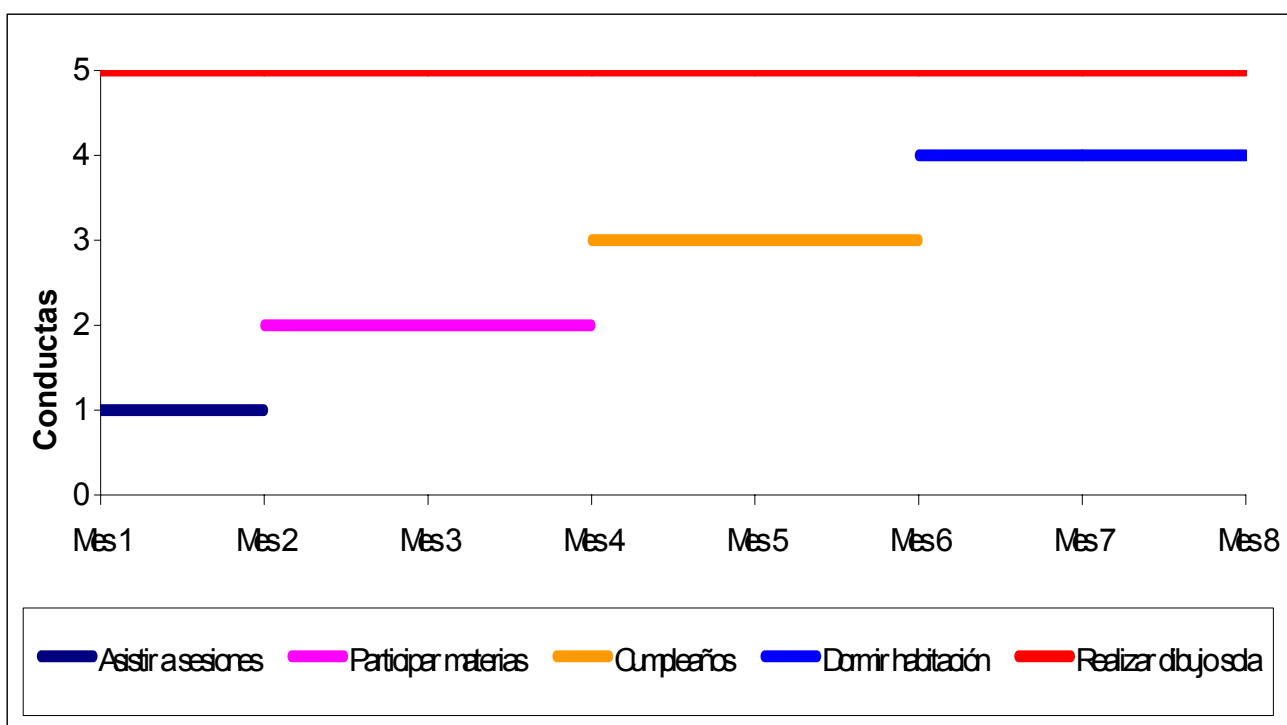
### Conducta 5: “Realizar dibujos sola”



**Comentarios:** Esta conducta fue trabajada durante todo el tratamiento. Como está expresado en el desarrollo de esta conducta, la misma fue una herramienta para trabajar las diferentes conductas objetivos. Se logró la independencia total en el dibujo (es decir; que ella eligiera que dibujar, cómo hacerlo y finalizar el dibujo); se logró al séptimo mes de tratamiento. La evolución de esta conducta se haya detallado en el desarrollo de la evolución de esta conducta.

## Gráfico 6

### Gráfico resumen de conductas trabajadas



**Comentarios:** En este gráfico se puede observar como se fueron trabajando y fueron evolucionando las diferentes conductas objetivos a lo largo del proceso terapéutico, es decir; durante los siete meses completos en los que consistió el mismo.

**ENTREVISTA HISTÓRICA DE FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL**  
**FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN Y NARRACIÓN DE HISTORIA DE VIDA\***

**Nombre:** C

**Fecha:** 20-12-04

**Entrevistador:** T.O Cintia Martinez

**Demarcación de pasado /presente**

Seis meses

Situación específica. Hace cuánto tiempo: **7 meses**

**Naturaleza del Hecho o Situación:** Tratamiento realizado desde Terapia Ocupacional.

---

**ESCALA DE PUNTAJE DE LA HISTORIA DE FUNCIONAMIENTO**  
**OCUPACIONAL**

*Circule* el número que mejor caracterice el estado de adaptación del individuo o las influencias ambientales para cada ítem en el pasado y el presente.

	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>
<b>INDIVIDUO</b>		
<b>ORGANIZACIÓN DE LA RUTINA DE LA VIDA DIARIA:</b>		
Mantenimiento de una rutina diaria funcionalmente organizada.	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
Logro de un balance entre trabajo, juego y Esparcimiento.	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
<b>ROLES DE LA VIDA:</b>		
Mantención de participación en distintos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
Cumplimiento con las expectativas de esos roles	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
<b>INTERESES, VALORES Y OBJETIVOS:</b>		

Identificación de intereses, valores y objetivos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Realización de intereses, valores y objetivos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

## PERCEPCIÓN DE HABILIDADES Y LIMITACIONES

Percepción de habilidades y limitaciones	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Asunción de responsabilidad	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

## AMBIENTE

### INFLUENCIAS AMBIENTALES:

Influencia del ambiente social	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Influencia del ambiente físico	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

## PATRONES DE HISTORIA DE VIDA

Cuáles son los patrones de Historia de vida más característicos que identifica el paciente.

- Historia de desadaptación crónica
- Historia de adaptación recientemente interrumpida por un comienzo agudo de desadaptación
- Historia con períodos variables de adaptación y desadaptación.
- Historia de adaptación que sigue un proceso gradual y progresivo de desadaptación.
- Otros (especificar): **Período de desadaptación seguido por período de adaptación progresiva.**

## NARRACIÓN DE LA HISTORIA DE LA VIDA

La niña había vivido un proceso de desadaptación general. Luego del tratamiento recibido de Terapia Ocupacional se pudo observar como se fue adaptando en las diferentes áreas de su vida.

A partir de esto, comienza a desarrollar patrones de hábitos y rutinas adaptativos: realiza hábitos adaptativos (Ej. concurrir al jardín, dormir sola en su habitación); y manifiesta de roles significativos de acuerdo a su ambiente socio-cultural (Ej. relacionarse con pares en actividades sociales; ser alumna de jardín de infantes, jugar, etc.)

Puede identificar cuáles son sus intereses y valores; y realizar aquellas actividades que son valoradas y de interés para ella (Ej. jugar con otros, dibujar, etc.) También puede reconocer sus habilidades y para asumir las responsabilidades. (Ej. dibujar sola y explorar sus habilidades para hacerlo).

En cuanto al ambiente social, se puede observar que el mismo contribuye con estos patrones de adaptación tanto en la escuela como en su casa.

## EVALUACIÓN “A B C” \*

**A:** situación o hecho que es interpretado

**B:** procesos cognitivos que interpretan los diferentes estímulos

**C:** respuesta que se da de acuerdo a la interpretación que se hace del hecho.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
DORMIR SOLA	“Puedo dormir sola, si necesito algo mis padres están cercanos Y podrán asistirme”	DUERME SOLA

**Distorsión cognitiva:** *No posee distorsión cognitiva*

CONCURRER A CUMPLEAÑOS	“Puedo jugar con los demás nenes y divertirme con ellos”	ASISTE A CUMPLEAÑOS
---------------------------	---	------------------------

**Distorsión cognitiva:** *No posee distorsión cognitiva*

REALIZAR UN DIBUJO SOLA	“Puedo dibujar sola, tengo las habilidades necesarias Para hacerlo”	DIBUJA SOLA
----------------------------	---	----------------

**Distorsión cognitiva:** *No posee distorsión.*

\*(Duarte Molina, P & Noya Arnaiz, B; 1998)

## ***Discusión***



#### 4. Discusión

En este trabajo se fueron trabajando diferentes conductas por medio de una serie de actividades, previamente seleccionadas y analizadas; que permitieran el logro de los objetivos planteados.

El tiempo total en el cuál se llegó al logro de los objetivos fue de siete meses en dónde se realizaron 21 sesiones.

En primer lugar se trabajó: **Asistir a sesiones**. Se consideró a esta la primer conducta objetivo ya que sin el logro de la misma sería imposible modificar las subsiguientes.

El tiempo requerido para conseguir esta conducta fue de *1 mes*. En dicho plazo se realizaron cuatro sesiones con una frecuencia de una vez por semana, en las cuales se pudo ir observando la progresiva asistencia a las sesiones.

Esta conducta se logró modificar implementando actividades terapéuticas que promoviera la exploración del ambiente físico y humano (relación con la T.O). Se seleccionaron reforzadores que fomentaran la frecuencia de la conducta deseada.

La segunda conducta seleccionada a modificar fue: **Participar en las materias especiales del jardín**.

Las actividades implementadas para obtener la asunción de este hábito fueron diferentes actividades lúdicas y gráficas que a medida que proveían la desensibilización sistemática permitían la exploración de este hábito y de las destrezas que requiere.

Esto permitió que la paciente tuviera un acercamiento lo más real posible pero dentro de una ambiente desestructurado lo cual facilitaba la experimentación

de las situaciones temidas de una manera más relajada y pudiendo poner en juego la capacidad de exploración, competencia y logro.

Se aplicaron reforzadores cada vez que asistió a una de las clases. Los mismos consistieron en selección de las actividades a realizar en la sesión siguiente (materiales; juegos; etc.), a demás de los reforzadores sociales.

La tercera conducta a trabajar fue: **Concurrir a los cumpleaños.** La misma fue abordada básicamente por juegos de dramatización con títeres y muñecos. A través de esta actividad se realizó un proceso de desensibilización sistemática mediante el cual la paciente se acercaba a la situación rechazada en un ambiente de juego que se iba complejizando incorporando elementos que la convertían en lo más similar al ambiente real (ruidos de globos; piñatas; etc.)

También se trabajó mediante los juegos, las habilidades sociales requeridas específicamente para estas situaciones: presentarse, saludar al cumpleañosero e invitados; etc.

Los reforzadores (selección de actividades y sociales) se aplicaban cuando ella realizaba la conducta deseada.

La cuarta conducta objetivo fue: **Dormir sola en su habitación.**

Las actividades seleccionadas para lograr este objetivo fueron juego de representación con plastilinas; dibujos y por otra parte la orientación a los padres. Con las actividades se buscó que la paciente pudiera representar su habitación, objetos preferidos, puertas, luces, etc. Es decir; se intento tener un acercamiento lo más real posible a su habitación para que ella pudiera

vivenciar el dormir sola; remarcando aquellos factores positivos o que eran de su aprecio para incrementar su sentimiento de confianza y seguridad.

El reforzador elegido fue la elección de golosinas que le eran dadas en el consultorio luego de cuatro veces realizada la conducta.

La quinta y última conducta objetivo fue: **Realizar dibujos sola.**

Los dibujos constituyeron una herramienta general en el tratamiento como una actividad instrumentada para el logro de los objetivos y también como herramienta de desensibilización sistemática.

Las cinco conductas objetivos que se trabajaron constituyeron los objetivos específicos del tratamiento. Se llegó al logro de los mismos a los siete meses de tratamiento.

Se logró la modificación de las conductas objetivos, a través de la implementación de actividades que permitieran el aprendizaje de exploración, capacidad y logro, a la vez que potenciaba los intereses, habilidades y valores de la paciente.

Las evaluaciones que se utilizaron fueron informales (observación y la obtención de datos dados por los padres) y formales. Las evaluaciones formales se realizaron antes y después del tratamiento.

Luego del tratamiento recibido de Terapia Ocupacional se pudo observar como comenzó a desarrollar patrones de hábitos y rutinas adaptativos (Ej. concurrir al jardín, dormir sola en su habitación). Adoptó roles significativos de acuerdo a su ambiente socio-cultural (Ej. relacionarse con pares en actividades sociales; ser alumna de jardín de infantes, jugar, etc.)

Identificó cuáles son sus intereses y valores; y realizó aquellas actividades que son valoradas y de interés para ella (Ej. jugar con otros, dibujar, etc.) También reconoció sus habilidades y responsabilidades. (Ej. dibujar sola y explorar sus habilidades para hacerlo).

En cuanto al ambiente social, se pudo observar que el mismo contribuyó con estos patrones de adaptación tanto en la escuela como en su casa.

A partir de las diferencias en las evaluaciones se pudo afirmar que hubo una modificación de las conductas objetivas como resultado de la implementación de las actividades.

Por lo tanto, se afirma la hipótesis planteada en esta investigación: a través de un tratamiento de Terapia Ocupacional, utilizando la instrumentación de la actividad con propósito; desde los marcos cognitivo-conductual y del modelo de la ocupación humana; se disminuyeron los síntomas de fobia social en una niña de cuatro años de edad.

## ***Conclusiones***

## **5. Conclusiones**

Del análisis de los resultados puede determinarse que las diferentes conductas objetivo han sido modificadas a lo largo del tratamiento; con lo cual se ha podido cumplir con los objetivos generales y específicos determinados para el presente trabajo de investigación.

El tiempo total de trabajo fueron 21 sesiones mostrando mejoras significativas desde la sesión número 10; lo cuál está dentro de los parámetros esperados de tiempo según los antecedentes mencionados (entre 12-20 sesiones).

Como se expresó en el marco teórico, la terapia ocupacional es una disciplina que utiliza la ocupación como instrumento terapéutico, contribuyendo al cambio a través del hacer. Esto se debe a que en sus fundamentos filosóficos, se comprende al ser humano como un ser de naturaleza ocupacional; en donde la ocupación posee dos rasgos fundamentales: por un lado, dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana; su ausencia o interrupción es una amenaza para la salud.

Por otro lado, cuando la enfermedad o cualquier hecho traumático afecta la salud bio-psico-social del individuo, es la ocupación un medio efectivo para reorganizar el comportamiento.

Por esto, se puede decir que la instrumentación de las actividades, a partir de un análisis ocupacional de las mismas; han sido una herramienta eficaz para la modificación de las conductas objetivos en este caso de fobia social infantil; recuperando así la salud bio-psico-social. Esto se debe a que las actividades seleccionadas no sólo poseía una cualidad inherente como potencial activadoras de causalidad personal, intereses, valores, roles, hábitos y

destrezas sino que también permitieron el aprendizaje de exploración, capacidad y logro.

Al observar el análisis de las actividades puestas en la etapa A de los resultados, se pudo ver cómo las mismas permitieron la práctica de roles y hábitos; la exploración de las propias destrezas y del ambiente sino que también promovieron un ambiente desestructurado que facilitó el acercamiento paulatino a las situaciones temidas.

La mayoría de las actividades fueron lúdicas. Mary Really, considera al juego como un subsistema de aprendizaje que comprende el comportamiento *exploratorio; competencia* (en donde el niño aprende a adatar su comportamiento para desarrollar un sentido de **dominio** y **autoconfianza**) y *logro*. Durante el proceso terapéutico se pudo ver como la paciente a través de las actividades lúdicas fue adquiriendo este sentido de exploración, competencia y logro lo cual le permitió adaptarse a la realidad de una forma eficaz modificando su comportamiento.

Por otra parte, el juego y diferentes actividades (analizadas y seleccionadas previamente) fueron herramientas eficaces utilizadas para la desensibilización sistemática. Como lo expresa Kriz, *“La desensibilización sistemática es una de las corrientes de la terapia de la conducta más antiguas y difundidas. Su principio es el contracondicionamiento (...) El nexa entre la angustia y el estímulo desencadenante se interpreta como una conexión condicionada. (...) El propósito es, en un nuevo experimento de condicionamiento, conectar este estímulo condicionado una reacción distinta, positiva como podría serlo la sensación que produce comer golosinas. Esta nueva conexión inhibe y desaloja la anterior.* Con las actividades seleccionadas para el tratamiento, se

buscó que la paciente pudiera aprender una nueva conexión entre el estímulo condicionado (productor de angustia) y la sensación de satisfacción intrínseca que produce el jugar. Esto dio una respuesta favorable ya que se pudo observar como se produjo esta nueva conexión. También el uso de reforzadores favoreció este proceso.

Otros de los resultados obtenidos en el tratamiento fue la reincorporación de los roles y hábitos en la paciente, componentes del subsistema de habituación según el modelo de la ocupación humana. Los mismos se encontraban restringidos en la paciente quién había perdido mucho de los hábitos ya alcanzados. Esto hacía que su ciclo adaptativo, que es sinónimo de función desde este marco; estuviera alterado.

A través del proceso terapéutico basado en el uso de actividades lúdicas y expresivas; se trabajaron los roles y hábitos que se hallaban limitados en la paciente, permitiendo que ella pudiera explorarlos e incorporarlos a su vida dando como resultado un ciclo adaptativo; experimentando los niveles de exploración, capacidad y logro. Es decir, la paciente fue capaz de explorar a través del juego, el ambiente y sus propias destrezas; fue capaz de asumir hábitos y logró la asunción de roles.

También, desde el marco cognitivo-comportamental; se intentó modificar aquellos procesos cognitivos maladaptativos que producen las conductas no deseadas. A medida que la paciente iba interactuando con el ambiente de una manera eficaz; se iban modificando su sistema de creencias. Al observar que podía vivenciar aquellas conductas, que en un principio les producían angustia pero que ahora estaban conectadas con un nuevo sentimiento placentero dado



por las actividades realizadas en terapia; las mismas eran llevadas a la vida diaria.

La paciente pudo modificar su sistema de creencias o patrones cognitivos negativos pudiendo realizar conductas adaptativas que a la vez retroalimentaban su sistema de creencia para dar nuevas conductas adaptativas. Esto se observa en el resultado de la reevaluación propia del marco

Una nueva interrogante que se podría plantear en este sentido sería: ¿Qué repuesta daría la paciente, que suponemos que modificó su sistema de creencias; ante una nueva situación traumática como la que originó la fobia social infantil? ¿Se podrá aplicar el concepto de resiliencia en este caso: al elaborar una situación traumática, el sujeto sale fortalecido de la misma? ¿Tendrá mayores herramientas intrínsecas como un mayor sentimiento de autoeficacia y autoestima para afrontar nuevas situaciones difíciles sin tener la necesidad de originar una fobia?

Según las teorías a partir de las cuales se basó esta investigación, la repuesta a estas preguntas sería positiva pero no se pudo abordar en este trabajo ante la ausencia de nuevas situaciones traumáticas.

Como cierre de esta conclusión, sería importante destacar la importancia de la terapia ocupacional, a través de la instrumentación de las actividades con propósito; en el campo de la fobia social infantil. Cómo se pudo observar, la fobia social altera los hábitos y roles de la persona, afectando sus niveles de exploración, capacidad y logro. A través de la selección y análisis de ocupaciones que permitan el aprendizaje de estos niveles es posible la modificación de los síntomas producidos por esta patología.

## ***Referencias***

## 6. Referencias

- Willard & Spackman (1998). *Terapia Ocupacional*. Madrid. Médica Panamericana.
- Duarte Molina, P. & Noya Arnaiz, B (1998) *Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Barcelona. Masson.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Kriz, J. *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos aires. Amorrortu editores.
- Caplan, H. & Sadock B (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid. Médica Panamericana.
- Cía, A H. (1999). *Estrategias para superar el Pánico y la Agorafobia, Manual práctico de recursos terapéuticos*. Buenos Aires. El Ateneo.
- Arango, JC. & Jiménez, M. *Tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes*. [www.ceril.com](http://www.ceril.com).
- De las Heras, CG. *Manual Rehabilitación y Vida Modelo de la Ocupación Humana*. Santiago Chile. Reencuentros, Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- Kielhofner, G. *Modelo de la Ocupación Humana*. Buenos Aires
- Effects of occupational therapy services on fine motor and functional performance in preschool children*. [www.terapia-ocupacional.com/articulos/EffectsOTchildren.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/EffectsOTchildren.shtml)
- Orgilés Amorós, M; Méndez Carrillo, X; Alcázar, A y Inglés Saura C. *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*. [www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/03-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf)