



Desarrollo y validación de un instrumento de evaluación familiar para pacientes con trastornos alimentarios

Development and validation of a family assessment instrument for patients with eating disorders

Ana Regina Pérez Bustinzar,^{*,‡} Mariana Valdez Aguilar,^{‡,§} Adriana Viladoms Portugal,[‡] Werner Damm Mendoza,[¶] Jorge Armando Barriguete Meléndez ^{‡,||}

Citar como: Pérez BAR, Valdez AM, Viladoms PA, Damm MW, Barriguete MJA. Desarrollo y validación de un instrumento de evaluación familiar para pacientes con trastornos alimentarios. Acta Med GA. 2024; 22 (1): 27-33. <https://dx.doi.org/10.35366/114590>

Resumen

Introducción: la validación de un instrumento de evaluación familiar para pacientes con trastornos alimentarios es un proceso crucial para garantizar la confiabilidad y validez de los resultados. Esta herramienta ayuda a comprender la dinámica familiar, siendo fundamental para una intervención efectiva y personalizada. **Objetivo:** validar un instrumento basado en el “modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar” para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. **Material y métodos:** la muestra fue no probabilística constituida por 272 pacientes (90% mujeres) y sus familias con un rango de edad de nueve a 73 años (18.07 ± 7.01); se incluyeron pacientes con anorexia nerviosa, bulimia, trastorno por atracón, otro trastorno de alimentación específico y trastorno de alimentación no especificado. Todos los participantes contestaron dos instrumentos que evaluaban el funcionamiento familiar. **Resultados:** se observó una adecuada consistencia interna del instrumento y el análisis factorial exploratorio (AFE) mostró una estructura unidimensional explicando el 30.29% de la variabilidad total. Se analizó la validez convergente, la cual fue positiva y significativa con el APGAR-familiar en las diferentes subescalas y en la puntuación total de los instrumentos. **Conclusión:** estos resultados contribuyen al desarrollo de una medida de evaluación de la estructura familiar en pacientes con trastornos alimentarios y proporcionan una herramienta confiable y válida para el trabajo clínico con las familias de estos pacientes.

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, familia, evaluación psicológica, análisis factorial exploratorio, psicometría.

Abstract

Introduction: the validation of a family assessment instrument for patients with eating disorders is a crucial process to ensure the reliability and validity of the results. This tool helps to understand the family dynamics being fundamental for an effective and personalized intervention. **Objective:** to validate an instrument based on the “psycho-dynamic systemic model of family evaluation” for patients with eating disorders. **Material and methods:** the sample was non-probabilistic consisting of 272 patients (90% women) and their families with an age range of 9 to 73 years (18.07 ± 7.01); patients with anorexia nervosa, bulimia, binge eating disorder, other specific eating disorder and unspecified eating disorder were included. All the participants answered two instruments that evaluated family functioning. **Results:** an adequate internal consistency of the instrument was observed and the exploratory factor analysis (EFA) showed a one-dimensional structure explaining 30.29% of the total variability. Convergent validity was analyzed, which was positive and significant with the APGAR-family in the different subscales and in the total score of the instruments. **Conclusion:** these results contribute to the development of a measure to assess family structure in patients with eating disorders and provide a reliable and valid tool for clinical work with families of these patients.

Keywords: eating disorder, family, psychological assessment, exploratory factor analysis, psychometric.

* Universidad Anáhuac México.

‡ Clínica Angeles de Trastornos Alimentarios (TCA).

§ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

¶ Director General.

|| Universidad Anáhuac. División de Nutrición, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Consejo Promotor de Salud Mental y Bienestar. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).

Hospital Angeles Lomas. México.

Correspondencia:

Dra. Mariana Valdez Aguilar

Correo electrónico: psicmarianav@gmail.com

Aceptado: 11-07-2023.

www.medigraphic.com/actamedica



Abreviaturas:

AFE = análisis factorial exploratorio.

AN = anorexia nerviosa.

BN = bulimia.

OTAE = otro trastorno de alimentación específico.

TANE = trastorno de alimentación no especificado.

TCAIA = trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos.

TPA = trastorno por atracón.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos (TCAIA) son enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en la conducta y las actitudes relacionados con la ingesta de alimentos, además de la intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo. Estos comportamientos no deben ser secundarios a ninguna enfermedad médica. Son un problema de salud pública importante, ya que afectan a un gran porcentaje de la población, mayormente mujeres y adolescentes, tienden a ser graves y volverse crónicos, además de que se relacionan con una elevada comorbilidad y mortalidad.¹ La prevalencia de los TCAIA por continentes es de 2.2% en Europa, de 3.5% en Asia y de 4.6% en América. En especial en México, según un estudio reciente, la prevalencia va de 0.5 a 1.4%.²

Los TCAIA son alteraciones de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales, en los que diversos elementos se deben considerar para analizar su origen y evolución. Por ende, se ha observado que la familia es un aspecto clave en el análisis de estos trastornos.^{3,4}

Se ha mencionado que en estas familias existen dificultades entre los miembros para respetar límites interpersonales, poca tolerancia al conflicto y baja satisfacción.^{5,6} De igual manera, se ha afirmado que las familias que tienen un miembro con un TCAIA presentan patrones de interacción muy particulares. Por ejemplo, en las familias de pacientes con anorexia nerviosa (AN), se presentan características como rigidez, intrusividad y evitación de conflictos; en las pacientes con bulimia (BN), la organización familiar tiende a ser interrumpida y desorganizada, las pacientes, con frecuencia, se quejan de falta de afecto y cuidado. Además, las relaciones entre progenitores e hijas por lo general son emocionalmente distantes y con problemas de expresiones de afecto.^{3,7,8}

Por lo tanto, es importante evaluar la dinámica familiar, sobre todo ante la presencia de una enfermedad crónica, como una psicopatología alimentaria, ya que pueden existir conflictos y otras situaciones que influyen en el equilibrio familiar.⁹ Existen diversos instrumentos que se utilizan actualmente para este fin. Tal es el caso del cuestionario sobre la memoria de crianza percibida (EMBU)¹⁰ y el APGAR-

familiar.¹¹ Sin embargo, éstos fueron desarrollados en otros países, por lo que es necesario contar con un instrumento validado específicamente para el contexto mexicano.

Las diferencias culturales, los valores familiares y las dinámicas sociales pueden influir en la forma en que se manifiestan y se perciben los trastornos alimentarios en nuestro país. Por lo tanto, es crucial adaptar y validar un instrumento que sea culturalmente relevante y sensible a las particularidades de las familias mexicanas.¹²

Por ende, varios de los autores del presente estudio desarrollaron una investigación con bases psicodinámicas, sistémicas, de comunicación, que generó un modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. Este modelo reconoce la interacción entre los miembros de la familia y cómo los patrones de comunicación, los roles asignados y las dinámicas de poder pueden contribuir a la aparición y perpetuación del trastorno alimentario.⁶ No obstante, este instrumento se realizó en pacientes con diversas psicopatologías y no propiamente con participantes con TCAIA, además de que carece de medidas cuantitativas de confiabilidad y validez, involucrando elementos como el tiempo de evolución del trastorno, el sistema familiar y sus procesos de individuación en la familia de origen y nuclear, la dinámica de pareja, el nivel de mecanismos de defensa, los patrones de comunicación y el control conductual.⁶

La validación de un instrumento basado en este modelo permitiría evaluar de manera precisa y detallada características relevantes, proporcionando una comprensión profunda de los factores familiares implicados en los TCAIA. Así, el presente estudio brindará múltiples beneficios. En primer lugar, la evaluación familiar basada en el modelo psicodinámico sistémico no sólo se centra en los aspectos disfuncionales, sino también en las fortalezas y recursos de la familia. De tal forma que este cuestionario evaluará tanto los patrones de interacción familiar que pueden contribuir a la psicopatología alimentaria, como aquellos aspectos saludables y positivos que pueden ser utilizados en el tratamiento, lo que ayudará a los profesionales de la salud a comprender los factores contextuales que contribuyen a estas psicopatologías alimentarias y así diseñar intervenciones más efectivas.

Dado lo anterior, el objetivo del presente estudio fue validar un instrumento basado en el modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La muestra fue recolectada entre los años 2015 y 2023. Estuvo constituida por 272 pacientes y sus familias de una

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes (N = 272).

Variable	n (%)
Género	
Mujer	245 (90.0)
Hombre	27 (10.0)
Edad [años], rango	9-73
9-20	212 (77.9)
21-30	43 (15.8)
31-40	9 (3.3)
41-50	4 (1.4)
51-60	2 (0.7)
61-73	2 (0.7)
Estado civil	
Soltero	260 (95.6)
Casado	8 (2.9)
Divorciado	3 (1.1)
Viudo	1 (0.4)
Escolaridad	
Primaria	28 (10.3)
Secundaria	61 (22.4)
Preparatoria	97 (35.7)
Licenciatura trunca	2 (0.7)
Licenciatura	80 (29.4)
Maestría	4 (1.5)
Diagnóstico	
Conductas alimentarias de riesgo	5 (1.8)
Anorexia	108 (39.7)
Bulimia	69 (25.3)
Trastorno por atracón	14 (5.1)
OTAE	51 (18.7)
TANE	25 (9.2)
Tiempo de evolución	
0-6 meses	46 (16.9)
6-12 meses	41 (15.0)
1-3 años	65 (23.9)
3-5 años	21 (7.7)
5 años en adelante	99 (36.4)

OTAE = otro trastorno de la conducta específico. TANE = trastorno de la alimentación no específico.

clínica de trastorno de la conducta alimentaria, provenientes de la República Mexicana con un rango de edad de nueve a 73 años (18.07 ± 7.01); se incluyeron pacientes con conductas alimentarias de riesgo, anorexia nerviosa (AN), bulimia (BN), trastorno por atracón (TPA), otro trastorno de alimentación específico (OTAE) y trastorno de alimentación no especificado (TANE), quienes fueron diagnosticados mediante una entrevista clínica de acuerdo con los criterios del DSM-5.¹ En la *Tabla 1* se observan los datos de la muestra.

Instrumentos

- Entrevista diagnóstica de acuerdo con los criterios del DSM-5.** Se trata de una entrevista semiestructurada destinada a establecer un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-5.¹³
- Instrumento de modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar.** Fue construido por Salinas y colaboradores.⁶ El instrumento evalúa la estructura de las relaciones intrafamiliares desde una perspectiva trigeracional, dado que los patrones interaccionales se van aprendiendo y transmitiendo de una generación a otra. El cuestionario consta 36 indicadores, los cuales se agrupan en siete subescalas: 1) tiempo de evolución, 2) individuación en el sistema, familia de origen, 3) individuación en el sistema, familia de procreación, 4) coalición-colusión, 5) mecanismos de defensa, 6) patrones de comunicación y 7) control conductual. Esta herramienta fue desarrollada en México; sin embargo, aún falta ratificar su validez y confiabilidad.
- Cuestionario sobre funcionamiento familiar.** Desarrollado por Smilkstein¹¹ para explorar la funcionalidad familiar, puede ser complementado tanto por el entrevistador como directamente por la persona entrevistada. Tiene cinco componentes para evaluar la funcionalidad familiar: 1) adaptabilidad, 2) participación, 3) gradiente de crecimiento, 4) afecto y 5) resolución. Estos elementos se evalúan a través de cinco preguntas que se realizan en una entrevista y ponderan tanto el ambiente emocional del paciente como la capacidad del grupo familiar para enfrentarse a posibles crisis. Este instrumento fue validado en nuestro país presentando buenos ajustes.

Procedimiento

El desarrollo, adaptación y validación del instrumento se realizó en dos fases:

- Adaptación del instrumento:** inicialmente se realizó una búsqueda y revisión de la literatura de escalas de evaluación familiar para pacientes con trastornos alimentarios; sin embargo, no se encontró ninguna específica, únicamente entrevistas semiestructuradas, de tal manera que se consideró necesaria la adaptación de una. De este modo, se escogió el instrumento psicodinámico-sistémico de evaluación familiar. La versión original fue sometida a jueceo de expertos del área clínica de la institución de referencia (psicoterapeutas familiares, individuales e investigadoras en psicología), obteniendo así la validez de contenido. A este personal

se le envió un formato para que respondieran si eran adecuadas las dimensiones en las que el instrumento se planteó y la comprensión de los enunciados. Después de que cada experto contestó el formato, se unificaron las respuestas y se modificaron algunos enunciados que se encontraron confusos o poco claros. Llegando al consenso de la prueba piloto.

Para la prueba piloto, se aplicó la primera versión a 20 familias de pacientes con TCAIA; esto tuvo como propósito ratificar la claridad, secuencia y lógica de la aplicación del instrumento. Posteriormente, se aplicó con las correcciones realizadas a 272 familias que acudían a la clínica. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 90 minutos aproximadamente.

- II. Validación del instrumento:** se creó una base de datos con el instrumento de modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar en SPSS versión 26, se determinaron los análisis de validez y confiabilidad del instrumento. La versión final del instrumento quedó constituida de la siguiente manera: a) datos sociodemográficos: nombre, número de registro, diagnóstico de acuerdo con el DSM-5,¹ tiempo de evolución del trastorno, sexo, edad, ocupación, escolaridad. b) Conformado por las siete dimensiones del instrumento y sus respectivos indicadores:

Tiempo de evolución: esta variable hace referencia a la capacidad que la familia tiene para percatarse y enfrentarse ya sean al conflicto o a la aparición de la sintomatología alimentaria de uno de sus miembros. Desde este primer rubro se tiene un indicador pronóstico en cuanto a la mayor o menor cronicidad.

Individuación en el sistema (familia de origen): hace referencia a la individuación que los actuales cónyuges establecieron con respecto a sus propios padres (los actuales abuelos), es decir, las posibilidades de que la familia de origen brindó para que sus hijos lleguen a un establecimiento de la pareja estable con una identidad consolidada.

Individuación en el sistema (familia nuclear): hace referencia a que en la actual familia nuclear existe espacio para el funcionamiento en individuación.

Espectro coalición-colusión: hace referencia a si existe espacio para el funcionamiento en individuación entre los cónyuges.

Mecanismos de defensa: hace referencia a los mecanismos de defensa compartidos por el sistema familiar. Se hace una aproximación por subsistemas, marital y filial, posteriormente se califica de acuerdo con la calidad del funcionamiento familiar observado.

Patrones de comunicación: hace referencia a los patrones de comunicación y si ésta es confiable, clara y directa.

Control de conducta: hace referencia a cómo reacciona la familia a sus propios acuerdos de relación, es decir, si tienen reglas definidas, si existe flexibilidad o rigidez y si estas reglas han sido establecidas sin intervención de la familia de origen.

Para cada subdimensión existe uno o varios indicadores, se asignó calificaciones de 1 a 3, según la presencia o ausencia del factor.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 27. Se realizó un análisis de confiabilidad para evaluar la consistencia interna de la escala utilizada en el estudio. Esto implicó calcular la correlación de cada ítem con el puntaje total de la escala. Este análisis permitió conocer cómo se asociaba cada ítem con el constructo que se pretende medir.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) para evaluar la validez de constructo del instrumento. Se sabe que el AFE es la técnica por excelencia para el desarrollo, evaluación y validación de instrumentos psicológicos. Es uno de los métodos multidimensionales más utilizados debido a que ayuda a examinar diversos factores que explican los reactivos de una prueba, en el precepto de que éstos se vinculan con las variables que miden. El AFE tiene dos usos: exploratorios generales y análisis de medidas para evaluar constructos psicológicos.¹⁴

De tal manera que, el AFE se realizó utilizando el método de componentes principales, que busca identificar los factores subyacentes en los datos. Además, se realizó una rotación varimax y oblimin para facilitar la interpretación de los resultados del análisis. La rotación varimax busca maximizar la varianza de los cargos factoriales, mientras que la rotación oblimin permite la correlación entre los factores. Siguiendo la propuesta de Stevens y colaboradores,¹⁴ se necesitan 20 participantes por reactivo; de esta manera, se superó el tamaño muestral estimado, ya que la muestra total resultó ser de 272 participantes.

Para evaluar la validez convergente del instrumento utilizado, se realizaron correlaciones de Pearson entre el puntaje total y las subescalas del instrumento y el cuestionario APGAR-familiar.

Todos los resultados se consideraron significativos cuando la probabilidad fue ≤ 0.05 , lo que implica que se utilizó un nivel de significancia de 5% para determinar la importancia estadística de los resultados obtenidos.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del instrumento de evaluación familiar el cual fue aplicado a una muestra

clínica constituida por 272 pacientes con TCAIA y sus familias, provenientes de la República Mexicana, con rango de edad de nueve a 73 años (18.07 ± 7.01). Se presentan los análisis de confiabilidad y validez del instrumento.

Análisis de confiabilidad. La confiabilidad fue analizada por medio del alfa de Cronbach, se produjo un coeficiente de 0.80, mostrando buena consistencia interna. Se encontró que todos los reactivos correlacionaron significativamente con la puntuación total del instrumento. La *Tabla 2* muestra las correlaciones entre los ítems y el total. Se observó que seis reactivos revelaron un coeficiente de correlación considerado como útil para predecir ($r^2 \geq 0.50$). Mientras que uno presentó una correlación buena para predecir ($r^2 \geq 0.70$).

Análisis de validez de constructo. Se realizó un AFE a través del análisis de componentes principales que extrajo un factor, quedando agrupadas todas las preguntas unidimensionalmente y que, en conjunto, explicaron 30.29% de la variabilidad total (*Tabla 3*).

Análisis de validez convergente. Respecto de la evidencia de validez convergente, se encontraron correlaciones significativas, positivas, sin embargo, débiles, entre las subescalas del instrumento de evaluación familiar (*Tabla 4*). Esto sugiere que las subescalas del instrumento de evaluación familiar y el cuestionario APGAR-familiar pueden estar midiendo aspectos ligeramente diferentes de la misma construcción o que existen otros factores que podrían estar influyendo en los resultados. Los totales de ambos instrumentos se correlacionaron significativamente ($r^2 = 0.12$); sin embargo, esta correlación también fue baja.

Por lo tanto, se puede observar que existe asociación entre ambos instrumentos. No obstante, estas correlaciones son débiles, lo que indica que la medida de la misma construcción puede diferir entre los dos instrumentos. Estos hallazgos indican que pueden existir diferencias en los constructos medidos por cada instrumento o que podrían ser necesarias otras medidas.

Tabla 2: Relación ítem-total y coeficiente alfa de los reactivos de la escala.

Reactivo	r^2	α
1	0.24	0.74
2	0.59	0.70
3	0.59	0.69
4	0.70	0.69
5	0.58	0.72
6	0.49	0.73
7	0.59	0.70

Tabla 3: Análisis factorial exploratorio del instrumento del modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar.

Estructura factorial	
Reactivos	Cargas factoriales Factor 1
3. Familia nuclear	0.82
7. Control de conducta	0.66
6. Patrones de comunicación	0.59
2. Familia de origen	0.55
4. Coalición-colusión	0.55
5. Mecanismos de defensa	0.22
1. Tiempo de evolución	0.17

Coeficiente alfa total = 0.80; porcentaje de varianza explicada = 30.29%; prueba de esfericidad de Bartlett = 353.671, gl = 21; p = 0.001.

DISCUSIÓN

La construcción de instrumentos de evaluación del sistema familiar para los trastornos alimentarios es un área relativamente reciente y con mucho futuro, a la que se le debe prestar atención. Para nuestro conocimiento, no existen herramientas en español que logren evaluar las diferentes dimensiones que evocan el fenómeno complejo que representa la familia dentro de la dinámica de los TCAIA, que además cuenten con un manual. Por lo que el objetivo del presente estudio fue validar un instrumento basado en el modelo psicodinámico-sistémico para pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

Esta validación mostró adecuada consistencia interna $\alpha = 0.80$. Ésta fue similar a la mostrada en la versión original y a otras escalas que se han utilizado para medir esta área¹⁵ en las que el alfa de Cronbach osciló entre 0.85 y 0.93. Esto indicó que la escala es confiable para su aplicación. En las siete subescalas el alfa de Cronbach osciló entre 0.69 y 0.74. Esto fue similar a otro estudio, en el que también se validó un instrumento de evaluación familiar y cinco subescalas oscilaron entre 0.82 y 0.62, y sólo una mostró un valor alfa moderado de 0.514.¹⁶ Dado lo anterior, en nuestro estudio, se decidió mantener todas las subescalas en la versión final del cuestionario debido a su relevancia clínica y de investigación.

Por otro lado, cinco de las siete subescalas del instrumento se correlacionaron positivamente por encima de 0.5, lo que indicó un buen valor predictivo; únicamente las subescalas de “tiempo de evolución” y “coalición-colusión” tuvieron una correlación por debajo de 0.4. Se

Tabla 4: Correlaciones del instrumento de evaluación familiar y sus subescalas con el cuestionario de APGAR-familiar y sus subescalas.

APGAR-familiar	Instrumento de evaluación familiar							Total instrumento
	Tiempo de evolución	Familia origen	Familia nuclear	Coalición-Colusión	Mecanismo defensa	Comunicación	Control conducta	
Adaptabilidad	0.30	0.37	0.19**	0.26	0.80	0.13*	0.10	0.11
Participación	0.15	0.38	0.52	0.05	0.10	0.11	0.12*	0.68
Gradiente crecimiento	0.61	0.47	0.23**	0.55*	0.11	0.14*	0.11	0.11
Afecto	0.58	0.28	0.13**	0.95	0.08	0.15*	0.08	0.64
Resolución	0.42	0.36	0.10	0.77	0.72	0.11	0.06	0.10
APGAR-total	0.034	0.12	0.19**	0.22	0.68	0.17**	0.12*	0.12*

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

pudo observar que, a pesar de que en estas subescalas sus correlaciones fueron bajas, no se pueden eliminar del instrumento dado su valor en el área clínica, sobre todo, al recopilar datos sobre el tiempo de la psicopatología y cómo ha afectado a la familia. Esto coincide con algunos otros estudios^{15,16} en donde se ha valorado la estructura de estas familias y en específico el tiempo de evolución del trastorno, que es clave para comprender la psicopatología y la afectación multidimensional.³

A través del AFE, las siete subescalas se agruparon en un factor, de esta forma el instrumento fue unidimensional, reflejando así los datos sobre el trastorno alimentario y su influencia en el entorno familiar, además de otros datos de relevancia que incluyen colusión, elusión y coerción, los cuales son adoptados con mayor frecuencia por parientes que tienen mayores niveles de carga y que están en mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales comunes.¹⁷ Todo esto es importante seguirlo explorando en análisis e investigaciones posteriores con las familias, sobre todo en aquellas en las que las pacientes tienen mayor cronicidad con la psicopatología alimentaria.

De esta manera, el instrumento mostró buenas propiedades psicométricas, además de que requiere poco tiempo para completarse; por lo tanto, puede ser utilizado tanto en la investigación como en escenarios clínicos. Desde el punto de vista clínico, el instrumento puede ser de utilidad para aplicarlo con los pacientes, ayudar en el contexto familiar y aclarar las necesidades no satisfechas de los familiares.¹⁸ Esto implica que el instrumento proporciona una visión más completa de la dinámica familiar. Esto es importante, ya que la salud y el bienestar de un paciente a menudo están influenciados por su entorno familiar.

Asimismo, que el instrumento puede ser utilizado para guiar las intervenciones clínicas y dar seguimiento a la evolución del paciente en el tratamiento. Esto sugiere que la información recopilada a través del instrumento puede servir como base para desarrollar estrategias de intervención dirigidas a abordar las necesidades del contexto familiar. Además, el seguimiento de la evolución del paciente a lo largo del tiempo permitirá evaluar la efectividad de las intervenciones y realizar ajustes necesarios en el tratamiento.

Una de las principales fortalezas de este estudio fue el gran tamaño de la muestra clínica, lo que puede ayudar a la generalización de los resultados. De esta manera, al contar con una muestra representativa y numerosa, se aumenta la confiabilidad y validez externa de los resultados obtenidos, lo que significa que nuestros hallazgos pueden ser aplicables a otras poblaciones o contextos similares.

Este estudio tiene algunas limitaciones. Aunque hubo un buen tamaño de la muestra, hubo un bajo porcentaje de hombres. Esto debido a que los varones acuden poco a buscar ayuda para este tipo de psicopatologías, ya que en ellos existe menor conciencia de enfermedad y mayor reticencia a buscar tratamiento para un trastorno que posiblemente consideren "femenino".¹⁹

Finalmente, de acuerdo con los resultados obtenidos, el instrumento basado en el modelo de evaluación psicodinámico-sistémico demostró una adecuada estructura factorial y es una medida válida y confiable para evaluar la estructura familiar en pacientes con TCAIA, por lo que es una herramienta útil para continuar investigando estas psicopatologías alimentarias.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020; 50 (1): 24-29.
3. Cerniglia L, Cimino S, Tafa M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag.* 2017; 10: 305-312.
4. Tetzlaff A, Schmidt R, Brauhardt A, Hilbert A. Family functioning in adolescents with binge-eating disorder: family functioning in BED. *Eur Eat Disorders.* 2016; 24 (5): 430-433.
5. Karlstad J, Moe CF, Adelsten Stokland R, Brinchmann BS. "Balancing within a closed family system": a grounded theory study of how family life is affected by having a family member with an eating disorder. *J Eat Disord.* 2022; 10 (1): 147. doi: 10.1186/s40337-022-00669-9.
6. Salinas JL, Pérez P, Viniestra L, Barriguete M JA, Casillas J, Valencia A. Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar. *Rev Inv Clin.* 1992; 44 (2): 169-188.
7. Karlstad J, Moe CF, Wattum M, Brinchmann BS. The experiences and strategies of parents of adults with anorexia nervosa or bulimia nervosa: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2021; 21 (1): 338.
8. Anderson LM, Smith KE, Nuñez MC, Farrell NR. Family accommodation in eating disorders: a preliminary examination of correlates with familial burden and cognitive-behavioral treatment outcome. *Eat Disord.* 202; 29 (4): 327-343.
9. Leonidas C, Santos MA. Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. *Cien Saude Colet.* 2015; 20 (5): 1435-1447.
10. Perris C, Jacobsson L, Lindstrom H, von Knorring L, Perris H. Development of a new inventory assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 1980; 61 (4): 265-274.
11. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978; 6 (6): 1231-1239.
12. Barriguete Meléndez JA, Pérez Bustinzar AR, De la Vega Morales RI, Viladoms Portugal A, Barriguete Chávez Peón P, Rojo Moreno L. Una aplicación del modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Letras en Psicoanálisis.* 2020; 6 (1).
13. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. *User's guide for the structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV).* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2016.
14. Stevens JP. *Applied multivariate statistics for the social sciences.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2002.
15. Palfreyman Z, Haycraft E, Meyer C. Parental modelling of eating behaviours: observational validation of the Parental Modelling of Eating Behaviours scale (PARM). *Appetite.* 2015; 86: 31-37.
16. Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V, Luciano M, Monteleone AM, Di Maso et al. Development and validation of the family coping questionnaire for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2015; 48 (3): 298-304.
17. Mensi MM, Orlandi M, Rogantini C, Provenzi L, Chiappedi M, Criscuolo M et al. Assessing family functioning before and after an integrated multidisciplinary family treatment for adolescents with restrictive eating disorders. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 653047.
18. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2019; 52 (4): 481-487.
19. Velázquez López HJ, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM. Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literature. *Salud Ment.* 2018; 41 (2): 91-100.

Consideraciones éticas: la aprobación del estudio fue otorgada en enero de 2023 por el Comité de Ética de la institución de referencia de los autores. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, el cual contenía el objetivo del estudio y se les informó que su participación era confidencial, voluntaria y con fines de investigación científica.