



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN ESCRITA
DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS

AUTORA:

JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA

TUTORA:

DRA. GINA ESMERALDA BELTRÁN BAQUERIZO.MAG. TF

BABAHOYO - SEPTIEMBRE - 2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DEDICATORIA

Al creador universal, Dios.

Con profunda satisfacción, a mí, mi familia y quienes han formado parte de este caminar.

Jeniffer Paola Freire Manobanda



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AGRADECIMIENTO

Al creador infinito, por lo más importante, tenerme con vida. ¡Que privilegio! A mis padres Sr. Ángel Freire Infante, por su indudable inspiración de esfuerzo durante su existencia. Mi madre Sra. Norma Manobanda, fuente de amor y apoyo incondicional. Hermano, Poli. Fernando Freire Manobanda, por su apoyo constante.

Por lo demás, a la Dra. Gina Beltrán Baquerizo Mag. Tf, guía de este trabajo. Así como a los catedráticos, que considero referentes.

A modo de contribución, a todo aquel que, me han generado crecimiento personal.

Jeniffer Paola Freire Manobanda



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA**, portadora de la cédula de ciudadanía **020230405-1**, en calidad de autora del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, previo a la Obtención del Título de **PSICÓLOGO CLÍNICO**, declaro que soy autora del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA

C.I. 020230405-1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE LA TUTORIA DEL
DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIA LA SUSTENTACIÓN.**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



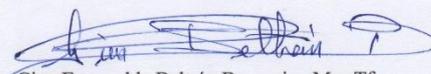
CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Babahoyo 20 de septiembre del 2018.

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión practica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio N° CP230-18, con 12 de septiembre del 2018, mediante resolución N° CD-FACCJSE-SO-009-RES-004-2018.cretifico que la Señorita **JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA** ha desarrollado el documento probatorio dimensión practica del examen Complexivo.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS

Aplicando las disposiciones institucionales, metodología y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que, autorizado al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión practica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la facultad de ciencias jurídicas, sociales y de la educación y se proceda a conformar la comisión de especialistas de sustentación designado para la defensa del mismo.


Dra. Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo Msc.Tf
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESUMEN

Se evidencia una problemática latente en los sectores rurales dedicados a la agricultura, donde la falta de conocimiento, así como la escasa atención brindada, ha generado patologías psicológicas, como la ofidiofobia. Demuestro el trabajo con detalle, proceso de psicodiagnóstico, identificando las áreas con afectación, y el diagnóstico según el DSM5 y la **CIE 10: F40.2 Fobia Específica - Ofidiofobia**. También se demuestra el plan terapéutico utilizado, en base a la Terapia Racional emotiva, empleando técnicas complementarias como la respiración, pero, principalmente se utiliza su mejor exponente, la técnica de Exposición en Vivo. Encontrará la forma de empleo, tiempos, logros etc. Tras la contención del plan terapéutico racional, se logra resultados eficaces en la recuperación de la paciente, la misma que alcanzo a emplear el modelo ABC como su mejor aliado a la hora de superar miedos.

Palabras claves: Terapia Racional Emotiva, modelo ABC, Fobia específica, ofidiofobia, exposición en vivo.

There is evidence of a latent problem in rural sectors dedicated to agriculture, where the lack of knowledge, as well as the limited attention provided, has generated psychological pathologies, such as ophidophobia. I show the work in detail, the psychodiagnostic process, identifying the affected areas, and the diagnosis according to DSM5 and ICD 10: F40.2 Specific Phobia - Ophidiophobia. It also demonstrates the therapeutic plan used, based on emotional Rational Therapy, using complementary techniques such as breathing, but mainly its best exponent is used, the Live Exposure technique. You will find the form of employment, times, achievements etc. After the containment of the rational therapeutic plan, it achieves effective results in the recovery of the patient, the same one that reached to use the ABC model as its best ally when it comes to overcoming fears. **Key Words:** Emotional Rational Therapy, ABC model, Specific phobia, ophidophobia, live exposure.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



RESULTADO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENCIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
 MODALIDAD PRESENCIAL

RESULTADO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DEL DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENCIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

Babahoyo, 2 de septiembre del 2018.

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO DIMENCIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO: **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECÍFICAS.**

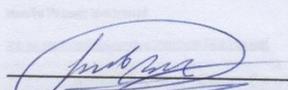
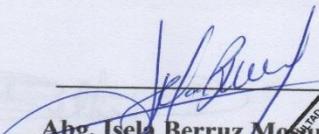
En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión practica del examen complejo de la señorita, **JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA**, cuyo tema es **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECÍFICAS** certifico que el trabajo presentado por ella, obtuvo un porcentaje de similitud 4% resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción aplicables.

Considerando que el porcentaje de similitud obtenido es menor al máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado el trabajo.

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:
9,13 (nueve con trece)

EQUIVALENTE A:

TRIBUNAL:

| | |
|---|---|
|  Psi. Edu Narcisca Piza Burgos Msc. DELEGADO DEL DECANO |  Dr. Josélo Albán Obando. PROFESOR ESPECIALISTA |
|  Msc. Víctor Romero Jácome. DELEGADO DEL CIDE |  Abg. Isela Berruz Mosquera SECRETARIA DE LA FACULTAD FAC.CC.JJ.SS.EE |

vii



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



INFORME FINAL DEL SISTEMA DEL URKUND



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



INFORME FINAL DEL SISTEMA DEL URKUND

Babahoyo, 25 de septiembre del 2018.

**CERTIFICACIÓN DE PORCENTAJE DE SIMILITUD CON OTRAS FUENTES EN
EL SISTEMA DE ANTIPLAGIO**

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión practica del examen complejo de la señorita, **JENIFER PAOLA FREIRE MANOBANDA**, cuyo tema es **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS** certifico que el trabajo investigativo fue analizado por el sistema antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud **4%** resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el informe final el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

The screenshot shows the URKUND interface with the following details:

- Documento:** caso de fobias en urkund.docx (041714966)
- Presentado:** 2018-09-23 10:16:45:00
- Presentado por:** jenniferpaola@hotmail.com
- Recibido:** gbeltran_cab@analisis.orkund.com
- Mensaje:** caso de fobias en urkund.docx
- Resultado:** 4% de estas 12 páginas, se componen de texto presente en 5 fuentes.

| Categoría | Enlace/nombre de archivo |
|-----------|---|
| | GRAMERO_BLANQUEER_MH48880_20150910_2181_0021.pdf |
| | oiga rentales.pdf |
| | Proyecto de titulación - Juan Nimón.docx |
| | Informe Final TFM. Eduardo Tejada Soriano.pdf |
| | http://www.repositorio.unicap.edu.co/bitstream/uni.../3643/3/voluntad.pdf |

Por lo que se adjunta una carpeta de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.

Dra. Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo Msc. Tf
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA

ÍNDICE

| | |
|---|-------------------------------|
| CARATULA..... | |
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL..... | iv |
| CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DE LA TUTORIA DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA LA SUSTENTACIÓN..... | v |
| RESUMEN | vi |
| RESULTADO DEL EXAMENCOMPLEXIVO DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| INFORME FINAL DEL SISTEMA DEL URKUND | viii |
| INDICE..... | ix |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPITULO I.- MARCO METODOLÓGICO | 2 |
| 1.1. Definición del tema caso de estudio | 2 |
| 1.2. Planteamiento del problema | 2 |
| 1.3. Justificación..... | 3 |
| 1.4. Objetivos | 4 |
| 1.4.1 objetivo general | 4 |
| 1.4.2 objetivos especifico. | 4 |
| 1.5. Fundamentación teórica..... | 4 |
| 1.6. Hipótesis..... | 11 |
| 1.7. Metodología de la investigación | 11 |
| CAPÍTULO II.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 12 |
| 2.1. Desarrollo del caso | 12 |
| 2.2. Situaciones detectadas | 16 |
| 2.3. Soluciones planteadas..... | 17 |
| 2.4 Conclusiones..... | 19 |
| 2.5 Recomendaciones..... | 20 |
| Bibliografía | 21 |
| Anexos..... | |

INTRODUCCIÓN

Si damos un vistazo ante nuestro alrededor veremos que la naturaleza es parte de nosotros. En el malecón de la Universidad Técnica de Babahoyo, se puede apreciar una prueba de ello, y por supuesto, ésta se presta para poder apreciar unas cuantas especies de animales, entre ellas, las serpientes. Ahora sabemos, que este reptil es más común de lo que pensamos.

Este trabajo realizado es netamente un estudio de caso de Ofidiofobia, donde se toma como muestra a una paciente, la misma que busca ayuda y por ello se realiza un proceso psicoterapéutico, el mismo que incluye proceso de psicodiagnóstico indicando lo que este conlleva, se evidencian detalladamente los métodos, técnicas e instrumentos utilizados de como como se aborda a la paciente. A su vez, describe los hallazgos que se encuentran hasta obtener el diagnóstico definitivo, y se toma el enfoque de la terapia racional emotiva para proponer un plan terapéutico con la técnica de exposición en vivo, como la mejor considerada.

La investigación cuenta con introducción y tiene como primer capítulo, el marco metodológico, que lo comprende; definición del caso de estudio, planteamiento del problema, justificación, objetivo, objetivos específicos, fundamentación teórica, hipótesis y metodología de la investigación. El segundo capítulo, presenta los resultados de la investigación, que lo comprenden; desarrollo del caso, situaciones detectadas, soluciones planteadas, conclusiones, y recomendaciones. Además, se finaliza con bibliografía.

Es así como se demuestran de manera detallada, las metas, objetivos, técnicas, resultados esperados, entre otros, del plan terapéutico aplicado en las sesiones. Finalmente, se encontrarán los resultados obtenidos en la paciente, con la utilización de la terapia racional emotiva y usando como mejor técnica conductual, la Exposición en Vivo, durante el proceso terapéutico.

CAPITULO I.- MARCO METODOLÓGICO

1.1. DEFINICIÓN DEL TEMA CASO DE ESTUDIO

Terapia Racional Emotiva en las Fobias Específicas.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mena (2004) refiere que, en las fobias, solo alrededor del 1% busca ayuda, aunque el 95% ellas son resueltas con terapia. Considera que el problema de las fobias las padece un 8% de la población mundial, pero por falta de información, a más de creer erróneamente que son parte normal de la personalidad, no busca ayuda, incluso cuando el temor es abrupto y puede ocasionar un infarto. También se relaciona con el índice alto de estrés, poco dominio de la ansiedad y frustración.

En la comunidad Oronguillo, del cantón Echeandía, provincia Bolívar, se atiende a paciente femenino de 35 años de edad, que, tras un evento traumático vivido, busca ayuda psicológica. Revela que durante una actividad festival, se dio una repentina aparición de un reptil (serpiente) generándole de manera inmediata; gritos, llanto, hiperventilación, aumento de la frecuencia cardiaca, ansiedad, agitación psicomotora, pensamientos fatalistas, y llanto. Dando así claros indicios que presentaba una conducta desadaptativa ante aquel estímulo. Sintomatología que cumpliría criterios diagnósticos para una fobia específica: Ofidiofobia.

Tener esta reacción, le acarrea en ocasiones desacuerdos con su familia por la incomprensión ante su actuar frente al estímulo fóbico, esto también la ha llevado a sentirse mal consigo mismo, por padecer un temor muy marcado por las serpientes, afectando a su autoestima. Por otra parte, en la medida de lo posible, ha limitado sus acercamientos a lugares que potencian la presencia de este reptil, sin embargo, resulta difícil ya que su residencia se encuentra ubicada en una zona rural, rica en vegetación y su

desempeño laboral se limita a la agricultura, el mismo que ha disminuido por el temor. En los últimos tiempos ha optado por no salir de sitios que considera seguros. Ante todo, esto, es importante plantearnos la siguiente pregunta:

¿De qué manera influye la Terapia Racional Emotiva en las Fobias Específicas: Ofidiofobia?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La necesidad evidente que presenta la paciente y su objetivo por mejorar su condición de vida, fue el principal motivo para realizar esta investigación. Además del aporte que le pueda dar a todo aquel interesado en el tema.

Se toma en consideración este tipo de fobia específica por ser una de las más comunes. Kroenke (2012), “menciona que entre las estadísticas de enfermedades mentales publicadas por la National Comorbidity Survey R de Estados Unidos, se encuentran las siguientes: fobias específicas (12,5%), fobias sociales (12,1%), estrés (6,8%), trastorno de ansiedad generalizada (5,7%), ansiedad por separación (5,2%) y trastorno de pánico (4,7%) (Pág. 75)”. Según estudios indican que las fobias se pueden originar en la infancia, realizando su cronicidad en la etapa adulta, que en ocasiones pasan desapercibidas por falta de conocimiento. Por otra parte, el caso de ofidiofobia propuesto, se evidencia limitación social, familiar e intrapersonal y los cambios significativos que genera en la vida del sujeto. Afectando así la calidad de vida, y de no ser intervenida podría desencadenar en un trastorno del estado de ánimo, como la depresión.

Además, como profesional o estudiante se debe estar a la vanguardia de las exigencias psicológicas que la sociedad amerita. Este trabajo resulta factible, por los diferentes recursos materiales y humanos disponibles. Busca dar solución a la problemática, cumpliendo los objetivos planteados, es decir proponiendo un plan de intervención desde un enfoque desde la Terapia Racional Emotiva. De esta manera, sus

principales beneficiarios son, su familia y principalmente la paciente, así mismo, al recinto, ya que, ha afectado no solo a la paciente, sino a varios moradores que, por razones varias, no han buscado ayuda.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Proponer la Terapia Racional Emotiva en las Fobias Específicas: Caso Ofidiofobia.

1.4.2 Objetivos específico.

Evaluar un caso clínico único de Ofidiofobia.

Realizar un diagnóstico clínico de la patología.

Aplicar la técnica de Exposición en Vivo, y otras de ser necesario.

Comprobar los logros alcanzados con la técnica de exposición en vivo.

1.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Terapia Racional Emotiva

Conceptualización.

Según Hannia Cabeza Pizarro (2006), menciona que terapia racional emotivo conductual (TREC), se define como un sistema de terapia que ayuda a las personas a vivir mejor, a través del cual, puede minimizar sus problemas emocionales y sus conductas

desadaptadas, lo que le permite autorrealizarse para tener una vida más plena y feliz. Cabe destacar que esta terapia es una de las pioneras en la psicología, y sus intervenciones son de las más usadas en el mercado actual.

Orígenes

Su creador es Albet Ellis, el cual tuvo formación psicoanalítica, pero a medida que transcurría el tiempo, veía las restricciones que presentaba al usarlas. Pocos eran los resultados que obtenía de esta corriente, entonces opta por crear un modelo con orientación Cognitivo conductual. Uno de sus principales inspiradores fue, Estoico Epíteto, el mismo que hacía referencia que las alteraciones en las personas, no se dan por las situaciones sino por lo que piensan acerca de las situaciones.

Durante el paso del tiempo la terapia ha pasado por varias transformaciones en su nombre: su génesis fue como Psicoterapia Racional, para pasar a ser Terapia Racional Emotiva y finalmente potenciarse como Terapia Racional Emotiva - Conductual. En el tiempo se han desarrollado varios estudios probatorios de la eficiencia presentada, convirtiéndola en una de las más utilizadas a la hora de intervenir psicológicamente. En la actualidad, un claro ejemplo de la trascendencia en el tiempo está en New York, donde se encuentra el AEI (1959). “Albert Ellis Institute” que proporciona Educación a Profesionales en Salud Mental, atención psicológica entre otros, todo lo impartido, con Base Emotivo –Conductual.

Funcionalidad de la terapia

Para Albert Ellis, (1987) “Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo preferencial (no absoluto). Se expresan en la forma de me gustaría, quisiera, no me gusta, preferiría, desearía”. En oposición, están las creencias irracionales, que son absolutistas, dogmáticas, rígidas, “y se expresan en términos de: tengo que, debo, debería, estoy obligado a, etc.”. Las personas son creadoras de sus propios pensamientos autodestructivos, ya que crean cogniciones irracionales de

manera consciente o inconsciente y son las creencias originan el malestar psicológico. Las creencias racionales, genera mayor adaptación ante las situaciones o hechos y las creencias irracionales, que en su mayoría son las generadoras de las sensaciones y conductas inapropiadas.

Según Albert Ellis, (1987) la representación del modelo ABCDE de la terapia, a continuación:

A: Activating Event (Evento Activador).

B: Beliefs (Creencias).

C: Consequence (consecuencia emocional – conductual).

D: Dispute (cuestionamiento).

E: Effective Rational Belief (cambio de filosofía).

La Racional Emotiva entonces nos propone: no es **A** la creadora de las perturbaciones presentadas, en realidad es **B**, es decir sus creencias concebidas con anticipación, quienes determinan **C**, que es la consecuencia o conducta, y el trabajo de los profesionales en salud mental es, generar **D**, ya que lleva a crear en el paciente un cuestionamiento o también llamado disputa, de **B**, y puedan adoptar a **E**, como nuevo estilo de convivencia ya que esta pretende crear e interiorizar una nueva filosofía de vida.

Según Albert Ellis, (1987) “La práctica de la RET”. Tiene como objetivo llevar al sujeto a identificar sus ideas irracionales que originan sus perturbaciones emocionales y conductuales, como operan en su vida, siguiendo el orden del modelo ABCDE. Posterior a esto, se enseña a afrontarlas utilizando las técnicas que se consideren prudentes para cada paciente y pueda obtener resultados más óptimos en su vida.

Eficacia en su tratamiento

Para (Centro R&A) “El enfoque TREC puede ayudar a manejar adecuadamente las emociones negativas como ansiedad, depresión, culpa y la ira extrema. Este enfoque es utilizado también para cambiar conductas estresantes y las llamadas de autoboicot, como la agresión, hábitos alimenticios dañinos y procrastinación que interfieren con la calidad de vida y la capacidad de alcanzar metas deseadas”. Dado que la Terapia Racional Emotiva conductual tiene variedad de Técnicas, Cognitivas, Emotivas y Conductuales, se toma como referencia únicamente a la más acorde al caso de estudio. Sin embargo de ser necesario se pueden complementar con otras.

Exposición en Vivo como Técnica

Según Pedro J. Moreno Gil, (2000). De todas las técnicas existentes, una de las que mayor eficacia tiene a la hora de tratar fobias, es la exposición en vivo. Claro está, el indicar al paciente cómo funciona el ABCDE y habiendo conseguido en consulta la identificación de sus creencia útiles y poco útiles, pero como principio fundamental debe haberse logrado **E**. De ser necesario pueden ser aplicadas en combinación con otras técnicas para complementar, por ejemplo, la técnica de respiración, cualquiera que se escogiese, en caso de ataque de pánico durante la Exposición en Vivo.

Por otra parte, Grau, 15 de junio del 2011 afirma que, “En las fobias específicas, la EV ha sido más eficaz que el no tratamiento y que otras intervenciones como la relajación, la reestructuración cognitiva o diversos procedimientos de exposición en la imaginación”. Los candidatos con mejores resultados suelen ser los Zoo fóbicos, dado que no representan un peligro imponente para la vida del que la padece. Al practicar de manera continua la exposición al estímulo, mejores resultados se obtendrán. Entonces el tratamiento más acertado para las fobias específicas es la ex-posición en vivo.

Según UNED, (2018). Esta técnica consiste en tener contacto directo, ya sea de forma gradual o prolongada con el estímulo fóbico o la situación temida, que provoca respuestas elevadas de ansiedad. Se debe llegar a un acuerdo con el paciente y mencionar que; sería de gran ayuda e ideal mantenerse el mayor tiempo posible frente al estímulo (el quedarse allí) a la distancia que él decida en las primeras sesiones, hasta disminuir los

niveles de ansiedad a la mitad o hasta obtener un nivel 2 en la escala subjetiva de ansiedad (0..8).

Para Alamoc, (2012). “Luego de las sesiones de exposición, debemos discutir con el paciente los resultados, remarcando que las consecuencias catastróficas temidas no se produjeron”. Si se presentase un ataque de pánico mientras realiza la exposición, debe sentarse lo más cerca posibles al objeto temido, tomándose unos minutos hasta que los niveles ansiógenos y fisiológicos sosieguen (puede usar la técnica de respiración si considera necesario) para después enfrentarse nueva mente. En ocasiones el paciente no hará posible la exposición, por lo cual el paciente deberá llevar un auto registro de; las condiciones que lo motivaron al abandono, el nivel ansiógeno provocado, la duración expuesta, para evaluarlas con el terapeuta. Aun así, se motiva el esfuerzo realizado.

La exposición tiene un tiempo aproximado de 60 a 120 minutos. Por lo general se indica que se realicen de 3 a 4 días exposiciones por semana, el sujeto a de manejar su conducta desadaptativa en aproximadamente 5 sesiones. Sin embargo, hay quienes afirman que el “90% de personas con fobias a animales y a inyecciones mejoran mucho o se curan, en una sola sesión, mediante exposición y modelado por parte del terapeuta” Roca, (2008). Además, el paciente debe realizar reforzamientos en casa de lo aprendido a lo largo de las sesiones y mantener exposición en vivo con estímulo, una vez se finalice el tratamiento psicológico. Las sesiones concluyen cuando el paciente ha aprendido a ser su propio terapeuta, es decir, posee habilidad para poner en práctica la técnica empleada por sí solo.

Fobias específicas

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE- 10) ubica a los Trastornos de ansiedad fóbica en F40, y codifica a las Fobias específicas (aisladas) en F40.2. Entre estas tenemos la Zoofobia, que representa el miedo a los animales, que, a su vez, para este estudio de caso, se delimita en *Ofidiofobia* (miedo a las serpientes). Para Ferreros, Jun 25, (2013) el miedo desde la biología tiene un importante valor adaptativo y es una respuesta para la supervivencia. Desde la neurología es la respuesta de la amígdala cerebral del sistema límbico, al hablar de miedo adaptativo se hace referencia a un acumulado de sensaciones que se activan

como respuesta normal ante una situación de peligro. En las fobias específicas el miedo es elevado y persistente convirtiéndolo en patológico o fuera de lo normal, causando una detención en la vida del paciente.

Concepto

Magda Lima Álvarez, Camaguey (2006). “La Fobia Específica consiste en un temor intenso y persistente, que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos”. De igual manera para Editorial Mad (2006). “las fobias específicas son normalmente temores a objetos o situaciones particulares dentro de las cuales las más comunes son zoofobia, claustrofobia, acrofobia”. La visualización o aproximación al estímulo temido, genera de manera inmediata un intenso malestar y ansiedad. El sujeto, tiende a reconocer que su temor es irracional y excesivo, pero que, de alguna manera, el control le parece inalcanzable, generando de inmediato los síntomas fisiológicos, seguido de la evitación a la situación u objeto que causa malestar, ya que lejos de él, no presenta la ansiedad descontrolada.

De acuerdo con la revista Salud (2012), las fobias pueden ser causadas por experiencias traumáticas vividas en la infancia. Así también la predisposición genética ocupa un lugar importante, ya que se hereda una tendencia ansiosa, que facilita el desarrollo fóbico. Sin embargo, tomando como experimento una rata, a nivel neuronal se ha descubierto que los circuitos cerebrales que se activa durante el miedo, son diferentes a los que realizan la desaparición del mismo. Modificaron el genoma y rastrearon la reacción de las neuronas, tras esto concluyeron que, la ansiedad puede ser tratada con terapia psicológica, si se desea ser el protagonista de la recuperación, sin descartar la posibilidad de crear fármacos para que actúe en las conexiones neuronales provocantes del miedo.

Para tener una visión cuantitativa, de Ofidiofobia, los estudios señalan que representa un “10% de la población aproximadamente. Además, se cree que el 1/3 de los seres humanos padece algún tipo de miedo por las serpientes” (Sanchez, 2010). Dejando así por acentuado que es una de las fobias que mayor incidencia tiene en la población.

Síntomas frecuentes en la Ofidiofobia.

Mena, (2004) expresa que, las personas llegan a tener ideas delirantes, y obsesivas. Por lo general reconocen que su miedo es excesivo y se acompaña de una serie de síntomas fisiológicos como: agitación psicomotora, aumento de la frecuencia cardiaca, hiperventilación, sensación de desmayo, sudoración, sensación de peligro inminente, temen perder el centro, e incluso sufrir un ataque cardiaco. Al mismo tiempo vergüenza por presentar los síntomas, o desmayarse. Los Ofidiofobicos, temen a los sonidos emitidos por el animal, sus movimientos, su forma, y no se focaliza tanto en la repugnancia y asco que este le cause. Por otra parte, es más común en las mujeres con un 7%, en los hombres con un 4%, y generalmente de origen en la infancia.

Criterios diagnósticos.

Pautas para el diagnóstico según la CIE 10

1. Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
2. Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
3. Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Según Association, (2014) en el DSM- 5 los criterios son:

A) Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). **B)** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad inmediata. **C)** El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa. **D)** El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural. **E)** El miedo o la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. **F)** El miedo o la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del

funcionamiento. G) La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

1.6. HIPÓTESIS

Si se aplica la técnica de Exposición en Vivo de la Terapia Racional Emotiva, en la ofidiofobia, se logra la funcionalidad de las áreas afectadas en la paciente.

1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se utiliza el tipo de investigación descriptiva, ya que, se relatan parte del cuadro sindrómico que padece la paciente, de la misma forma se detalla el enfoque terapéutico y la exposición en vivo, como la técnica mejor considerada para la superación. Así como la consistencia de las fobias específicas y todo lo que respecta a ellas. La población es de 10 personas de las cuales, se toma la muestra de un caso único de sexo femenino, con rango de 30 años, con criterios de Ofidiofobia para desarrollar los objetivos.

El método Clínico: consiste en un proceso ordenado y sistemático que considera todos los aspectos, asociados al paciente en el contexto biopsicosocial. Este método puede aportar, según Adonis Frómetra Guerra, (2017) “hasta el 95 % del diagnóstico. Es así que a través del interrogatorio se puede llegar al 60 a 70% del diagnóstico, el examen físico añade un 10 a 15% 3,6 y los exámenes complementarios pueden subir esta certeza diagnóstica hasta el 95%. 6,8”.

Aplicado de forma individual, valorando de forma objetiva y subjetiva los signos y síntomas que se obtuvieron, puesto que su objetivo era llegar a un diagnóstico completo, certero y argumentativo. A través de la interrogación, exploración de la dolencia y el examen físico. Así mismo valorar las ideas, y sentimientos para seleccionar el mejor tratamiento, y llevar a la paciente a la curación. Así mismo se puede ir evaluando la relación del discurso brindado por el paciente con el observado por el psicólogo. El método clínico refiere también la necesidad de la introspección, dada la necesidad que el paciente debe hacer una autoobservación de la experiencia que ha vivido, y así permitirse

estudiar una parte de su interior y conocer las consecuencias que hasta ahora le han generado, incluyendo la cronicidad que ha avanzado la patología.

Técnica de psicodiagnostico: La técnica a emplear es la **entrevista**, ya que permitira indagar a profundidad para recoger datos específicos de la patología. Como instrumento indispensable la **historia clínica** (Anexo C), que sirve para la recolección de datos ordenados del paciente, así como: Datos de identificación, motivo de consulta, desarrollo del cuadro patológico, historia Familiar, etc. Por otra parte, utilice la **escala de ansiedad de Hamilton** (Anexo D) creado por Hamilton Max, en el año 1959, su consistencia interna es excelente, la fiabilidad es buena, es confiable en el test- retest además, es excepcional en la congruencia de evaluadores. Respecto a la validez es elevada. Esta escala consta de 14 preguntas, que evalúan los síntomas de los estados de ánimo como: estado de ánimo ansioso, estado de ánimo deprimido, tenciones, síntomas somáticos, etc. Se puntúan de 0-4 para obtener una totalidad de puntos, las puntuaciones totales de 17 o menos es considerado leve, entre 18 y 24 leve a moderada, y de 24 a 30 es moderada a severa.

Técnicas de la psicoterapia: La técnica de **exposición en vivo**, se utilizó para hacerle frente a la situación temida, se trabajó directamente con la paciente, animándole a adoptar una conducta natural y a pensar en los beneficios que obtendrá al realizarlo. Así como reconocer los logros alcanzados por mínimos que fueran al inicio. Además de ello se empleó una **guía de evolución** (Anexo E), el mismo que tiene por objetivo llevar un registro de los cambios que se han generado y poder valorar los avances que se obtuvieron. Finalmente, para correlacionar el progreso se acompañó con la, **escala de ansiedad de Hamilton**, en vista de medir el nivel de los síntomas luego de la aplicación de la técnica y así comprobar de forma cuantitativa.

CAPÍTULO II.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. DESARROLLO DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 35 años de edad, en unión libre, de ocupación agrícola. Este estudio se desarrolló en 10 sesiones individuales, en la casa comunal de la comunidad Oronguillo, Echeandía. Lugar considerado apropiado para el proceso psicoterapéutico. Su atención una vez por semana, 40 minutos por sesión. Con técnica como la entrevista directa, y como instrumento, la historia clínica, la misma que se complementó con la escala de medición psicológica.

Primera sesión.

Fecha: sábado 13/01/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Se recibió a paciente, procediendo de manera inmediata a generar rapport y estableciendo el encuadre psicológico. Se toman los datos de identificación, luego de ello se dio lugar exclusivamente a la paciente para manifestar su motivo de consulta. Refiere, hace unos 4 meses disfrutaba de un encuentro de fútbol la comunidad Oronguillo del cantón Echeandía, Provincia Bolívar. De manera inesperada, observó de cerca una serpiente chonta (*Chironius grandisquamis*) reacción fue huir *“salí corriendo y grité como loca, no podía evitarlo, empecé a llorar, me sentía muy nerviosa, las manos me temblaban, y el corazón parecía que se me iba a salir del pecho, estaba un poco mareada. En mi mente estaba que la culebra me mordería, y me iba a morir. Solo quería salir lo más lejos donde no la vea, y no me haga daño”*.

Se encontraba en compañía de su esposo, quien, acudió a socorrerla para evitar un cruce precipitado de la calle y evitar un accidente. Hace un año y medio manifestó la misma sintomatología en un zoológico. *“Muchas veces se ha enfadado conmigo, dice que pasamos vergüenza, porque yo me comporto así”*. Referente a su actuar menciona *“Pienso que soy débil y cobarde, a los demás no les da lo mismo”*. Además, menciona buscar compañía u otro camino al estar sola, a causa de interpretar por adelantado los posibles lugares de riesgo *“sé dónde pueden estar; en los matorrales, en lugares donde hay madera vieja acumulada, o huecos en la tierra”*.

Desde lo sucedido ha optado por restringir sus visitas a lugares *“antes nos íbamos a los ríos con los vecinos, pero ahora trato de quedarme en mi casa, para estar segura, no quiero salir y menos en las noches porque esos animales salen a esa hora”*. Al finalizar afirma su disposición para su pronta recuperación.

Segunda sesión.

Fecha: sábado 20/01/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Complementación del motivo de consulta, explorando el desarrollo del cuadro patológico, historial familiar, antecedentes psicopatológico familiares y anamnesis completa. Se obtiene la evolución de la patología, asimismo factores desencadenantes, y predisposición genética. Hace 7 años, falleció un amigo cercano a causa de una mordedura de serpiente. Cree que su miedo viene desde la niñez al ocurrirle un percance *“una serpiente me siguió y yo solo corrí donde estaba mi mamá”*. Respecto a su aspecto *“No soporto ver los movimientos, y la velocidad con la que se arrastran, no logro entender porque me dan tanto miedo”*. Su desempeño como agricultora junto a su esposo le generaba miedo, pero no le causaba limitación al realizarlo.

Tercera sesión.

Fecha: sábado 27/01/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Toma de reactivos psicológicos; así tenemos **escala de ansiedad de Hamilton:** con el fin de medir el nivel de ansiedad. Adicional se entrevistó a esposo para constatar sintomatología y comprobar su participación en el proceso de psicoterapia.

Cuarta sesión:

Fecha: sábado 03/02/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Entrevista de devolución y diagnóstico final. Además, se evidenció el plan terapéutico propuesto para la patología. Analizando las técnicas a emplear y confirmando su aceptación a realizarlas.

Quinta sesión

Fecha: sábado 10/02/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Se informó a la paciente acerca de las serpientes (tipos, especies venenosas), para con esto explicar y lograr la comprensión del modelo ABC, para que pueda debatir sus creencias irracionales y a su vez consiga utilizar las creencias útiles.

Sexta sesión.

Fecha: sábado 17/02/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Aprendió sobre el nivel de ansiedad (0-10). A más de la utilización de los ejercicios de respiración, destacando la implementación que tendrá durante la exposición en vivo

Séptima sesión.

Fecha: sábado 24/02/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

A una distancia de 4 metros con la utilización de una serpiente de goma se expuso a paciente, la misma que, empleo las creencias útiles y los ejercicios de respiración. Logrando resultados positivos.

Octava sesión.

Fecha: sábado 03/03/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

A una distancia de 2 metros con la utilización de una serpiente de goma en movimiento se expuso a paciente, la misma que, a pesar del empleo de las creencias útiles y los ejercicios de respiración, presento adversidades. Se realizó una retroalimentación, generando retomar la exposición.

Novena sesión

Fecha: sábado 10/03/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Por periodos, se logró generar un contacto con el objeto, con y sin movimiento, durante un tiempo de 60 minutos. Por lo cual se envió a mantener exposición en un zoológico.

Decima sesión

Fecha: sábado 17/03/2018.

Hora: 17:00 - 17:40 PM.

Se realiza exploración de la experiencia vivida en el zoológico, además se realiza entrevista y aplicación de escala de ansiedad para valorar: comportamientos, ámbito social, relación conyugal, y esfera emocional.

2.2. SITUACIONES DETECTADAS

A continuación, se presentan los hallazgos evidenciados a través de la entrevista, historia clínica y escala de medición de ansiedad. Patología tiene inicio en su infancia, avanzando en su creencia tras la muerte de su amigo hace 7 años, también, presentó el cuadro sintomatológico en el zoológico hace un año, últimamente hace 4 meses presenta

síntomas de motivo de consulta, los cuales resumo en; ansiedad, angustia, agitación psicomotora, evitación fóbica, ideas delirantes no extrañas, tendencia a baja autoestima, pensamientos fatalistas, deterioro social, deterioro laboral, malestar clínicamente significativo.

Paciente tiene **comportamientos de evitación**, a lugares donde cree haber presencia del estímulo, esto genera que se excluya de sus **actividades laborales**. En el **ámbito social** se está privando de compartir con sus amigos, al negar las salidas fuera de los que considera seguros, y pensar en la reacción que tendrían sobre ella, si llegase a sufrir la crisis. Así también, refleja desacuerdos en la **relación conyugal**, puesto que, su esposo no comparte su forma de actuar, y su falta de comprensión le genera malestar. Finalmente se encuentra afectada la **esfera emocional**, al mencionar que se siente débil y cobarde por no entender su temor excesivo. Referente a los reactivos psicológicos, se confirmó su diagnóstico con el siguiente resultado: **Escala de ansiedad de Hamilton**: puntuación 38/60 que indica ansiedad moderada a severa.

En base a todo el proceso de evaluación, se da el Diagnóstico Definitivo de: **DSM5**: 300.29 Fobia específica “Zoofobia - Ofidiofobia”. **CIE 10**: F40.2 Fobia Especifica “Zoofobia - Ofidiofobia”.

2.3. SOLUCIONES PLANTEADAS

Se establece un plan terapéutico individual de la **TRE** para la paciente, el mismo que demuestra; meta, técnica, instrumento, objetivo, respuesta esperada y resultado obtenido, ejecutado en cada sesión. Usando como indispensable la técnica de **EXPOSICIÓN EN VIVO**, y ejercicios de respiración para complementar.

| Nº Sesión | Meta | Técnica | Instrumento | Objetivo | Respuesta esperada | Resultado |
|------------------------|--|--|--|--|---|---|
| 10 de Febrero del 2018 | Informar al cliente. | Diálogo explicativo | Epígrafe | Conocimiento de las serpientes, y comprender el modelo ABC. | La paciente será capaz de mejorar sus creencias acerca de las serpientes. | Conocimiento básico de las serpientes, y comprensión de su creencia poco útil. |
| 17 de Febrero del 2018 | Entrenar para valorar y dosificar la ansiedad. | Ejercicio de respiración | Paciente | Valorar y bajar los niveles de ansiedad. | Aprenderá a poner en práctica el ejercicio, durante la exposición en vivo. | Aprendió a practicar los ejercicios en la sesión, y se envía refuerzo como tarea. |
| 24 de Febrero del 2018 | Enfrentamiento al estímulo. | Exposición en Vivo | Serpientes de goma | Mantener acercamiento con el elemento fóbico, a 4 metros de distancia. | Aplicará el ejercicio de relajación, y se mantendrá el mayor tiempo posible frente al estímulo. | Presentó variación en los niveles de ansiedad, haciendo uso de la respiración, manteniéndose por 9 minutos. |
| 03 de Marzo del 2018 | Enfrentamiento al estímulo. | Exposición en Vivo. | Serpientes de goma en movimiento. | Mantener acercamiento con el elemento fóbico, a 2 metros de distancia. | Aplicará el ejercicio de relajación, y se mantendrá el mayor tiempo posible frente al estímulo. | Abandonó la exposición por ansiedad elevada, al min 8. Retomó con instrucciones del ABCC. Con un total de 24min. |
| 10 de Marzo del 2018 | Enfrentamiento al estímulo. | Exposición en Vivo. | Serpientes de goma con y sin movimiento. | Tener contacto con el estímulo fóbico, y mantenerse por 60min. | Mantendrá contacto prolongado, con niveles de ansiedad bajos. | Presenta un Nivel 3/8 de ansiedad, con un tiempo de 60 min. Se envía a visitar un zoológico. |
| 17 de Marzo del 2018 | Valoración y cierre terapéutico. | Entrevista y aplicación de escala de ansiedad de Hamilton. | Observación directa. Escala de Hamilton. | Revisión de experiencia en el zoológico. | Disminución de síntomas, y nivel normales de ansiedad. | Exposición en el zoológico superado. Se valora una puntuación 16/60 de ansiedad que indica ansiedad leve. Sintomatología de fobia, dentro de lo normal. Finalización del tratamiento psicológico. |

La paciente comprendió el funcionamiento de la Terapia Racional Emotiva, optó por el uso de las creencias útiles para enfrentar su concepción respecto a las serpientes, a su vez, aprendió la práctica de los ejercicios de respiración. Al ser una exposición gradual los resultados fueron favorables. Al término del tratamiento se logró disminuir los síntomas fóbicos y conseguir un mejor estilo de vida, al superar las áreas afectadas.

2.4. CONCLUSIONES

Se finaliza el presente estudio de caso, de paciente femenino de 35 años de edad, seleccionando la metodología acorde al objeto de estudio y por ello se utilizó el método clínico, con técnicas de diagnóstico como: la entrevista, observación directa, y como instrumento, la historia clínica, las áreas afectadas que se identificaron son; comportamiento de evitación, social, emocional, y conyugal. Además, para cuantificar se utilizó la escala de medición de Hamilton. Diagnosticando en base al DSM5 y la CIE 10 con F40.2 Fobia Específica (Zoofobia – Ofidiofobia). Con la inclusión de esta metodología se le da la validez y credibilidad científica, que toda investigación exige.

El trabajo evidencia un plan terapéutico en base a la Terapia Racional Emotiva, ejecutando como técnica principal la Exposición en Vivo, dada la eficacia que presenta en el sexo femenino de estudios realizado, y como adherentes los ejercicios de respiración. Se efectuó un total de diez sesiones; las cuatro primeras utilizadas en, proceso de Psicodiagnóstico, y los seis restantes en Psicoterapia.

Este plan terapéutico se enfoca en una línea de trabajo psicoterapéutico breve, acorde a las demandas actuales de nuestra sociedad mediática. Se ha podido establecer coincidencias con los resultados y el uso de esta técnica conductual planteada por la terapia racional emotiva de Albert Ellis quien mencionaba que la técnica de exposición en vivo logra fabulosos resultados. Durante, la décima sesión se valoraron nuevamente las áreas afectadas, encontrando como resultados pocos comportamientos de evitación, mayor participación en su actividad social disminución en sus emociones negativas, y

desacuerdos de pareja nulos. Logrando así comprobar la eficacia de la técnica de exposición en vivo.

Dando así por cumplido los objetivos, y se comprueba la hipótesis estipulada que refiere: si se aplica la técnica de Exposición en vivo de la terapia racional emotiva, en la ofidiofobia, se logra la funcionalidad de las áreas afectadas en la paciente.

En el plano personal he llegado a la metacognición o reflexión que la selección, aplicación y valoración de esta propuesta me llena de seguridad en el proceso de psicoterapia, que como futura profesional de la psicología clínica es uno de mis mayores desafíos.

2.5. RECOMENDACIONES

- Paciente debe mantener prolongadas exposiciones en vivo, en la medida de lo posible, siendo su propio terapeuta, para que continúe con su recuperación.
- Reforzar entrenamiento en las creencias útiles respecto a la fobia, que a su vez puede aplicar el modelo ABC en otras situaciones.
- Acudir a entrevista de seguimiento, para llevar un control de evolución y prevenir recaídas.
- Realizar promoción en salud mental, en éste sector y otros, donde la Ofidiofobia es escudada con la falta de conocimiento y poca atención Psicológica, así como, realizar nuevos estudios en el sector, identificando nuevos casos de esta índole, puesto que no parece ser la única paciente quien la padece.
- Se recomienda a todo profesional o estudiante interesado, utilizar el modelo de Terapia Racional Emotiva en Fobias Específicas con el esquema terapéutico mencionado en soluciones plateadas, por la eficacia obtenida y evidenciada.
- Es interesante optar por aplicar este modelo en otro rango de edad, así por ejemplo en niños, puesto que la ofidiofobia se desarrolla en varios, desde la infancia. De la misma forma aplicarla en el sexo masculino, a pesar que es más común en el sexo femenino, esto no disminuye la importancia de abordar casos fóbicos, también podría mostrarse excitante realizar en otro contexto que no sea netamente agrícola.

BIBLIOGRAFIA

Alamoc, B. (2012). TerapiadeExposición: Innovaciones desde la investigación experimental básica y aplicada. Buenos Aire.

Albert Ellis, W. D. (1987). THE PRACTICE OF RATIONAL-EMOTIVE THERAPY (RET). New York: Editorial Desclée De Brouwer.

Álvarez Lima Magda, Y. C. (2006). Fear, Anxiety and phobia to dentistry treatment. Humanidades Médicas. Camaguey.

Association, A. P. (2014). DSM-5. EEUU.

Editorial Mad, R. C. (2006). Psicologo de la xunta de Galilea. Editorial MAD-Eduforma.

Ferreros, M. L. (2013). Tengo miedo. Spain. Editorial Planeta.

Grau, A. B. (15/06/2011). TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN. Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. . Barcelona.

Guerra Frómeta, A. (2017). The Clinical Method: Current Perspectives. Revista Bionatural, 260. Germany.

Hannia Cabezas Pizarro, L. I. (2006). RELACIÓN EMPÍRICA ENTRE LA TERAPIA RACIONAL. Revista Educación 30(2), 101-109, ISSN: 0379-7082, 2006, 109.

Kroenke. (2012). National Comorbidity Survey. Estados Unidos.

Mena, C. G. (29 de 12 de 2004). Padece Fobia. Editorial- La Jornada. Mexico.

Moreno Gil, Pedro J., F. X. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivos-conductuales para la fobia social: Una revisión meta-analítica. Murcia.

Roca, E. (2008). Tratamiento de las fobias específicas. Valencia - España.

Salud, T. 2. (23/Octubre/2012). Tendencias 21. Revista electronica de ciencia, Tecnologia, Sociedad y Cultura, pág. pg 21. Barcelona.

Sanchez, M. Q. (2010). Fobia a las Serpientes (Ofidiofobia): Síntomas, Causas y Tratamientos. Lifeder.

UNED, p. (2018). Terapias y técnicas de exposición. Obtenido de <http://psicologia.isipedia.com/tercero/tecnicas-de-intervencion-cognitivo-conductuales/04-terapias-y-tecnicas-de-exposicion>.

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Anexo A. Solicitud de Intervención



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



Babahoyo, 22 de agosto del 2018.

Sra. Magaly Macias Cobeña.

PRESIDENTA DEL RECINTO ORONGULLO

Presente.

De mi consideración.

Por Medio de la presente, **JENIFFER PAOLA FREIRE MANOBANDA**, con cedula de ciudadanía N° 020230405-1 me dirijo a usted para solicitarle en calidad de egresado de la Escuela de Psicología, me conceda el permiso para realizar pruebas diagnósticas y psicoterapia de un caso clínico con el tema:

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS

Segura de contar con su autorizado, le anticipo mis sinceros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente

Jeniffer Paola Freire Manobanda

020230405-1



Anexo B. Solicitud de Aprobación.



ASOCIACIÓN DE DESARROLLO INTEGRAL Y SOCIAL DE LA COMUNIDAD DE ORONGUILLO

Oronguillo, 23 de agosto del 2018.

Yo, Sra. **MAGALY MARILU MACIAS COBEÑA**, con CI:171088015-2. en Calidad de presidenta de la comunidad de Oronguillo, informo y certifico a quien compete, que la Srta **Jeniffer Paola Freire Manobanda**, con CI: 020230405-1, egresada de la carrera de psicología Clínica, que realizo pruebas diagnósticas y psicoterapia de un caso clínico en los meses de Enero/ marzo del 2018, en las instalaciones de la casa comunal de la comunidad de Oronguillo.

Sin más que mencionar en honor a la verdad, dejo a su disposición este documento.



Sra. Magaly Macías Cobeña.

PRESIDENTA DE LA COMUNIDAD DE ORONGUILLO.

Anexo C. Modelo de historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____

EDAD: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

2- MOTIVO DE CONSULTA:

3- DESARROLLO DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

4- RESUMEN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

5- TOPOLOGÍA FAMILIAR:

6-HISTORIAL PATOLOGICO FAMILIAR:

7-HISTORIA EVOLUTIVA:

ANAMNESIS _____

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

8-ESCOLARIDAD:

9- ADAPTACIÓN ESCOLAR:

10-RELACIONES INTERPERSONALES:

11- ADAPTACIÓN SOCIAL:

12-JUEGOS:

13-CONDUCTA SEXUAL:

14-ACTIVIDAD ONÍRICA:

15-HECHOS TRAUMATIZANTES:

ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

16- APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

17-CONDUCTA SEXUAL:

18-ACTIVIDAD ONÍRICA:

19- ADAPTACIÓN SOCIAL:

20- ADAPTACIÓN FAMILIAR:

21-RELACIONES INTRAFAMILIARES:

22-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

23-LENGUAJE:

24-PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

25- DIAGNÓSTICOS:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

26- PRONÓSTICO:

27-TERAPIA:

PSICÓLOGO TRATANTE

Anexo D. Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre:

Fecha:

Unidad/Centro:

Nº Historia:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

| | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave/ Incapacitante |
|--|---------|------|----------|-------|-----------------------------|
| 1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| <p>12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <p>13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--------------------------|--|
| Ansiedad psíquica | |
| Ansiedad somática | |
| PUNTUACIÓN TOTAL | |

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Bibliografía

- ⌚ Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.
- ⌚ Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: 76 - 79.
- ⌚ Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.

Anexo E. Registro de Evolución

REGISTRO DE EVOLUCIÓN

Cliente:

Psicologo Tratante:

Sesión No.

Fecha:

Objetivo: _____

Resultado: _____

Sesión No.

Fecha:

Objetivo: _____

Resultado: _____

Sesión No.

Fecha:

Objetivo: _____

Resultado: _____

Sesión No.

Fecha:

Objetivo: _____

Resultado: _____

Anexo F. Información Básica.

las serpientes, información para la paciente.

El miedo extremo a las serpientes, calificado como un desorden de ansiedad, no está presente solo en los ecuatorianos. Varias personas alrededor del mundo lo padecen, considerándose a la ofidiofobia como uno de los temores más difíciles de tratar. En Estados Unidos, se estima que el 50% de la población experimenta cierta ansiedad en presencia de alguna serpiente y que otro 20% está aterrorizado con ellas, al punto de no poder ver una fotografía o de sostener una conversación a su respecto sin ayuda profesional.

Recientemente, un programa de televisión divulgó una encuesta que reveló que la segunda fobia más generalizada entre los ecuatorianos, después del temor a las alturas, es la ofidiofobia (miedo intenso y desproporcionado hacia las serpientes u ofidios). No es de extrañar, entonces, que varias personas encuentren extraño el que un investigador se adentre en la selva precisamente en busca de estos animales.

Las serpientes están formadas por muchas familias y las culebras, pertenecientes a la familia Colubridae, son la de mayor cantidad de miembros en el mundo; tiene más especies que cualquier otra familia de serpientes. Esta familia está compuesta también por las serpientes, o culebras en este caso, más dóciles y menos peligrosas en cuanto a mordeduras y veneno, pues la mayoría de ellas no han sido dotadas de esta arma química. En el Ecuador hay 155 especies de culebras, en la zona del Mashpi alrededor de 30 y en la reserva se han registrado 10 hasta el momento.

En gran medida, la fobia generalizada hacia las serpientes se basa en que algunas de ellas son venenosas y capaces de infligir heridas graves, e incluso la muerte. Sin embargo, solamente alrededor del 21% de especies son venenosas. En Ecuador, de las 207 especies de ofidios registradas, cuarenta son venenosas (19%): diecisiete víboras (familia Viperidae) y 23 especies de serpientes coral y marina (familia Elapidae). De éstas, solamente unas pocas especies comparten hábitat con el ser humano o existen en densidades lo suficientemente altas como para representar un riesgo real. En Centroamérica, por ejemplo, la frecuencia de mordeduras de la víbora equis (*Bothrops asper*) a investigadores y estudiantes de campo fue de tan solo tres mordeduras en 1,5 millones de horas/persona de trabajo.

en términos de morbilidad y mortalidad de seres humanos. Cuando estos encuentros se producen, la mayoría de serpientes prefiere huir, ya que el propósito principal de su veneno es obtener comida y optan por no gastar en una persona este producto energéticamente costoso. Solamente lo utilizan como método de defensa cuando sus opciones de escape se han esfumado.

Explicación de la serpiente Activadora.

Una especie sumamente conocida y deslumbrante por el brillante e intenso color negro de sus escamas es la Chonta (*Chironius grandisquamis*), negra como la madera de su palma homónima. Esta enorme y bella culebra puede medir casi tres metros en machos adultos y se la puede ver “correr” a altas velocidades por el bosque. Es diurna y se alimenta de anfibios, otros reptiles y algunas aves y ratones, luego en la noche se sube a árboles y arbustos para descansar. No es venenosa, sin embargo esto no la hace menos “quisquillosa”; no es muy amigable y para defenderse puede usar su larga cola como un látigo. ¡Un verdadero espectáculo de culebra!

Resumiendo, dado que solo dos de cada diez especies de serpientes son venenosas y que el índice de mortalidad por mordeduras, incluso para el grupo poblacional más expuesto, es bajo, ¿no es sorprendente que el recelo hacia estos animales sea tan alto?

Anexo G. Modelo ABC

| A Activating Event | B Beliefs | C Consequence |
|--|--|---|
| Aparición de la serpiente en la actividad comunitaria. | <p><i>En mi mente estaba que la culebra me mordería.</i></p> <p><i>Me iba a morir.</i></p> <p><i>Y no me haga daño</i></p> | Ansiedad, angustia, agitación psicomotora, evitación fóbica, ideas delirantes no extrañas, tendencia a baja autoestima, pensamientos fatalistas, deterioro social, deterioro laboral, malestar clínicamente significativo. |
| INFORMACION BASICA DE SERPIENTES (TRABAJAMOS SOBRE B) | | |
| B CREENCIA POCO UTIL | | B CREENCIA UTIL |
| <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>En mi mente estaba que la culebra me mordería.</i> 2) <i>Me iba a morir.</i> 3) <i>Y no me haga daño</i> 4) <i>Pienso que soy débil y cobarde, a los demás no les da lo mismo.</i> 5) <i>Sé dónde pueden estar</i> | | <ol style="list-style-type: none"> 1) Alrededor del 80% no son peligrosas. 2) La frecuencia de mordeduras de la víbora equis (<i>Bothrops asper</i>) a investigadores y estudiantes de campo fue de tan solo tres mordeduras en 1,5 millones de horas/persona de trabajo. 3) La Chonta (<i>Chironius grandisquamis</i>), No es venenosa, sin embargo esto no la hace menos "quisquillosa. 4) Dado que solo dos de cada diez especies de serpientes son venenosas y que el índice de mortalidad por mordeduras, incluso para el grupo poblacional más expuesto, es bajo, |

| CONSECUENCIA DE CREENCIA POCO ÚTIL | CONSECUENCIA DE CREENCIA ÚTIL |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) Sobresaltarse.2) pensamientos fatalistas.3) Aumento de la frecuencia cardiaca.4) Mareo.5) Ansiedad.6) Sudoración. 7) Huir de la situación, etc. | <ol style="list-style-type: none">1) Nivel de ansiedad dentro de lo normal.2) Siento que esta situación no es buena pero tampoco terrible, y puedo superarlo.3) Controla la situación.4) No presenta sintomatología de Ofidiofobia. |

Anexo H. Evidencia.



Instrucciones presenciales de la Guía metodológica del estudio de caso a desarrollar, impartidas por la Dra. Gina Beltrán, en horas de la mañana en la sala de profesores de la escuela de Psicología de la UTB.



Entrevista inicial en la casa comunal del recinto Oronguillo cantón Echeandía el día 13 de enero del 2018 a las 17:00pm, donde se estableció; encuadre psicológico, y el motivo de consulta.



Aplicación de la técnica de exposición en vivo, donde la paciente mantiene contacto con la serpiente de goma, y su ansiedad es controlada.

Anexo H. plataforma.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
¡Impulsando el talento humano!



FECHA: 27/9/2018
HORA: 17:23

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: BELTRAN BAQUERIZO GINA ESMERALDA
ESTUDIANTE: FREIRE MANOBANDA JENIFFER PAOLA
PERIODO TITULACIÓN: MAYO 2018 - OCTUBRE 2018
MODALIDAD DE TITULACIÓN: EXAMEN COMPLEXIVO
FASE DE MODALIDAD: FASE PRACTICA
PROYECTO DE TITULACIÓN: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

| TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EN LAS FOBIAS ESPECIFICAS | | | | | |
|--|------------|------------|-----------|-------|------------|
| FASE | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| FASE PRACTICA | 2018-08-20 | 2018-09-20 | TERMINADO | 80% | HABILITADO |

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

| INTRODUCCION | | | | | |
|--------------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| DEFINICIÓN DEL TEMA CASO DE ESTUDIO | | | | | |
|-------------------------------------|------------|------------|-----------|-------|------------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| CAPITULO 1: MARCO METODOLÓGICO | 2018-08-21 | 2018-09-11 | TERMINADO | 80% | HABILITADO |

| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | | | | | |
|----------------------------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| JUSTIFICACION | | | | | |
|---------------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| OBJETIVO | | | | | |
|-----------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| FUNDAMENTACION TEÓRICA | | | | | |
|------------------------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

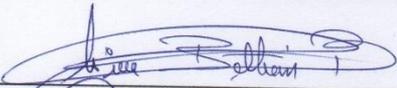
| HIPOTESIS | | | | | |
|-----------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | | | | | |
|---------------------------------|-----------|--------|---------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| | | | | | |

| DESARROLLO DEL CASO | | | | | |
|--|------------|------------|-----------|-------|------------|
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| CAPITULO 2: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | 2018-09-05 | 2018-09-12 | TERMINADO | 80% | HABILITADO |

| SITUACIÓN DETECTADA (HALLAZGO) | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |

| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
|--|------------|------------|-----------|-------|------------|
| SOLUCIONES PLANTEADAS | | | | | |
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| CONCLUSIONES | | | | | |
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 2018-09-14 | 2018-09-18 | TERMINADO | 80% | HABILITADO |
| RECOMENDACIONES (PROPUESTA PARA MEJORAR EL CASO) | | | | | |
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| BIBLIOGRAFIA | | | | | |
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |
| ANEXOS | | | | | |
| ACTIVIDAD | F. INICIO | F. FIN | PROCESO | PORC. | ESTADO |


 BELTRAN BAQUERIZO GINA ESMERALDA
 DOCENTE TUTOR


 FREIRE MANOBANDA JENIFFER PAOLA
 ESTUDIANTE