



UNIVERSIDAD TÈCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÌDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÒN
CARRERA DE PSICOLOGÌA CLÌNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÒN DEL TÌTULO DE
PSICÒLOGA CLÌNICA

PROBLEMA:
FACTORES ESTRESANTES Y TRASTORNO DE ANSIEDAD
EN UN ESTUDIANTE

AUTORA:
SABRINA JAMILED RAMOS VEINTIMILLA

TUTORA:
MSC. NARCISA DOLORES PIZA BURGOS

BABAHOYO- AGOSTO/2019

Resumen

El presente trabajo de investigación sobre los factores estresantes y trastorno de ansiedad en un estudiante que asiste al departamento psicológico de la Universidad Técnica de Babahoyo, el mismo que parte de la concepción actual de las exigencias académicas, un nivel elevado de autonomía, flexibilidad y seguridad de si mismo, permitió evidenciar y aclarar como el estrés puede llegar afectar significativamente a la salud mental del individuo, de tal manera que debe ser tratado por un profesional en el área.

Sin embargo, este trabajo buscara reforzar los conocimientos e identificar los factores estresantes y a su vez, de qué manera influye el trastorno de ansiedad del estudiante, y así poder emplear las técnicas más adecuadas para reducir las conductas no deseadas asociadas con dicho trastorno, implementando la Terapia Cognitiva Conductual la cual ha dado buenos resultados en este tipo de patologías, se pretenderá que el estudiante aprenda cómo sus pensamientos contribuyen a los síntomas psicofisiológicos, conjuntamente con las mejores técnicas de afrontamiento a la problemática que se presenta en este estudio de caso.

Palabras claves: factores estresantes, trastorno de ansiedad, estudiante universitario, estrés.

Abstract

The present research work on stressors and anxiety disorder in a student attending the psychological department of the Technical University of Babahoyo, the same as part of the current conception of academic requirements, a high level of autonomy, flexibility and security of itself, it allowed to show and clarify how stress can significantly affect the mental health of the individual, so that it must be treated by a professional in the area.

However, this work will seek to reinforce knowledge on how to identify stressors and, in turn, how it influences the development of anxiety disorder, thus being able to use the most appropriate techniques to reduce or stop unwanted behaviors associated with said disorder, together To the Cognitive Behavioral Therapy which has given good results in this type of pathologies, it will be sought to give the student to learn to understand how their thoughts contribute to the psychophysiological symptoms, together with the best techniques of coping with the problem

Keywords: stressors, anxiety disorder, university student, stress.

ÍNDICE

Resumen	ii
Introducción.....	1
Desarrollo.....	2
Justificación.....	2
Objetivo general.....	3
Sustentos teóricos.....	3
Técnicas aplicadas para la recolección de la información	14
Resultados Obtenidos	15
Situaciones detectadas.....	16
Soluciones `planteadas.....	17
Conclusión.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

Introducción

La línea de investigación es prevención y diagnóstico y su sub línea trastorno en el comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza y aprendizaje, debido a los problemas presentados en el estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo que, además, que se ve a diario en la sociedad especialmente en los estudiantes.

En la investigación desarrollada el objetivo en sí es identificar los factores estresantes en el trastorno de ansiedad en un estudiante y su efecto en el ámbito familiar y educativo, consiste en la intervención psicoterapéutica de un estudiante, que manifiesta trastorno de ansiedad previa a la exigencia académica, acompañados de comportamientos de preocupación excesiva y nerviosismo que le han predispuesto a experimentar una serie de síntomas fisiológicos, característico de esta patología interfiriendo notablemente en las diferentes áreas funcionales del paciente.

La ansiedad es la respuesta que siente el paciente frente a una amenaza, es por ello que esta investigación busca evidenciar cada uno de los tipos de trastorno y poder detectar a tiempo problemas a futuro que afecte su salud mental y su integridad física.

Mediante la aplicación de herramientas e instrumento psicológicos y baterías psicométrica, donde se demostró que el paciente venía padeciendo síntomas fisiológicos (taquicardia, náuseas, cefaleas, sudoración en las manos).

La finalidad es evidenciar los factores estresantes y trastorno de ansiedad en un estudiante al momento de una actividad académica, o en situaciones de interacción ante otras personas o los mismos familiares.

Desarrollo

Justificación

El mundo actual implica una época de cambios con ritmos de vida acelerada, mayor demanda de responsabilidad y competencia, este entorno exige al estudiante, un elevado nivel de autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad de sí mismo y estrategia de afrontamiento antes situaciones nueva, que pueden provocar ansiedad en el individuo.

Es importante abordar esta problemática teniendo en cuenta que es necesario, conocer los factores estresantes que puede presentar un estudiante en su vida universitaria y de esta manera poder mantener y perseverar la salud mental del mismo, permitiendo una mejor calidad en el aprendizaje, rendimiento académico y en su proceso de formación.

También será de utilidad metodológica para que se siga investigando cada una de las problemáticas que se presentan en la vida estudiantil, puesto a que es un factor que se diagnostica a diario y que en futuras investigaciones se desarrollen nuevos métodos o estrategias que permita reconocer con eficacia esta problemática en las que el estudiante esta propenso a padecer episodios de estrés y trastorno de ansiedad y por consecuencia bajo rendimiento académico e incluso aislamiento con las demás personas.

Adicionalmente servirá como método de afianzamiento y adquisición de conocimiento, en el desempeño profesional, junto con la posibilidad de que se implemente acciones de prevención e intervención basada en la experiencia clínica, permitiendo la adaptación del estudiante antes los diferentes retos que les ofrece la entrada a su formación universitaria. Además, será de buena referencia para las siguientes investigaciones que realicen en relación al mismo tema de estudio.

Objetivo general

Identificar los factores estresantes y el trastorno de ansiedad en un estudiante, utilizando Técnicas Cognitivas Conductuales, en un caso atendido en el departamento psicológico de la Universidad Técnica de Babahoyo y poder reducir la sintomatología del paciente.

Sustentos teóricos

Los trastornos de ansiedad son aquellos cuadros en los que predominan los síntomas de ansiedad, presentándose de manera irracional y excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona. Del mismo modo “están relacionados con el apego inseguro y con actitudes parentales como el control, la sobreprotección, el rechazo, la negligencia y el maltrato” (Esparcia, 2015).

El DSM-5 Morrison (2015.) menciona:

Trastorno de pánico: es un trastorno de ansiedad frecuente en el que el paciente experimenta ataques de pánico inesperados. Si bien los ataques de pánico suelen ser no inducidos, también se presentan ataques con predisposición situacional o inducidos/con vínculo situacional.

Una minoría importante tendrá ataques de pánico nocturnos, así como durante la vigilia. Quizá la mitad de los pacientes con trastorno de pánico también desarrolla síntomas de agorafobia, aunque en muchos casos no ocurre.

Por lo general, el trastorno de pánico inicia poco después de los 20 años. Es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, y se identifica en 1 a 4% de la población general adulta (10% es la cifra aproximada de ataques de pánico en general). En particular, es común entre mujeres.

Agorafobia: se refiere al temor que algunas personas sienten ante cualquier situación embarazosa o lugar del que parezca difícil escapar, o donde pudiera no haber ayuda disponible en caso de que se desarrollaran síntomas de ansiedad.

Son válidos los espacios abiertos o públicos, como los cines y los supermercados concurridos; también los viajes lejos del hogar. Las personas con agorafobia pueden evitar por completo el lugar o la situación temidos, o bien, en caso de necesitar enfrentarlos, sufren ansiedad intensa o requieren la presencia de un acompañante.

En los años recientes, los cálculos en cuanto a la prevalencia de la agorafobia se han elevado alrededor de 1 a 2%. Al igual que en el caso del trastorno de pánico, las mujeres son más susceptibles que los varones.

El trastorno suele iniciar durante la adolescencia o después de los 20 años; no obstante, algunos pacientes desarrollan sus primeros síntomas luego de los 40 años. Con frecuencia, los ataques de pánico preceden al desarrollo de la agorafobia. Ésta tiene una carga hereditaria intensa.

Fobia específica: Los pacientes con fobias específicas sienten temores injustificados ante objetos o situaciones específicos. Las que se reconocen mejor son las fobias a animales, sangre, alturas, viajes en avión, enclaustramiento y tormentas eléctricas.

La ansiedad que produce la exposición a uno de estos estímulos puede manifestarse por medio de un ataque de pánico o una sensación más generalizada de ansiedad, pero siempre se dirige a algo específico (sin embargo, estos individuos también pueden sentirse preocupados por lo que pudiera pasarles –desmayarse, entrar en pánico, perder el control– si tuvieran que confrontar lo que les genera temor).

Por lo general, mientras más cerca se encuentren del estímulo temido (y más difícil sea escapar del mismo), peor es la sensación. Los pacientes suelen tener más de una fobia específica. Una persona que está por enfrentar una de las actividades u objetos temidos de inmediato comenzará a sentirse nerviosa o en pánico, condición que se conoce como ansiedad anticipatoria.

Sin embargo, el grado de malestar con frecuencia es leve, de modo que la mayor parte de los individuos no solicita ayuda profesional. Cuando obliga al paciente a evitar las situaciones temidas, la ansiedad anticipatoria puede ser un inconveniente importante; incluso puede interferir en el trabajo.

Los pacientes con fobias específicas que implican sangre, lesión o inyecciones experimentan muchas veces lo que se denomina respuesta vasovagal; esto significa que la disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial provocan que el paciente se desmaye. En la población general, la fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad que se refiere con mayor frecuencia.

Trastorno de ansiedad social: se debe al miedo a parecer torpe, tonto o apenado. Los pacientes temen los errores sociales, como atragantarse al comer en público, temblar cuando escriben o ser incapaces de tener un buen desempeño al hablar o tocar un instrumento musical.

El temor a ruborizarse afecta en particular a las mujeres, que pudieran no ser capaces de poner en palabras lo que es tan terrible de ponerse rojas. El temor de atragantarse de nuevo se desarrolla a menudo después de un episodio de este tipo, y puede ocurrir en cualquier momento, desde la niñez hasta la edad adulta. Algunos pacientes temen (y evitan) numerosas situaciones públicas semejantes.

Muchas personas, varones y mujeres, manifiestan síntomas físicos notorios por el TAS: rubor, ronquera, temblor y sudoración. Estos pacientes pueden desarrollar ataques de pánico. Los niños pueden expresar su ansiedad al asirse, llorar, paralizarse, retirarse, hacer berrinches o negarse a hablar. Los estudios en poblaciones abiertas refieren una incidencia del TAS a lo largo de la vida de 4 a 13%.

Sin embargo, si tomamos en consideración sólo a los pacientes que en realidad enfrentan algún inconveniente por efecto de sus síntomas, las cifras de prevalencia sean quizá menores. Cualquiera que sea la cifra real, estos hallazgos se contradicen con las impresiones previas de que el TAS era raro.

Quizá los entrevistadores tienden a pasar por alto una condición tan frecuente que los pacientes soportan en silencio. Si bien el número de varones sobrepasa al de mujeres en el ámbito terapéutico, las mujeres predominan en las muestras poblacionales.

Por lo general, el inicio tiene lugar durante la fase intermedia de la adolescencia. Los síntomas del TAS se superponen a los del trastorno de la personalidad por evitación; este último es más grave, pero los dos se originan prematuramente, tienden a durar muchos años y muestran algunas similitudes en cuanto a antecedentes familiares. En efecto, se informa que el TAS tiene una base genética.

Mutismo selectivo: se refiere a los niños que permanecen en silencio excepto cuando están solos o con un grupo pequeño de personas cercanas. Por lo general, el trastorno inicia durante la edad preescolar (2 a 4 años), después de que se ha desarrollado un lenguaje normal.

Un niño con este trastorno, que habla de manera apropiada en el hogar entre los miembros de la familia, pero desarrolla un silencio relativo cuando se encuentra entre extraños, pudiera no atraer la atención clínica hasta que inicia la escuela formal. Si bien con frecuencia tímidos, la mayoría de estos niños tiene inteligencia y audición normales. gramatical y vocabulario normal.

La condición mejora a menudo de manera espontánea en el transcurso de semanas o meses; no obstante, nadie sabe cómo identificar a un paciente de este tipo antes de la mejoría. El mutismo selectivo es raro, con una prevalencia inferior a uno de cada 1000; parece afectar a niñas y niños casi por igual.

Los antecedentes familiares son con frecuencia positivos para el trastorno de ansiedad social y el mutismo selectivo. Entre las afecciones comórbidas se encuentran otros trastornos de ansiedad (en particular, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad social).

Trastorno de ansiedad por separación: Durante años, el trastorno de ansiedad por separación (TAPS) se diagnosticó durante la niñez, y ahí se quedaba. Sin embargo, más recientemente se acumuló evidencia de que la condición también afecta a adultos. Esto puede ocurrir de dos maneras.

Quizá una tercera parte de los niños con TAPS siga presentando síntomas del trastorno varios años después de alcanzar la edad adulta. No obstante, algunos individuos desarrollan síntomas de nuevo en la fase tardía de la adolescencia o aun después; en ocasiones, incluso al iniciar la tercera edad.

El TAPS tiene una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor de 4% en niños y 6% en adultos; en estos últimos, la prevalencia en 12 meses se aproxima a 2%. Es más frecuente en mujeres que en varones, aunque los niños tienen más probabilidad de ser referidos para recibir tratamiento.

En los niños, el TAPS puede iniciar tras un factor precipitante, como mudarse a una casa nueva o cambiar de escuela, un procedimiento médico o algún diagnóstico físico grave, o la pérdida de un amigo o mascota importante (o un progenitor).

Los síntomas con frecuencia se revelan como rechazo a la escuela, pero los niños más pequeños pueden incluso mostrar renuencia a permanecer con una niñera o en la guardería. Los niños pueden mencionar malestares físicos, imaginarios o no, como justificación para permanecer en casa con sus padres.

También los adultos pueden temer que algo horrible le ocurra a una figura de apego importante, quizá un cónyuge o incluso un hijo. Como consecuencia, se niegan a salir de casa (o cualquier sitio seguro); pueden temer incluso a dormir solos, y experimentan pesadillas acerca de la separación.

Además, cuando están alejados de la figura de apego principal, pueden necesitar llamarle por teléfono o establecer contacto de otra manera varias veces al día. Algunos tratan de cerciorarse de la seguridad mediante una rutina para seguir a la otra persona.

Cuando esta condición inicia en una fase temprana de la niñez, probablemente disminuya; cuando comienza más tarde, los síntomas tienen más probabilidad de persistir hasta la edad adulta y dar origen a una discapacidad mayor (si bien su intensidad puede mostrar altibajos).

Los niños con TAPS tienden a caer en variedades subclínicas o incluso en cuadros que no requieren atención clínica. La mayoría de adultos y niños también tiene otros trastornos (en particular, trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias), a pesar de que el TAPS es a menudo la condición que se presenta por más tiempo.

Con frecuencia los niños con TAPS tienen progenitores con alguna variedad adulta del mismo trastorno, y, como en la mayor parte de los trastornos de ansiedad, existe un componente genético fuerte.

Trastorno de ansiedad generalizada: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) puede ser difícil de diagnosticar. Los síntomas no se centran sólo en un elemento; el nerviosismo es moderado y crónico; no existen ataques de pánico.

La preocupación en el TAG con frecuencia inicia por cuenta propia, al parecer sin causa. Y la preocupación en el TAG es en ocasiones difícil de controlar. Conlleva una serie de síntomas físicos que se acumulan hasta generar una sensación de inquietud agitada en una cascada de desdicha y sufrimiento.

Si bien algunos pacientes con TAG son capaces de indicar lo que les genera nerviosismo, otros no. Por lo general, la preocupación en el TAG se refiere a más cuestiones (“todo”) de las que los hechos objetivos pueden justificar. Es común que el trastorno inicie alrededor de los 30 años de edad; muchos individuos con TAG se han mantenido sintomáticos por años sin solicitar atención de un clínico.

Quizá esto se deba a que el grado de afectación en el TAG no es a menudo tan intenso. Algunos factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo del TAG. Se identifica en hasta 9% de la población general adulta (riesgo a lo largo de la vida) y, al igual que en todos los otros trastornos de ansiedad, predominan las mujeres.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento: Cuando los síntomas de ansiedad o pánico pueden atribuirse al consumo de alguna sustancia química, establezca el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento.

Puede presentarse durante un proceso de intoxicación aguda (o consumo intenso, como en el caso de cafeína) o durante la abstinencia (como en el caso de alcohol o sedantes), pero los síntomas deben ser más intensos de lo esperado por una intoxicación o una abstinencia ordinarias, y deben ser muy graves para justificar la atención clínica.

Muchas sustancias pueden producir síntomas de ansiedad, pero las que se asocian con mayor frecuencia son marihuana, anfetaminas y cafeína.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: Muchos trastornos médicos pueden inducir síntomas de ansiedad, que por lo general se asemejan a los del trastorno de pánico o del trastorno de ansiedad generalizada. En ocasiones pueden manifestarse mediante obsesiones o compulsiones.

La mayor parte de los síntomas de ansiedad no se debe a ningún trastorno médico, pero es sumamente importante identificar cuáles sí. Los síntomas de un trastorno médico que no recibe tratamiento pueden evolucionar desde la ansiedad hasta la discapacidad permanente (considere los peligros de un tumor cerebral en crecimiento).

Otro trastorno de ansiedad especificado: Los pacientes que muestran síntomas notables de ansiedad, temor o evitación fóbica que no cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad específico pueden codificarse con el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado e indicarse la razón por la cual no se les incluye en una categoría mejor definida (págs. 162-198).

El paciente que se aborda en la investigación presenta el tipo de trastorno de ansiedad generalizada que se manifiesta con síntomas físicos (mareo, taquicardia, sudoración en las manos y movimientos estereotipados) este indicio es difícil de controlar cuando no se lo trata a tiempo, es por ello que se realizó al paciente una serie de pruebas psicológicas con el fin de determinar qué tipo de trastorno tiene y con ello poder tomar el esquema terapéutico de la terapia cognitiva-conductual, y ayudo a reducir las preocupaciones ante una actividad académica y así como los acontecimientos sociales y familiares que también influye en su vida cotidiana.

En la actualidad es bien sabido que son múltiples los tipos de factores que contribuyen en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, entre los que se incluyen factores familiares, personales y sociales. Asimismo, se asume que los implicados en la etiopatogenia de la ansiedad y el miedo pueden ser tanto factores de vulnerabilidad como protectores (Lasprilla, 2018, pág. 134).

Sin embargo, Vallejo (2015) afirma:

El TA interviene una vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (percepción de que los eventos negativos o amenazantes son impredecibles y/o incontrolables, basada en experiencias evolutivas tempranas), de modo que, ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad; esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social.

Se ha distinguido dos componentes en la vulnerabilidad psicológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Esta vulnerabilidad ha podido surgir a partir de la experiencia de eventos traumáticos o muy estresantes (enfermedad/daño, muerte de otros, agresión física/sexual, conflictos con los padres, conflictos entre los padres y falta de atención de los padres) y de ciertos

estilos educativos (falta de afecto, sobreprotección) que favorecen un apego inseguro a sus seres queridos en la infancia (pág. 263).

Los factores de vulnerabilidad mencionados anteriormente son activados por ciertos eventos disparadores (situaciones externas, sensaciones, emociones, pensamientos), de modo que se genera una percepción de amenaza y de falta de recursos para hacerle frente.

Por lo tanto, las consecuencias o efectos que provoca según, Ramos (2017) menciona:

Efectos subjetivos. Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad.

Efectos conductuales. Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida de apetito, consumo excesivo de bebidas o cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.

Efectos cognoscitivos. Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.

Efectos fisiológicos. Aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles de glucosa sanguíneos, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo en la garganta, entumecimiento y escozor de las extremidades

Efectos organizacionales. Absentismo, relaciones laborales pobres y baja productividad, alto índice de accidentes y de rotación del personal y clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción en el trabajo (pág. 126).

En relación a los factores estresantes que se definen como “el estímulo físico, psicológico o social que es capaz de alterar el equilibrio de un organismo” (Redolar, 2015). que se presentan, el individuo tendría que hacer frente a ellas y dependiendo de los mecanismos que pongan en marcha en las situaciones de amenaza.

De esta manera, los factores estresantes forman parte del ámbito que normalmente se desenvuelve el estudiante; “La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos, con vínculos con sanguíneos o no, con modos comunes de existencia económica y social, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan” (García, 2014). siendo el entorno más delicado como potencia causal del estrés debido la implicación emocional que suponen las conductas familiares, por ejemplo, alteraciones en las relaciones de conyugales como el maltrato físico y psicológico, engaños problemas externos.

En cuanto a los estresores sociales son aquellas situaciones que están muy relacionadas con el tipo de vida del estudiante sobre todo en el entorno en el que se desenvuelve ya que en ella se suele encontrar medidas propiciadoras de situaciones estresantes, conflictos en las relaciones de amigos o en algún grupo social, cambios de residencias o emigración en cuanto a la economía bajos recursos económicos o cambios de estatus.

En lo que respecta a los estresores personales se tiene en cuenta la personalidad, siendo “la timidez es un rasgo normal de personalidad que conlleva cierto grado de nerviosismo, inhibición y auto-conciencia en la interacción social” (David, 2012). le van a suponer una mayor propensión a padecer estrés.

Por otra parte, Balarezo (2015) menciona:

Aprobación social: Creer que es necesario ser amado y aprobado por todo el mundo en todo lo que se hace.

Miedo al fracaso: Creer que uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los aspectos posibles.

Acusaciones y autoacusaciones: Creer que ciertas personas son malas, villanas y malvadas y que deben ser severamente castigadas.

Frustración: Creer que es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera.

Angustia: Creer que ante algo que es o puede ser peligroso o terrible, uno debe ocuparse intensamente de ello y sentirse trastornado.

Autodominio: Creer que la desdicha personal siempre tiene causa externa y que uno es incapaz de controlar las aflicciones o sentimientos negativos.

Autodisciplina: Creer que es más fácil evitar las dificultades y las responsabilidades de la vida, que poner en práctica formas de autodisciplina más satisfactorias.

Confianza en sí mismo: Creer que necesitamos alguna cosa más fuerte o mayor que nosotros mismos en que confiar.

Superación de la inercia y concentración creadora: Creer que la felicidad humana puede lograrse por medio de la inercia y la inacción o “gozando de sí mismo” pasivamente y sin comprometerse.

Prospectiva: Creer que el pasado es de total importancia y que, si alguna vez afectó profundamente la vida nuestra, lo hará indefinidamente.

Aceptación de la realidad: Creer que la gente y las cosas deberían ser diferentes y que es catastrófico no encontrar soluciones perfectas a la realidad (pág. 193).

El paciente manifestó que unos de los principales factores estresante que permitió que desarrolle el trastorno de ansiedad generaliza son los estresores personales exteriorizando que necesita ser aceptado por los demás, así como ser una persona que cumpla todo lo que se propone y si no lo efectúa se siente derrotado esto conlleva a que sus exigencia excede su capacidad de desempeñar todas sus actividades de una manera efectiva, además se siente atacado cuando las otras personas emiten comentarios que el considera que son desagradables para su persona.

En definitiva, están los estresores académicos que se define como “las experiencias de estrés, movilizandoy sosteniendo los esfuerzos del estudiante para hacer frente a las demandas del contexto” (Moderno, 2012). que son factores relacionados con la sobrecarga de tareas, la falta de tiempo para realizar el trabajo académico, los exámenes y evaluaciones y también, aunque en menor medida, la realización de trabajos obligatorios.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Entrevista

La entrevista psicológica permitió obtener datos fundamentales de la historia evolutiva del paciente, así como información sobre los aspectos familiares, sociales y personales.

Observación

La observación clínica atenta, constante y neutral, permitió que surjan aquellas características inherentes y típicas del estado ansioso en el entrevistado. Puesto que, mediante ella, se apreciaron algunos signos y síntomas, que se incorporaron a la información contenida en la Historia Clínica que, en su momento, coadyuvaría en el diagnóstico estructural acertado del caso.

Baterías psicométricas aplicadas

Escala de Ansiedad de Hamilton:

La escala de ansiedad permitió valorar el grado de ansiedad tanto psíquica como somática que esté presentando el paciente, así como la intensidad del mismo.

MCMI-III, Inventario Clínico Multiaxial de Millón

El test de millón permitió evaluar qué tipo de patología presenta el paciente, mediante un cuestionario de 175 preguntas, que ayudaron a la identificación de los síndromes clínicos del estudiante.

Resultados Obtenidos

El caso expuesto en esta investigación es de un estudiante que llega a consulta psicológica, con síntomas físicos de malestar (taquicardia, cefaleas, náuseas, sudoración en las manos), el paciente ve al psicólogo como un profesional que le puede ayudar con su problema, el caso se lo presenta a continuación:

Carlos de 23 años de edad, llega a consulta psicológica entra un poco agitado, con notable ansiedad, bien vestido y arreglado con una apariencia agradable, es de tés blanca, contextura delgada, mide aproximadamente 1.60 cm, comienza a dialogar, habla de manera acelerada, con miedo, esquivaba su mirada, se entrelazaba los dedos de las manos y movimientos en los pies, el paciente manifiesta que se siente angustiado, con mareo, palpitaciones del corazón que se preocupa por todo lo que sucede a su alrededor, refiere que no puede controlar su estado de preocupación en situaciones referente a la universidad, ya que le mandan muchas tareas y en se momento se siente desesperado porque piensa que no le va a dar el tiempo para terminarlas, se siente inestable y con falta de concentración esto le ha ocasionado una desmejora en sus calificaciones, pues refiere que siempre ha tenido un excelente rendimiento académico.

Respecto a las relaciones familiares, nunca ha habido suficiente comunicación, sino más bien un exceso de críticas y control, manifiesta que su padre es muy exigente con él en relación con sus notas y comportamiento, con madre se lleva bien, aunque siempre este a favor de lo que dice su padre.

En cuanto a las relaciones sociales en la etapa escolar le costaba hacer amigos ya que era muy reservado y prefería no salir al recreo, sin embargo, en el colegio era más abierto con las personas, pero si eran aplicados en los estudios como el, actualmente tiene buena relación con sus compañeros de la universidad y se adapta a cualquier grupo social.

Situaciones detectadas

Entrevistas

De la entrevista, clínica realizada, se pudo obtener que el estudiante venía padeciendo los siguientes síntomas fisiológicos: taquicardia, náuseas, cefaleas, sudoración en las manos, ante las exigencias académicas y así como la falta de concentración provocando una desmejora en sus calificaciones.

Observación

Durante la consulta psicológica, la observación sirvió para verificar una serie de comportamientos ansiosos, así como inquietud motora al hablar de cosas que le daban vergüenza.

Baterías psicométricas

Escala de ansiedad de Hamilton

El paciente de 23 años de edad de sexo masculino, se muestra intranquilo y colaborador durante la aplicación, teniendo como resultado altos niveles de ansiedad.

Inventario Clínico Multiaxial de Millón

El paciente se muestra ansioso durante la aplicación del test, obteniendo un puntaje que se ajusta a la clasificación de los síndromes clínicos del Eje I ansiedad.

En función a los datos obtenidos mediante las técnicas aplicadas; la entrevista, observación, y las baterías psicométricas el estudiante cumple con los criterios de diagnóstico para el F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada según el Manual Estadístico de Trastorno Mentales DSM-V.

Soluciones planteadas

En relación al análisis funcional se determinó el nivel de intervención terapéutica terapia cognitiva-conductual.

Metas generales de la terapia

- Disminuir las ideas disfuncionales
- Mejorar las habilidades de autocontrol
- Mejorar las relaciones interpersonales

Metas estructurales de la terapia

Disminuir las ideas disfuncionales 10 sesiones (400 minutos).

Reestructuración cognitiva

Esta técnica contribuye a que el paciente aprenda a identificar las ideas irracionales, mediante el registro de pensamientos que se trata de que el paciente describa las situaciones

desencadenantes de las distorsiones cognitivas junto con las emociones y la conducta que se presenta.

Desensibilización cognitiva

Esta técnica permite al paciente que desaprenda la asociación entre situaciones que provocan la respuesta de ansiedad, aprendiendo otra en su lugar sin relación con una respuesta incompatible con la ansiedad, conduciendo a que el paciente disminuya las reacciones y sentirse mejor.

Técnica de distracción o focalización atencional

Consiste que el paciente debe concentrarse en estímulos externos, desenfocando las sensaciones corporales producidas por la ansiedad, de esta manera el paciente se focaliza de los aspectos importantes y relevantes de su vida.

Técnicas de resolución de problema

La técnica consiste que el paciente lleve a cabo ideas de soluciones hacia el problema. Aumentando la capacidad de afrontamiento ante situaciones generadoras de ansiedad y de esta manera cambiar los pensamientos negativos que afecta a la visión general del problema.

Mejorar las habilidades de auto control 2 sesiones (80 minutos)

Técnica de autocontrol

La técnica de auto control consiste en que el paciente pueda canalizar sus emociones de manera que su comportamiento sea adaptativo en situaciones generadoras de ansiedad. Permitiendo al paciente regular sus impulsos y manejar sus emociones de manera voluntaria.

Mejorar las relaciones interpersonales 4 sesiones (160 minutos)

Entrenamiento asertivo

El entrenamiento en las habilidades sociales consiste que el paciente evite las manipulaciones de las demás personas. Lo que permitió que el paciente logre un control emocional adecuado y que no reincida en manifestaciones agresivas ni sumisas ante cualquier acontecimiento.

Estrategias interpersonales

Las estrategias interpersonales permiten que el paciente tenga una comunicación asertiva tratando de disminuir la evitación y mejorando las relaciones sociales y personales. Esta técnica se aplica junto con amigos que ayuden a abordar las relaciones afectadas.

Conclusión

El esquema terapéutico de la terapia cognitiva-conductual abarca la restauración cognitiva que ayuda al paciente a identificar las distorsiones cognitivas junto con las emociones y la conducta que se presenta ante un acontecimiento, no obstante, la técnica desensibilización cognitiva permite al paciente que desaprenda la asociación entre situaciones que provocan la respuesta de ansiedad, aprendiendo otra en su lugar sin relación con una respuesta incompatible

En efecto a los resultados obtenidos se puede enfatizar que el paciente logro desistir sus preocupaciones ante las exigencias académicas, mediante el esquema terapéutico y utilizando las técnicas convenientes en el tratamiento ha permitido progresar en dicha problemática.

Las técnicas implementadas pudieron lograr que el estudiante disminuya notablemente el cuadro sintomatológico, de tal manera que se consiguió reducir sus preocupaciones ante las exigencias académicas, mejorar su capacidad de concentración, seguridad de sí mismo, así como estrategias de afrontamiento ante situaciones nuevas, como parte del programa terapéutico del estudiante.

En relación con los factores estresantes se redujeron las preocupaciones antes las exigencias académicas situación generadora de ansiedad para el estudiante. En este sentido se consiguió disminuir las respuestas de escape ante las situaciones nuevas, consiguiendo que se relajara ante acontecimientos estresantes y centrando su atención en pensamientos positivos.

Por lo tanto, cuando se descubre y se realiza el procedimiento terapéutico, como en el desarrollo de este estudio de caso, se logra un progreso en la calidad de vida del individuo, inclusive, se logra su independencia total.

BIBLIOGRAFÍA

Balarezo, L. (2015). Psicoterapia (Vol. 2a. ed.)). ECUADOR: Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

David, A. C. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica. New York: Editorial Desclée de Brouwer.

- Esparcia, A. J. (2015). Manual de psicopatología clínica (Vol. 2a. ed.). Barcelona: Herder Editorial,.
- García, G. E. (2014). Psicología general (Vol. (3a. ed.)). Mexico: Patria.
- Lasprilla, J. C. (2018). Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia. Mexico: El Manual Moderno.
- Moderno, e. b. (2012). Revista Mexicana de Psicología. Volumen 29. Número 1. Mexico: Moderno, Editorial El Manual.
- Morrison, J. (2015.). DSM-5: guía para el diagnóstico clínico,. Mexico: Editorial El Manual Moderno,
- Ramos, P. R. (2017). Inteligencia emocional: control del estrés (Vols. (3a. ed.),). España: ICB,.
- Redolar, D. (2015). El estrés. Barcelona: Editorial UOC.
- Vallejo, P. M. (2015). Manual de terapia de conducta. Tomo I. (Vol. (2a. ed.)). Madrid: Dykinson.

ANEXOS

ANEXO I

SOLICITUD DE LA INSTITUCIÓN PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE CASO



Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación
DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO POPULAR
BABAHYO-LOS RÍOS- ECUADOR



Babahoyo, 30, de Julio del 2019

Yo, **EMMA EDITH PAREDES BORJA**, en calidad de **PSICÓLOGA TRATANTE** informo a quien corresponda el permiso a:

La Srta. Sabrina Jamilyed Ramos Veintimilla con **CI. 120665605-8** egresada de la carrera de **PSICOLOGÍA CLÍNICA**; de la Facultad De Ciencias, Jurídicas, Sociales y de la Educación de la Universidad Técnica de Babahoyo, para que realice un estudio de caso, con el tema: **FACTORES ESTRESANTES Y TRASTORNO DE ANSIEDAD EN UN ESTUDIANTE.**

Previo a la obtención del título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**

Con la finalidad que obtenga la información necesaria para su investigación

Atentamente,

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
Departamento Psicológico Popular

REG. SENECYT N° 1111-01-0000001
REG. M.S.P. N° 1828400117

PSIC. CLIN. EMMA EDITH PAREDES BORJA, MSC.

PSICÓLOGA TRATANTE

ANEXO II

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de evaluación: _____

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
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,	0	1	2	3	4

contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
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
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta	0	1	2	3	4
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,	0	1	2	3	4

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.					
---	--	--	--	--	--

ANSIEDAD PSÍQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

0-5 NO ANSIEDAD

6 - 14 ANSIEDAD LEVE > 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE

ANEXO III

TEST DE MILLÒN

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga.
2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros.
3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí.
4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago.
5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal.
6. Algunas personas piensan que soy vanidoso o egocéntrico.
7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.
8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo.
9. Frecuentemente critico a la gente que me molesta.
10. Me encuentro más a gusto siguiendo a los demás.
11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por dónde empezar.
12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia.
13. Tengo poco interés en hacer amigos.
14. Me considero una persona muy sociable o extravertida.
15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen.
16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho.
17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito.
18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío.
19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales.
20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas.
21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien.
22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.
23. Muchas veces pienso que me deberían de castigar por lo que he hecho.
24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.
25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren.
26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo.
27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío.
28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas.
29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino.
30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad.
31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.
32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.
33. Casi siempre me siento débil y cansado.
34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.
35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.
36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.
37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.
38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.
39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.
40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

- 41.Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.
- 42.Soy una persona muy agradable y dócil.
- 43.La principal causa de mis problemas ha sido mi "mal carácter".
- 44.No tengo inconveniente en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.
- 45.En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.
- 46.Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectamente posible muchas veces enlentece mi trabajo.
- 47.Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.
- 48.Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.
- 49.Soy una persona tranquila y temerosa.
- 50.Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.
- 51.Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.
- 52.Bebier alcohol nunca me ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.
- 53.Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.
- 54.Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.
- 55.No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.
- 56.He tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.
- 57.Parece que me aparto de mis objetivos dejando que otros me adelanten.
- 58.Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.
- 59.Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.
- 60.Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.
- 61.Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
- 62.El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
- 63.Le gusto a muy poca gente.
- 64.Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le reprocharía sus propios errores.
- 65.Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
- 66.Muchas veces expreso mi rabia y mal humor, y luego me siento terriblemente culpable por ello.
- 67.Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
- 68.Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
- 69.Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
- 70.Tomar la llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he necesitado.
- 71.Me siento continuamente muy cansado.
- 72.No puedo dormir, y me levanto tan cansado como al acostarme.
- 73.He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
- 74.Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.
- 75.Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
- 76.Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
- 77.Soy la típica persona de la que otros se aprovechan.
- 78.Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
- 79.Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
- 80.Me doy cuenta enseguida cuando la gente intenta crearme problemas.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y mi familia.
88. Si alguien necesita hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.
90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.
91. No veo nada incorrecto en utilizar a la gente para conseguir lo que quiero.
92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.
93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.
94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.
95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.
96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.
97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.
98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.
99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.
100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.
101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.
102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.
103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.
104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga mal.
105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.
106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.
107. Con frecuencia estoy irritable y de mal humor.
108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.
109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.
110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.
111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.
112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.
113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy a ir en la vida.
114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.
115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.
116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.
117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.
118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder librarme.
119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.

120. Mucha gente piensa que no sirvo para nada.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

121. Puedo llegar a estar muy excitado sexualmente cuando discuto o peleo con alguien a quien amo.
122. Durante años he conseguido mantener en el mínimo mi consumo de alcohol.
123. Siempre pongo a prueba a la gente para saber hasta dónde son de confianza.
124. Incluso cuando estoy despierto parece que no me doy cuenta de la gente que está cerca de mí.
125. Me resulta fácil hacer muchos amigos.
126. Me aseguro siempre de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.
127. Con mucha frecuencia oigo cosas con tanta claridad que me molesta.
128. Mis estados de ánimo parecen cambiar de un día para otro.
129. No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.
130. He cambiado de trabajo por lo menos más de tres veces en los últimos dos años.
131. Tengo muchas ideas muy avanzadas para los tiempos actuales.
132. Me siento muy triste y melancólico últimamente y parece que no puedo superarlo.
133. Creo que siempre es mejor buscar ayuda para lo que hago.
134. Muchas veces me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.
135. Realmente me molesta la gente que espera que haga lo que yo no quiero hacer.
136. En estos últimos años me he sentido tan culpable que puedo hacer algo terrible contra mí.
137. Cuando estoy en una fiesta o reunión nunca me quedo al margen.
138. La gente me dice que soy una persona muy íntegra y moral.
139. Algunas veces me siento confuso y preocupado cuando la gente es amable conmigo.
140. El problema de usar drogas "ilegales" me ha causado discusiones con mi familia.
141. Me siento muy incómodo con personas del otro sexo.
142. Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.
143. No me importa que la gente no se interese por mí.
144. Francamente, miento con mucha frecuencia para salir de dificultades o problemas.
145. La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.
146. Algunos han tratado de dominarme, pero he tenido fuerza de voluntad para superarlo.
147. Mis padres me decían con frecuencia que no era bueno.
148. A menudo la gente se irrita conmigo cuando les doy órdenes.
149. Tengo mucho respeto por los que tienen autoridad sobre mí.
150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar a emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.

160.Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.

POR FAVOR, NO SE DETENGA. CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE MILLON (MCMI-II)

161.Rara vez me emociono mucho con algo.

162.Habitualmente he sido un andariego inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.

163.No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164.Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.

165.Me irrita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.

166.Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.

167.Últimamente me siento completamente destrozado.

168.A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.

169.Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.

170.Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.

171.Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.

172.Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.

173.Prefiero estar con gente que me protegerá.

174.He tenido muchos períodos en mi vida que he estado tan animado y con energía que luego he estado bajo de ánimo.

175.En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y alcohol.

FIN DE LA PRUEBA

**COMPRUEBE QUE NO HA DEJADO SIN CONTESTAR
ALGUNA FRASE.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**