



**FORMATO DE
EVALUACION
HABILIDADES
SOCIALES Y DE
PAREJA, LA CONDUCTA
ALIMENTARIA
UNIDAD III**

**Evaluación Psicológica Clínica
Dr. Rodolfo Batas Morales**

PRESENTA LOS ALUMNOS:

- Luis Ángel Flores Herrera**
- Paola Jacqueline Albarrán Santos**
- Belén Guadalupe Roblero Gutiérrez**
- Wendy Johana Gómez Gordillo**

GRUPO, CUATRIMESTRE y MODALIDAD:

6°. Cuatrimestre “A” Psicología Escolarizado

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS

03 DE JULIO DEL 2020

EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES Y DE PAREJA

INTRODUCCIÓN

La relación de pareja y las habilidades sociales (comunicación, asertividad, empatía, etc.) van de la mano. Poco se podría entender el concepto de amor (emoción nuclear en la pareja actual, al menos en gran parte del mundo), sin comprender el mundo de la interrelación entre seres humanos. Sternberg, en su estudio sobre el amor en las relaciones de pareja, determinó tres elementos imprescindibles: la intimidad el deseo (o pasión) y el compromiso. Cualquiera de los tres implica la relación interpersonal.

La intimidad aporta la sensación de sentirte comprendido y comprender, de sentirte apoyado y apoyar, de compartir. Es un componente nuclear que representa el sentimiento dentro de la relación, que promueve el acercamiento, el vínculo y la conexión. Las palabras clave que acotan este concepto son: confianza, conocimiento mutuo, vulnerabilidad, poder y cohesión.

El deseo: se muestra en la sensación intensa de disfrutar con el otro, de estar con la persona amada. Las palabras clave que determinan este elemento son: pasión, anhelo, calor, entusiasmo, vivacidad, diversión, apego.

El compromiso es el grado en que una persona está dispuesta a acoplarse a alguien y hacerse cargo de esa relación hasta el final. Es el componente que da estabilidad a la relación. Es evidente que va a haber diferencias entre los miembros de la pareja y va a ser necesario un "esfuerzo" por acoplar y ajustar, por rentabilizar esas diferencias. Ambos han de ser capaces de adaptarse en un proyecto de vida común. Las parejas que no comparten este componente tienden a ser parejas inestables, en las que la incertidumbre puede ir sustituyendo a la seguridad, la lealtad y la confianza. La ausencia de compromiso produce a medio y largo plazo malestar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

María de 45 años de edad y Juan de 50 años son un matrimonio de Granada que forman su núcleo familiar junto con sus hijas de 16 y 14 años, ambas están estudiando y mantienen una buena relación con sus padres. Asisten a la consulta para solucionar los problemas conyugales que han estado presentes durante los últimos años. El gabinete fue recomendado por un familiar de María. La pareja llevaba casada 26 años. Los problemas en el matrimonio comenzaron hace 20 años debido a un problema de abuso del alcohol por parte del marido. Esta situación se mantuvo durante 10 años, después de los cuales acudieron a una asociación en la que Juan recibió ayuda para tratar su conducta abusiva hacia esta droga. Juan asistió a terapia de grupo y orientación psicológica. Su esposa colaboró con él de forma activa, asistiendo a las sesiones y reuniones que se organizaban para los familiares. Hasta hace ocho meses Juan seguía realizando algunas actividades programadas por la asociación, momento en el que abandona la terapia. Los motivos que Juan expone para este abandono son de índole motivacional. Juntos regentan un restaurante en la ciudad de Granada, desde hace cinco años decidieron cambiar el horario de apertura del negocio, con el fin de apartar al marido del ambiente nocturno relacionado con el alcoholismo. Juan valora este cambio como muy positivo ya que le ha apartado de la vida nocturna que tanto daño estaba haciendo a su relación familiar. Sin embargo, desde hace tres años, los dos han llevado un horario laboral muy saturado, puesto que el negocio les ocupa la mayor parte del tiempo. Juan comienza su trabajo a las ocho de la mañana y finaliza sobre las doce de la noche, María se encarga de preparar las comidas que sirven en el restaurante, además de las labores del hogar. En la entrevista el marido expresa que él “la ayuda” en el trabajo doméstico, ya que se ocupa de tareas puntuales los días que no tiene que trabajar en el restaurante. Ambos miembros del matrimonio dicen que forman un gran equipo de trabajo.

PROCEDIMIENTO

En la primera sesión terapéutica exploramos el problema mediante una entrevista semi-estructurada. En las citas 2 y 3 se describe las intervenciones realizadas. En las sesiones 4 y 5 se recogen los cambios experimentados y se valora el esfuerzo de la pareja. En la última sesión se evalúa la intervención.

El objetivo de esta sesión estuvo encaminado a conocer el punto de partida de nuestros clientes, así como poner de manifiesto las diferentes dificultades a las que se enfrentan. La evaluación pretende ser global, es decir, que aunque se programe en una sesión de pre-tratamiento, se utilizan todos los momentos que van apareciendo en las diferentes sesiones para evaluar sus necesidades.

La técnica de evaluación utilizada en este estudio fue una entrevista semiestructurada, compuesta de preguntas abiertas y cerradas. Por lo demás, cada una de las intervenciones terapéuticas que los clientes realizaban fuera de la clínica, eran evaluadas en las sesiones siguientes, cuya duración variaba en función de las experiencias aportadas por los clientes y de la información que de estas podíamos extraer.

Esta evaluación estaba orientada a:

- Obtener información general de cómo ha sido la relación en el tiempo transcurrido desde la última sesión.
- Comprobar si ha surgido algún problema que quieran comentar.
- Verificar si han llevado a cabo las tareas y el efecto que han tenido.
- Saber si hay otro aspecto que quieran cambiar sobre su relación.

En la intervención realizada se prestó especial interés a las nuevas emociones que los conyugues experimentaban al poner en marcha las técnicas sugeridas por el terapeuta. A lo largo de todas las sesiones, se empleó el silencio terapéutico, con el objetivo de que los clientes hablaran y expresaran sus sentimientos y emociones. Todas las fases de la intervención se realizaron con ambos cónyuges a la vez.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

Como se ha mencionado anteriormente, la evaluación pre tratamiento se realizó durante la primera sesión, tras delimitar el motivo de la consulta, las preguntas de la entrevista que se realizó fueron las siguientes:

- ¿Cuándo ocurrió el problema?
- ¿Qué pasó?
- ¿Cuándo empezó a ir mal la relación?
- ¿Cómo fue el principio de la relación?
- ¿Cómo os gustaría que fuera la relación?
- ¿Qué aspecto de la relación es el que os gustaría cambiar?
- ¿Cuánto tiempo al día dedicáis a vuestra pareja?
- ¿De qué habláis cuando estáis solos?

Se extrajo que:

La pareja acude a consulta debido a que su relación no funciona. Se produce un momento de inflexión tras una discusión motivada por un ataque de celos del marido, Juan se enfada porque su esposa quiere acudir a una asociación en la se encuentra un hombre que según él, está interesado en su mujer. María se plantea romper el matrimonio ya que no quiere volver a vivir la experiencia de otro ataque de celos de su marido. Ante este giro inesperado, Juan confiesa que lleva un tiempo sin encontrarse bien, preocupado por su reciente aumento de peso, cansado del negocio. Ambos deciden dar otra oportunidad a su relación, ya que ven que las dificultades con las que se están encontrando son salvables, deciden así ambos, acudir a terapia.

CONCLUSIÓN

A través de la información recopilada en esta primera entrevista, se concretan los siguientes aspectos a abordar:

- **Problemas de erección.** Juan tiene dificultades tanto para iniciar, como para mantener la erección. En este momento de la intervención aún no hay un diagnóstico médico sobre la disfunción.
 - **Tiempo libre en pareja.** No disponen de un rato a solas para pasar tiempo juntos, debido a un horario laboral completo.
 - **Sobrepeso.** El marido menciona que actualmente ha ido adquiriendo más peso y que se siente incómodo e inseguro con su forma física actual.
 - **Falta de comunicación.** El poco tiempo de intimidad del que disponen lo dedican a plantear cuestiones laborales.
- **Se da seguimiento con 6 sesiones terapéuticas incluyendo distintos ejercicios en cada una.**

VALORACIÓN FINAL

La pareja dice encontrarse ahora satisfecha y también haber mejorado su calidad de vida, compartiendo más tiempo juntos y disfrutando del espacio que han creado. Se ha fortalecido su confianza y han establecidos vías de diálogos.

Ambos tienen una percepción más positiva de su propio matrimonio y reconocen un mayor conocimiento del otro. Respeto a los problemas sexuales, los clientes mencionan que no ha habido mejora. Se les recomienda que sigan con el tratamiento médico.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

INTRODUCCION

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son desórdenes complejos que comprenden dos tipos de alteraciones conductuales: unos directamente relacionados con la comida y el peso y otros derivados de la relación consigo mismo y con los demás.

Estos trastornos se han constituido en una patología emergente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, configurándose como la tercera enfermedad crónica más común entre los adolescentes después de la obesidad y el asma.

La posibilidad de contar con un diagnóstico certero que considere los diversos signos y conductas que presentan las personas que padecen este tipo de trastornos, posibilitaría por un lado la optimización del recurso humano y fundamentalmente, pesquisar precozmente a aquellas personas que se encuentren en un punto de riesgo, facilitando la labor preventiva. Se suma a esto que un inicio precoz del tratamiento optimiza su respuesta y favorece un mejor pronóstico.

PRESENTACION DEL CASO

Ana María Salgado Sánchez es una paciente de 20 años con trastorno de la conducta alimentaria que ingresa de forma involuntaria en la unidad de psiquiatría para tratamiento y seguimiento de anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Los últimos ingresos se caracterizaron por el compromiso vital.

La paciente es soltera y la menor de dos hijas de padres Divorciados. La hermana mayor está emancipada. En la actualidad convive con la madre en un contexto de dinámica familiar disfuncional.

Desde el pasado julio la paciente ha sido derivada en numerosas ocasiones concretamente 5 ingresos hasta el momento-.La derivaciones son realizadas desde la una unidad específica de trastornos de la conducta alimentaria a la que suele ir a realizar las comidas del día. Pero, en las que no puede ingresar debido al incumplimiento de los requisitos del mismo como lo es su bajo I.M.C. Los ingresos al hospital son debidos siempre a una importante pérdida ponderal.

La paciente refiere que se ve muy delgada y que no le importaría coger peso. No obstante, se niega a comer alegando dolor abdominal intenso en relación con las comidas. Describe ansiedad en relación con las comidas y encontrarse baja de ánimo. Actualmente sufre de desnutrición grave y de riesgo vital.

Exploraciones físicas

Índice de masa corporal (Para calcularlo se divide el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado.) La paciente presenta un I.M.C de 12,8

Entrevistas estructuradas

Se le implementa al paciente un Morgan Russell (MR AS) una escala con fines de evaluar la sintomatología clínica de la Anorexia Nerviosa. Se le solicita al entrevistado información en torno a la forma de alimentarse, al peso corporal, estado mental y actitudes que pueden atribuirse a la enfermedad con respecto del momento del encuentro y a los seis meses anteriores. Se elaboran cuestionamientos referentes a cada área, como lo realiza y el desempeño que tiene.

Ingesta de alimentos: _____

Estado mental: _____ Estado

psicosexual: _____

Relaciones sexuales: _____

Examen de Desordenes del Comer (EDE)

El EDE se califica mediante el uso de cuatro subes calas y una puntuación global. Las cuatro subes calas son:

1. Restricción: _____

2. Comida y preocupación: _____

3. Forma de preocupación: _____

4. Preocupación por el peso: _____

Las preguntas se refieren a la frecuencia en que el paciente se involucra en comportamientos indicativos de un trastorno alimentario durante un período de 28 días. La prueba se califica en una escala de 7 puntos de 0-6. Con un puntaje cero que indica no haberse involucrado en el comportamiento cuestionado

Cuestionarios Auto aplicados

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT)

TABLA 2

Eating attitudes test (EAT-26)

	Siempre	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						

Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI)

Este instrumento contiene 64 reactivos congregados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente: motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal, inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar.

Conclusión

Mediante la información ya recabada y algunas observaciones clínicas han llevado a considerar que existen una serie de sobreposiciones, Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han convertido en un problema de salud pública debido a que son una importante causa de enfermedad crónica, siendo su sintomatología grave y presentando un elevado coste del tratamiento, así como importantes tasas de comorbilidad asociadas. Por ende El desarrollo de la conducta alimentaria es un proceso complejo en el que participan componentes fisiológicos de regulación de la ingesta alimentaria, del crecimiento y peso corporal; componentes psicológicos y sociales, nos hemos dado a la tarea de investigar palabras claves que nos ayudarán para una mejor evaluación, por ejemplo : Apetito, hábitos alimentarios; infancia; alteraciones de conducta alimentaria.