



# OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS EN VIVO DE COMIDAS FAMILIARES COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Jimena Mayorga, Santiago Pino, Juanita Gempeler & Maritza Rodríguez.  
Programa Equilibrio para Trastornos del Comportamiento Alimentario, Bogotá, Colombia.

## RESUMEN

Involucrar a la familia en el tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) es una recomendación clave de las guías de práctica clínica. Nuestro objetivo fue observar y analizar patrones de interacción y roles, estilos de respuesta emocional de familiares y pacientes y características del menú traído a una comida terapéutica familiar (CTF). Participaron 13 familias de pacientes del Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) con un total de 58 asistentes. Dos terapeutas llenaron de manera independiente una matriz de observación de la comida familiar e hicieron anotaciones de campo. Para la discusión se utilizaron estrategias de triangulación de la información con los terapeutas individuales para mejorar la validez de los resultados. El análisis de contenidos temáticos reveló la presencia de comportamientos evitativos por parte de los familiares como señalar comportamientos disfuncionales, traer alimentos seguros y no confrontar. Adicionalmente, se evidenció un contraste entre el comportamiento expresado durante la CTF y el reportado por pacientes y terapeutas. Como conclusión, predominaron los comportamientos evitativos. El enmascaramiento de la expresión emocional podría entenderse como un reflejo de lo que ocurre en casa o como el efecto de estar siendo observados. Estos patrones de respuesta pueden contribuir al mantenimiento de la enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

La Terapia Basada en la Familia se centra en el fundamento de que los padres pueden ser capacitados para que ayuden a sus hijos con TCA a recuperarse. Sin embargo, la participación familiar en el proceso terapéutico y de renutrición de su ser querido con TCA tiene múltiples obstáculos y dificultades, especialmente ligados a los patrones relacionales disfuncionales que pueden existir.

Estas formas de interacción disfuncional pueden movilizar actitudes de alianza con la enfermedad, negación, o excesiva permisividad frente al síntoma por parte de los padres y familiares, o por el contrario, expresiones de hostilidad, amenaza, rechazo y desesperanza.

Parte de la intervención son las Comidas Terapéuticas Familiares (CTF) con las cuales se busca realizar una aproximación del equipo terapéutico a lo que sucede en la cotidianidad familiar. Nuestro objetivo fue realizar una observación en vivo de los patrones de interacción familiar, roles y estilos de respuesta emocional durante las comidas, así como las características del menú traído a la sesión, que pudieran aportar mayor comprensión de factores perpetuadores de la enfermedad para posteriormente enfocar la intervención.

**PROCEDIMIENTO:** El lugar para la comida fue el comedor del Programa Equilibrio. Los integrantes de la familia debían decidir el menú, elaborarlo y traerlo a la sesión. Posteriormente, los dos terapeutas realizaron con los participantes una sesión de retroalimentación con el objetivo de explorar la forma cómo se sintieron, valorar, connotar positivamente y potenciar patrones interaccionales sanos, así como limitar, y redireccionar los comportamientos disfuncionales (mantenedores de la enfermedad). Finalmente, hicieron entrega por escrito de recomendaciones generales y específicas, a manera de prescripción.

## RESULTADOS

Tipo de respuesta Emocional en cuidadores	Padres	Madres	Otros cuidadores
<b>TIPO RINOCERONTE:</b> Respuesta emocional agresiva: amenaza y descalificación.	13%	0%	0%
<b>TIPO AVESTRUZ:</b> Respuesta emocional pobre: negación, evitación.	63%	58%	40%
<b>TIPO MEDUSA:</b> Respuesta emocional intensa, visible y cambiante: ansiedad, desesperanza, culpa.	0%	17%	0%
<b>TIPO CANGURO:</b> Respuesta emocional de cuidado excesivo. Postura de protección absoluta.	0%	8%	0%
<b>TIPO SAN BERNARDO:</b> Respuesta emocional reposada pero efectiva. Consistente, incondicional.	13%	8%	20%
<b>TIPO DELFIN:</b> Respuesta emocional que da seguridad: acompaña guiando el camino o dejando avanzar.	13%	8%	40%

## DISCUSIÓN

En las familias participantes, predominaron los patrones evitativos de respuesta emocional. El comportamiento de las familias en la mesa denotó una marcada contención en la respuesta emocional posiblemente para evitar el conflicto frente a los terapeutas. Es posible que la situación de estar siendo observados y de que no se le suministró a la familia un guión acerca de cómo proceder, pudo contribuir a este comportamiento, sin embargo, contrasta con lo que las pacientes reportan que ocurre en casa. Los menús presentados por las familias en pocas ocasiones estaban ajustados a la pauta nutricional de las pacientes y a pesar de presentar porciones adecuadas, no implicaban una exposición a alimentos temidos. El tipo de las respuestas emocionales de los cuidadores influye de forma directa en el comportamiento de ingesta de los pacientes. De esta forma los cuidadores que presentan respuestas emocionales tipo evitativo como el “avestruz” y “canguro”, así como hostiles tipo “rinoceronte”, provocadoras e intensas tipo “medusa” no generan mejoría en el comportamiento de ingesta de los pacientes con TCA. Mientras que los cuidadores que presentan respuestas emocionales cálidas y firmes tipo “san bernardo” o seguras tipo “delfín”, generan un cambio positivo en el patrón de ingesta de los pacientes. Un patrón de respuesta inadecuado por parte de la familia puede operar como factor perpetuador de los síntomas.

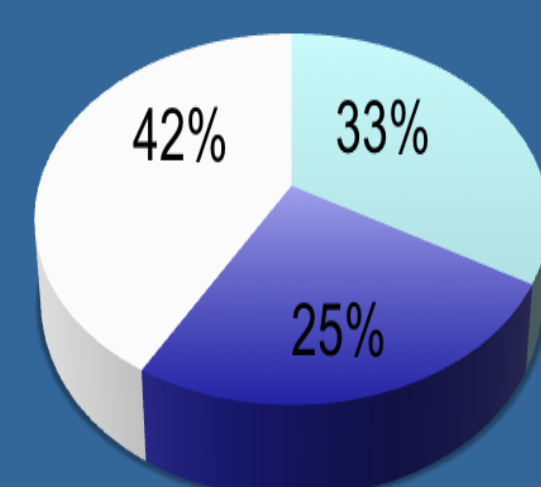
## MÉTODOS

**DISEÑO DE TIPO CUALITATIVO.** Se utilizó una matriz de recolección de información. Dos terapeutas realizaron la sesión de observación. Las unidades de análisis consideradas fueron los patrones de interacción familiar; estilo comunicacional; prototipo del cuidador con metáforas de animales según categorías del Modelo Maudsley (Treasure et al., 2016); respuesta emocional de pacientes y familiares y el tipo de menú traído a la sesión.

**PARTICIPANTES:** Fueron 58 asistentes, los cuales representan 13 pacientes y sus respectivas familias. Promedio de asistentes por sesión: 4. Las familias fueron convocadas por escrito (Ver Gráfica 1). La distribución por tipo de TCA se observa en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución por tipo de TCA

- Anorexia Nerviosa restrictiva
- Anorexia Nerviosa con atracones/purgas
- Bulimia Nerviosa



## Fragmentos tomados de las sesiones

Con tono hostil y sarcástico: "Usted no debería tomarse el jugo, así como no se lo toma en la casa".  
O en estilo hipercrítico: "... No seas psicorrígida, no pasa nada, tienes que estar dispuesta a los cambios..."

Los padres observaban constantemente el plato de comida de las pacientes, mostraban gestos de preocupación pero no realizaban comentario alguno.

Cuando se está sirviendo el almuerzo expresa con ansiedad y miedo "hija por favor tienes que comer otras cosas"

"Es que nosotros nunca tomamos jugo en casa... tomamos agua... Nunca comemos paste y por eso no lo trajimos"

Señala los comportamientos disfuncionales de manera firme pero empática: "Corta más grandes los pedazos de la carne...cómete las papas...tienes que comer, en eso quedamos... ¿Vas a comer más?...come más grandecito... ¿Por qué no te comiste todo?..."

Realizando un modelamiento cariñoso: "... Come linda...come mi amor, ya todos terminamos... te ganamos en acabar el almuerzo... mira ya acabamos... me voy a sentar acá para ayudarte".

TIPO PROVOCADOR: Una de las familias colocó frente a su hija con Bulimia la cesta de pan y un plato de salchichas (alimentos que ella utiliza para hacer atracones); en respuesta, la paciente dirige una mirada rabiosa hacia sus padres, frente a lo cual la madre expresa: "Ella siempre se sienta con rabia en los desayunos"... "no le gusta vernos tranquilos"... "...por eso es preferible que haga un atracón para que vuelva a la normalidad".

## CONCLUSIONES

No se encontró diferencias en las familias de acuerdo al tipo de TCA. Aquellos casos en los que se presenta una respuesta emocional intensa pero contenida por parte de los cuidadores durante los momentos de comida no permiten el rompimiento de los síntomas alimentarios y por el contrario los mantiene en el tiempo. Lo anterior muestra la importancia de entrenar a los cuidadores de los pacientes con TCA para señalar las conductas disfuncionales, la presencia de rituales o la selectividad de alimentos durante los momentos de comida.

## REFERENCIAS

Bruch, H. (1978) Four Decades of Eating Disorders. Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Ed. David M. Garner, New York: Guilford Press, 7-18.

Chen, E., Weisman, J., Zeffiro, T., Yui, A., Eneva, K., Ari, J., Swales, M. (2016) Family-Based Therapy for Young Adults with Anorexia Nervosa Resolves Weight. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1) 70-77.

Couturier, J., Konrad, M., Jack, S., Nevoos, A., Van Bielewens, S., & Moleky, G. (2013) Understanding the Uptake of Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Therapist Perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1) 117-126.

Doyle, P., Le Grange, D., Leeb, K., Doyle, A., & Crosby, R. (2010) Early Response to Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1) 659-662.

Eisler, L. (2002). The empirical and theoretical basis of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-161.

Figueroa, A. M. (2013). Caracterización en Comida Familiar in Vivo para los Responsables Iniciale. *International Journal of Eating Disorders Review*, 23(1), 77-85.

Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2016) Metodología de la investigación. 6. ed. México D.F.: McGraw-Hill.

Hughes, E., Le Grange, D., Coust, A., Yeo, M., Campbell, S., Whitelaw, M., Atkins, L., & Sawyer, S. (2014) Implementation of Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of Pediatric Health Care* 28 (4) 322-330.

Jewett, T., Bissett, E., Stewart, C., Simo, M., & Elias, L. (2016) Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*, 55(1) 577-594.

Lock, J., Agras, S., Bryson, S., Brandt, H., Halmi, K., Kaye, W., Wilfley, D., Woodside, B., Pappert, S., & Jo, B. (2016) Does Family-Based Treatment Reduce the Need for Hospitalization in Adolescent Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 49(1) 891-894.

Lock, J., Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. (2006) Predictors of Dropout and Remission in Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa in a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1) 639-647.

Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach* (2nded.). New York: The Guilford Press.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

Minuchin, S., Baker, B.L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975) A conceptual model of psychosocial illness in children. *Family organization and family therapy. Archives of General Psychiatry*, 32(8) 1031-1038.

Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, B.L. (1973) Psychosocial families: Anorexia nervosa in context. Cambridge MA: Harvard University Press.

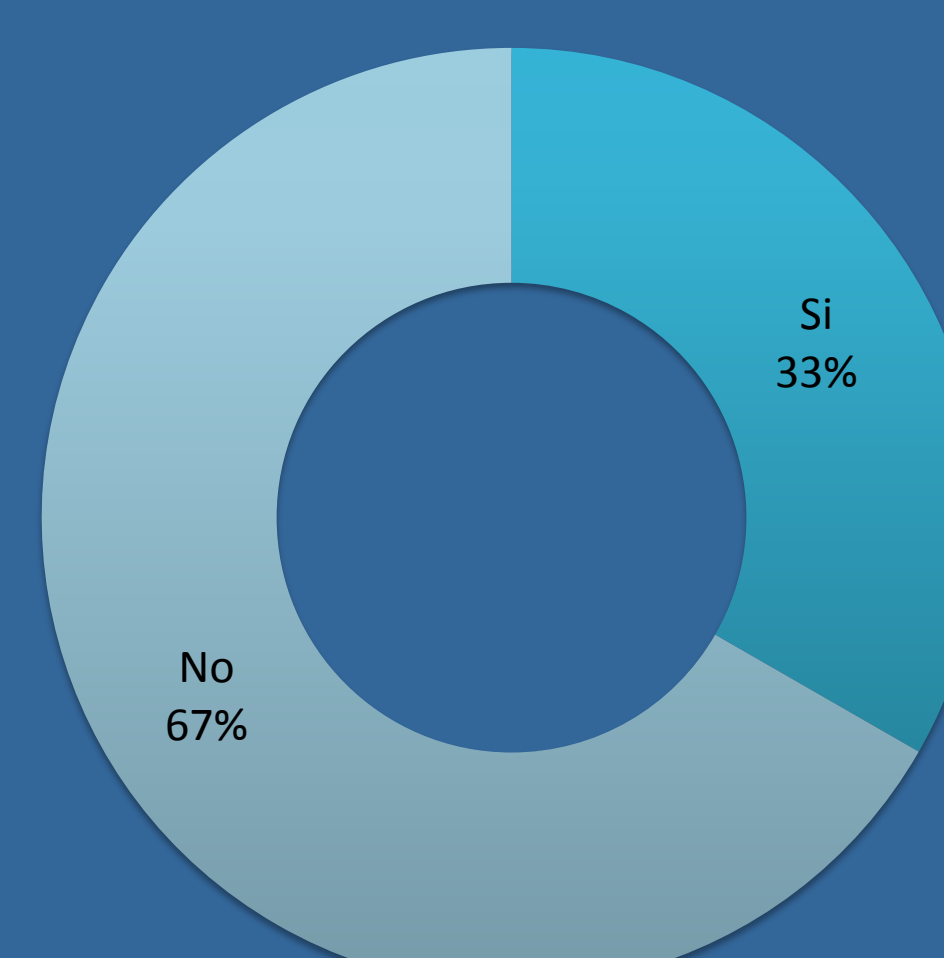
Pallares, S. G. (2009). *Muchachos Anoréxicos y Bulímicos*. Barcelona: Paidós.

Selvin Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa* (A. Pomerenan, Trans.). New York: Jason Aronson. (Original work published 1963).

Treasure, J., Smith, S., & Crosby, A. (2010) Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The new Maudsley method. New York: Routledge.

White, H., Hovav, E., Moshon, S., Rhodes, P., Moskovic-Hessley, J., Wallis, A., Kohn, M., & Mayser, C. (2015) How do Parents of Adolescent Patients with Anorexia Nervosa Interact with their Child at Mealtimes? A Study of Parental Strategies used in the Family Meal Session of Family-Based Treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1).

Inclusión de alimentos "inseguros" en el menú traído a la sesión.



Gráfica 1: Prototipo de convocatoria a sesión de Comida Terapéutica Familiar



Queremos invitarlos a la **Comida Terapéutica Familiar** en compañía de toda la familia cercana (papá, mamá y hermanos). Para esta actividad, queremos que traigan una comida completa preparada desde la casa para compartir en nuestras instalaciones y en compañía de nuestro equipo terapéutico.

Los esperamos el día:

Fecha:

Tipo de Comida:

**PAI plus**

PAI plus es una intervención terapéutica inicial indispensable en el proceso de recuperación, ya que aporta información diagnóstica al equipo tratante, y permite dar orientación y pautas a los familiares, en el manejo de la enfermedad.

Contacto más de dudas en [www.equilibrio.org](mailto:www.equilibrio.org) o [info@equilibrio.org](mailto:info@equilibrio.org)