



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ORTOREXIA Y VARIABLES FAMILIARES:
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, ESTILO DE
APEGO, SOBREPOTECCIÓN Y
ANTECEDENTES**

Autor: Andrea Hormaechea García

Tutor Profesional: Jessica Moraleda Merino

Tutor Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid

Mayo 2023

Andrea
Hormaechea
García

**ORTOREXIA Y VARIABLES FAMILIARES:
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, APEGO,
SOBREPROTECCIÓN Y ANTECEDENTES**



Índice

1.	Resumen.....	5
2.	Abstract.....	5
3.	Justificación del Estudio	7
4.	Introducción	8
4.1.	¿Qué es la ON?.....	8
4.2.	TCA y Variables Familiares	9
4.2.1.	Factores de Riesgo: Disfuncionalidad Familiar en términos de Cohesión y Adaptabilidad	12
4.2.2.	Factores de Riesgo: Estilo de Apego	15
4.2.3.	Factores de Riesgo: Sobreprotección	18
4.2.4.	Factores de Riesgo: Antecedentes de TCA	20
4.3.	ON y Variables Familiares	21
5.	Objetivos e hipótesis	23
6.	Método	25
6.1.	Diseño	25
6.2.	Participantes	25
6.3.	Procedimiento	26
6.4.	Variables del estudio	27
6.5.	Instrumentos	28
6.6.	Análisis estadísticos	29
7.	Resultados	31
7.1.	Perfil de personas con ON	31
7.2.	Relación entre ON y Disfuncionalidad Familiar en términos de Cohesión y Adaptabilidad	33
7.2.1.	Cohesión	33

7.2.2.	Adaptabilidad	34
7.3.	Relación entre ON y Apego	35
7.4.	Relación entre ON y Sobreprotección Parental	37
7.5.	Relación entre ON y Antecedentes Familiares de TCA.....	37
7.6.	Relación entre ON y Antecedentes Personales de TCA.....	40
8.	Discusión	41
9.	Referencias	59
10.	Anexos	61

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), son de los mayores problemas, a día de hoy, en la salud pública. La Ortorexia Nerviosa se considera uno de los más nuevos, caracterizado por una obsesión patológica por seguir una alimentación sana y restrictiva. En la última década ha aumentado considerablemente el número de casos de dicha patología. Numerosos autores confirman la importancia del papel de la familia en el desarrollo de TCA. Por ello el presente estudio tiene como objetivo estudiar la relación entre diferentes variables familiares (Disfuncionalidad Familiar, Apego, Sobreprotección y Antecedentes Familiares y Personales de TCA) y la sintomatología de Ortorexia. Se obtuvo una muestra de 202 sujetos, de los cuales 39 presentaron rasgos de Ortorexia medidos a través del ORTHO-11. Las variables de estudio fueron evaluadas mediante el FACES-III, CaMir-R y preguntas sobre antecedentes. Los resultados indicaron que los participantes con Ortorexia en comparación con la muestra normal tienen mayores niveles de Sobreprotección y Antecedentes Personales. Además, es probable que tiendan a Apegos Inseguros porque se obtuvieron diferencias significativas en escalas del CaMir-R “Preocupación”, “Autosuficiencia”, “Interferencia” y “Trauma” que indican mayor puntuación en Apego Desorganizado, Ansioso y, especialmente, Evitativo.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Ortorexia Nerviosa, Disfuncionalidad Familiar, Sobreprotección, Antecedentes TCA

Abstract

Eating Disorders (ED) are one of the biggest problems in public health today. Orthorexia Nervosa is considered one of the newest, characterized by a pathological obsession to follow a healthy and restrictive diet. In the last decade, the number of cases of this pathology

has increased considerably. Numerous authors confirm the importance of the role of the family in the development of ED. Therefore, the present study aims to study the relationship between different family variables (Family Dysfunctionality, Attachment, Overprotection and Family and Personal History of ED) and the symptomatology of Orthorexia. A sample of 202 subjects was obtained, of which 39 presented orthorexia traits measured through the ORTHO-11. The study variables were assessed using the FACES-III, CaMir-R and background questions. Results indicated that participants with Orthorexia compared to the normal sample have higher levels of Overprotectiveness and Personal Background. In addition, it is likely that they tend towards Insecure Attachments because significant differences were obtained in CaMir-R scales "Preoccupation", "Self-sufficiency", "Interference" and "Trauma" that indicate higher scores in Disorganized, Anxious and, especially, Avoidant Attachment.

Key words: Eating Disorders, Orthorexia Nervosa, Family Dysfunctionality, Overprotection, History of EDD

Justificación del Estudio

El desarrollo de las sociedades es continuo y apresurado a distintos niveles. Con ello se contemplan transformaciones epidemiológicas y clínicas en las psicopatologías, por ejemplo, en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA, en lo sucesivo). Existe una variabilidad en los distintos tipos, así como en sus factores de riesgo y sintomatología. En los últimos años se han estudiado y diagnosticado trastornos más “nuevos” asociados a la alimentación, el ejercicio físico y la imagen corporal, tales como la Ortorexia Nerviosa (ON, en lo sucesivo) (Onnis et al., 2013).

La ON es un trastorno de la alimentación que fue definido por primera vez hace 25 años por el médico Steven Bratman en 1997. Se considera de relevancia mencionar que en la última década ha aumentado el número de casos con dicha psicopatología; considerándose uno de los TCA más nuevos (Ruiz y Quiles, 2021).

A lo largo de la última década ha surgido una mayor preocupación por el trastorno y, por ende, una mayor investigación centrada en conocer los criterios diagnósticos, la medición y las tasas de prevalencia de la ON. Sin embargo, los factores de riesgo no han sido muy estudiados, concretamente, las relaciones familiares como factores de protección y/o de riesgo (Dunn y Bratman, 2016; Varga et al., 2013).

Estudios como el de McComb y Mills (2019) muestran que existen tendencias, factores de riesgo y sintomatología clínicamente similares entre la ON y otros trastornos de la alimentación especialmente con la Anorexia Nerviosa (AN, en lo sucesivo), cuáles han sido ampliamente investigados. En general, se observó que el sexo y la autoestima no estaban relacionados con la ON.

Introducción

¿Qué es la ON?

En las sociedades actuales los valores de la salud física y mental están más presentes que nunca, teniendo en consideración hábitos saludables como la alimentación y el ejercicio físico. Por lo tanto, existen intereses guiados hacia las dietas y los alimentos sanos (Álvarez Munárritz y Álvarez De Luis, 2009). El problema radica cuando la alimentación saludable se lleva al extremo, llegándose a convertir en un TCA.

La ON fue descrita por el médico Steven Bratman (1997) por primera vez. Se ha definido como un TCA caracterizado por una obsesión patológica por seguir una alimentación sana y restrictiva, castigando cualquier conducta que se salga de determinadas pautas de alimentación (Ruiz y Quiles, 2021). Es una psicopatología que ha sido poco estudiada hasta la fecha pues es algo bastante novedoso y, por lo tanto, desconocido. La alimentación se convierte en el eje central de las personas con ON. Además, al igual que cualquier conducta obsesiva, estudios demuestran que a largo plazo conlleva consecuencias negativas similares a las de la AN y la Bulimia Nerviosa (BN, en lo sucesivo) (Morozé et al., 2015; Park, Dunn, y Barnard, 2011).

A diferencia de la AN, que se centra en un control excesivo por la cantidad de ingesta digerida a lo largo del día, la ON se caracteriza por una obsesión basada en la calidad de los alimentos y su preparación. Las personas que lo padecen dedican una inmensa cantidad de esfuerzo y tiempo a comprar, planificar y preparar platos saludables, por lo que llega a convertirse en una obsesión. Incluso pueden llegar a evitar actos sociales que impliquen comer o beber alcohol (McComb y Mills, 2019). Además, dichas fijaciones con la comida pueden desencadenar graves problemas de salud tanto física como mental, así como

consecuencias negativas en las relaciones sociales, vida laboral, desarrollo personal y la calidad de vida en general (Miley et al., 2022). Tal adhesión puede conducir a sentimientos de superioridad por seguir unas reglas estrictas, socialmente aceptadas y consideradas como saludables, pero, al mismo tiempo, puede generar grandes sentimientos de culpa al saltarse dichas reglas autoimpuestas y, por ende, generar otras más restrictivas. Además, existe una relación entre la ON y la excesiva preocupación por la imagen corporal, acompañada de una distorsión de ésta; al igual que en la AN (Pauzé et al., 2021).

En el estudio llevado a cabo por Ruiz y Quiles (2021) se demostró que el 30% de 534 estudiantes universitarios españoles presentaban rasgos de la Otorexia. Por lo tanto, los autores indicaron que la prevalencia del trastorno es elevada entre los jóvenes, así como una gran preocupación por el físico, una imagen corporal distorsionada y conductas relacionadas con los TCA. Asimismo, otro estudio (Behar, 2020) en el cual participaron 864 estudiantes, con una edad media de 22 años, el 27% reportaron riesgo de ON. Ruiz y Quiles (2021), a través de un estudio transversal con una muestra de 535 estudiantes universitarios españoles observaron que el 30,5% de los sujetos presentaba alto riesgo de desarrollar ON. Además, afirmaron que es un problema de alimentación que se presenta mayormente en mujeres.

TCA y Variables Familiares

Los TCA en la adolescencia son de los mayores problemas que se presentan en la salud pública a nivel mundial y es una tendencia en aumento (Ruiz y Quiles, 2021). Por ello, en los últimos años se han tratado de analizar en la mayor profundidad posible. Las investigaciones sistémicas centradas en dicha patología exploran de forma exhaustiva el funcionamiento familiar como una posible variable en el inicio y mantenimiento del trastorno (Del Rosal, 2022).

La familia se ha considerado un eje fundamental en el desarrollo de trastornos de la alimentación, entendiendo el síntoma de la persona afectada como la expresión de un conflicto familiar. Especialmente, se han encontrado relaciones entre las percepciones de los miembros de una familia sobre el funcionamiento familiar y el desarrollo de la patología en adolescentes. Además, los adolescentes con trastornos de alimentación reportan una mayor insatisfacción familiar (Gorrell, Loeb y Le Grange, 2019). En particular, entre las variables familiares más asociadas a la psicopatología se encuentra la cohesión familiar entendida como el vínculo emocional entre los miembros. Es decir, el nivel en que los miembros están separados o aglutinados entre sí, así como la capacidad de apoyarse entre ellos. La sintomatología asociada a los trastornos alimenticios puede ser debida tanto a un exceso de cohesión como a una ausencia de éste. Un aglutinamiento excesivo puede generar el síntoma traducándose en una necesidad de diferenciación. Al mismo tiempo, un síntoma en un ambiente poco cohesionado significará necesidad de atención (Lampis, Agus y Cacciarru, 2014). También se destaca la comunicación como factor esencial para un buen funcionamiento familiar, así como la expresión afectiva; una baja expresión afectiva se asocia con el desarrollo de TCA en adolescente pues el síntoma puede aparecer a modo de búsqueda de dicha carencia (Erriu, Cimino, y Cerniglia, 2020).

La excesiva dependencia entre los miembros y la Sobreprotección son factores cada vez más presentes en los nuevos sistemas familiares y que generan, en muchas ocasiones, trastornos asociados a la alimentación (Taborelli et al., 2013). Es posible que los adolescentes que han sido sobreprotegidos sientan que son sus padres los que ejercen el control sobre sus vidas y, en muchas ocasiones, encuentran la comida como la única forma de control posible (Evans y Wertheim, 2005; Suldo y Sandberg, 2000).

Los factores de riesgo asociados a los trastornos alimenticios han sido ampliamente estudiados. Los hallazgos sugieren que los Antecedentes TCA y preocupaciones sobre la dieta son factores asociados a los TCA, pero en menor medida que aquellos relacionados con la vulnerabilidad personal, dimensión en la que se destaca el perfeccionismo, relacionándolo con las altas expectativas de los padres. De esta manera, se comienza a entender a la familia como un determinante a tener en cuenta cuando un miembro desarrolla TCA. Entender a la familia como parte del proceso de enfermedad y curación (Pike et al., 2008).

Cabe destacar que quienes más sufren los trastornos de alimentación son las mujeres, y más concretamente el porcentaje es mayor en mujeres adolescentes (Behar, 2020). A pesar de que los medios de comunicación y el grupo de pares sea un factor de gran relevancia en la vida de las adolescentes, es la familia el contexto que transmite y formaliza los mensajes sobre el cuerpo, el rol de la mujer, la autoexigencia, etc (Kluck, 2008).

Los TCA son patologías complejas. Se ha demostrado que las personas que padecen algún tipo de TCA presentan mucho sufrimiento y una sintomatología diversa. Por ello, es necesario seguir analizando las causas desde la perspectiva sistémica puesto que contempla una metodología que abre camino a la complejidad, a la cooperación, a la comprensión y hacia la interdisciplinariedad. Numerosas patologías han sido exitosamente abordadas y estudiadas desde esta perspectiva (Onnis et al., 2013).

Durante muchos años, la familia ha sido excluida del tratamiento de pacientes con algún trastorno de la alimentación. Se consideraba que el papel de los padres y/o convivientes no era significativo en el desarrollo de la patología y que solo se debía de trabajar con la persona afectada y su sintomatología. Sin embargo, a medida que los TCA han sido más estudiados y la terapia sistémica ha evolucionado, se ha considerado a la familia como factor indispensable no solo en el diagnóstico sino también en la recuperación. Actualmente las

familias suelen ser parte de los planes de tratamiento psicológicos de pacientes con TCA y, se ha demostrado que esta forma de trabajo disminuye significativamente la comorbilidad y las tasas de abandono de tratamiento (Behar, 2020).

La evidencia empírica afirma la importancia de los aspectos relacionales familiares en el desarrollo y mantenimiento de la patología. Se considera necesaria la creación de modelos relacionales para indagar los TCA y así obtener programas de intervención específicos. Específicamente, se considera imprescindible estudiar modelos relacionales en trastornos de la alimentación nuevos y cada vez más diagnosticados, como la ON. No obstante, las variables relacionales presentes en los sistemas familiares son incontables; por ello, en el presente estudio se analizan aquellas que se han considerado de mayor relevancia pues se relacionan significativamente con dicho trastorno. Éstas son la Sobreprotección, la Disfuncionalidad Familiar en términos de adaptabilidad y cohesión, los Apegos inseguros y tener Antecedentes de TCA.

A continuación, se procede a explicar en profundidad las variables que se van a analizar, así como una justificación de su relación con los trastornos alimentarios.

Factores de riesgo: Disfuncionalidad Familiar en términos de Cohesión y Adaptabilidad

Al igual que la funcionalidad familiar es un factor protector de cualquier patología que pueda desarrollar un miembro de una familia, la Disfuncionalidad actúa como factor de riesgo, especialmente en trastornos de la alimentación en adolescentes (Cunha, Relvas y Soares, 2009). La Disfuncionalidad Familiar es definida como el grado en el que las actitudes y conductas de los miembros inciden negativamente en el bienestar de la familia. Los autores defienden que algunas características específicas son más frecuentes en familias disfuncionales; principalmente hablan de problemas en patrones de comunicación y en los límites relacionales. Asimismo, cuando hablamos en términos de Funcionalidad y

Disfuncionalidad hay que tener en cuenta el repertorio de comportamientos y roles adecuados con la edad y momento evolutivo de cada miembro puesto que, alguno puede ocupar un lugar que no les corresponde (Carreras, 2014).

En esta línea, es necesario mencionar que la funcionalidad familiar es uno de los factores más estudiados en los TCA. Generalmente, pacientes con trastornos de la alimentación reportan familias disfuncionales, por ejemplo, en cohesión y adaptabilidad (Vidović et al., 2005).

La adaptabilidad se define como el nivel en el que la familia tiende al cambio o a la estabilidad. Las familias con una incorrecta o insuficiente adaptabilidad serán aquellas que busquen la estabilidad sin tolerar el cambio ni una adaptación a este, buscan mantenerse como ya están (Varga et al., 2013). Las familias con baja flexibilidad son aquellas resistentes al cambio; por ello, en estos casos el síntoma expresa disfuncionalidad familiar que debe ser modificada, pero al mismo tiempo funciona para mantener el equilibrio familiar y no evolucionar ni adaptarse sino más bien, estancarse (Minuchin y Selvini Palazzoli, 1994).

En cuanto a la cohesión, se caracteriza por el grado en el que los miembros de la familia están emocionalmente vinculados (Kumar y Tiwari, 2008). Las familias poco cohesionadas suelen presentar límites difusos y vínculos emocionales desligados (Fiter Martin, 2022).

Varios estudios demuestran que las familias con miembros con AN son más sobreprotectoras (Ruiz Martínez et al., 2013), disfuncionales y demandantes (Pike et al., 2008). En cuanto a la BN, se ha concluido que suelen ser familias menos cohesionadas y con mayores problemas de adaptación a los cambios y dificultades (Ruiz Martínez et al., 2013).

Cerniglia et al. (2017) analizaron la funcionalidad familiar en 181 adolescentes con TCA, mediante un estudio de casos y controles. Algunas de las conclusiones que exponen son que las familias con un miembro con problemas de alimentación mostraban niveles de cohesión excesivamente elevados y una baja adaptabilidad y flexibilidad. Al mismo tiempo, estudios como el de Lampis, Agus y Cacciarru (2014) demuestran que un alto nivel de adaptabilidad es un factor de protección para los trastornos alimenticios.

Cunha, Relvas y Soares (2009) revelaron que la Disfuncionalidad Familiar estaba directamente relacionada con el TCA. Afirmaron que los pacientes con AN percibían a sus familias como más cohesionadas, con creencias relacionadas con un sentido de responsabilidad individual mayores que en el grupo control. Específicamente, las creencias que reportaba el grupo experimental eran que cada miembro de la familia es responsable y culpable de los problemas de los demás miembros de la familia. Este hallazgo sobre las creencias familiares es sumamente interesante pues apoya la teoría de que la perspectiva sistémica es una adecuada opción para entender y trabajar sobre los TCA. Este estudio transmitió que generalmente la familia se entiende a sí misma y sus relaciones a través de procesos circulares, mientras que la terapia sistémica tiene como principio básico la circularidad.

Otra investigación afirmó que la disfunción familiar es un patrón significativo no solo en el desarrollo de un TCA si no en su pronóstico, pues influye en la motivación para el cambio (Fernández et al. 2016). Por lo tanto, se aprecia un patrón claro en cuanto a la adaptabilidad puesto que a mayor adaptabilidad menor probabilidad de TCA. Sin embargo, no se puede afirmar lo mismo en lo que a la variable de cohesión se refiere; estudios afirman que las familias con miembros con trastornos alimenticios muestran niveles elevados de cohesión (Cerniglia et al., 2017). Además, también se aprecian diferencias entre la AN y la

BN, en esta última se reporta una funcionalidad más dañada, con bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad y en la AN se presentan problemas de rigidez, comunicación u mayores niveles de cohesión (Ruiz Martínez et al., 2013). Existen estudios que relacionan TCA con baja cohesión familiar, sin especificar el tipo de trastorno alimentario (Maglio y Molina, 2012; Ruiz et al., 2015; Fiter Martín, 2022)

En definitiva, la investigación afirma que el funcionamiento familiar es una variable directamente relacionada con el TCA. Se considera que las personas con dicho trastorno se desarrollan en ambientes familiares desfavorables. Sin embargo, se puede concluir que son factores negativos que afectan directamente al desarrollo y mantenimiento de los TCA en general y podemos hipotetizar que, al tener las familias un papel importante en el desarrollo de la psicopatología, esta relación puede darse también en otros trastornos más actuales como la ON.

Factores de riesgo: Estilos de Apego

La teoría del Apego del fue elaborada por Bowlby (1973) y la definió como: *“Lo que por motivos de conveniencia denominó teoría del Apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”* (pág. 31).

El Apego se elabora en función de la sensibilidad mediante la cual los progenitores han tratado las necesidades de sus hijos y si estas han sido o no cubiertas. Comenzó a estudiarse a partir de la ansiedad que sentían los niños al separarse de su madre y por ello, la

teoría del Apego constituye una explicación sobre que la forma en la que se establece la relación padres-hijos determina el desarrollo posterior (McLeod, 2022). Por lo tanto, la teoría del Apego está directamente asociada a las relaciones y las formas de comportamiento (Johnson, 2019).

Existen diferentes tipos de Apego. En primer lugar, el *Apego seguro*; aquellas personas que contemplan a sus cuidadores como una base segura y de apoyo para cuando sienten angustia. Es resultado de la sensibilidad materna y una interpretación adecuada a las señales del niño junto con una respuesta adaptada a sus necesidades. Consideran que siempre estarán disponibles y que serán sensibles a sus necesidades. Por otro lado, está el *Apego inseguro evitativo*, en el cual el niño muestra desconfianza en la disponibilidad de sus progenitores. Estas personas presentan problemas emocionales derivados de una educación basada en el rechazo, la rigidez y la hostilidad. En tercer lugar, encontramos el *Apego inseguro ambivalente*, en el cual los padres se muestran física y emocionalmente disponibles solo en determinadas ocasiones. Genera en el sujeto una mayor ansiedad de separación y una tendencia a temer al mundo, percibirlo como algo peligroso. El cuidado materno en este caso se caracteriza por la inestabilidad y la inconsistencia (Ainsworth, 1979).

Esta fue la primera clasificación sobre tipos de Apego que se realizó llevado a cabo por Ainsworth (1979). Sin embargo, en la época de los 60 se contempló la existencia de un 10% de la población que no se categorizaba en ninguno de los tres tipos desarrollados por Ainsworth (1979). Este 10% mostraba conductas poco coherentes de vinculación. Se apreciaban comportamientos contradictorios, atemorizados y conflictivos; por lo tanto, este tipo de Apego adquirió el nombre de *desorganizado/desorientado*. Los padres de estos individuos ejercen actitudes que causan sentimientos de ansiedad y miedo en los hijos; siendo los padres la principal causa de estrés y de temor para éstos (Lecannelier et al., 2011).

Este modelo considera que las primeras experiencias de la vida son una base para el desarrollo posterior, por lo que se podría decir que la psicopatología se ve influida por el Apego. La experiencia temprana puede contribuir tanto al bienestar psicológico como a la patología posterior (Egeland y Carlson, 2004). Distintos autores afirman que es necesario un Apego seguro para una correcta salud mental (Erel, Oberman y Yirmiya, 2000; Kerns et al., 2000). En otras palabras, la teoría del Apego sostiene la perspectiva sistémica, la cual afirma que las relaciones y variables familiares determinan el desarrollo de los hijos, así como la psicopatología (Dávila, 2015).

En cuanto a los trastornos de la alimentación, se han relacionado con diferentes estilos de Apego. Un estudio (Vega, Sánchez y Roitman, 2011) analizó a 83 mujeres de 12 a 18, de las cuales 30 presentaban TCA y 53 se encontraban en el grupo control. Tras analizar los diferentes estilos de Apego en ambos grupos concluyeron que el grupo experimental mostraba mayores niveles de Apego evitativo mientras que en el grupo control se apreciaba el apego seguro. Además, afirmaron la existencia de un vínculo conflictivo entre madre e hija en pacientes con AN y BN. En una revisión de Tasca y Balfour (2014) infirieron que el Apego es un factor transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, destacando el tipo inseguro como factor de riesgo. Asimismo, Dakanalis et al. (2015) argumentaron que tanto el ansioso como el evitativo fomentan el desarrollo de actitudes perfeccionistas, las cuales se relacionan directamente con los TCA. Lo mismo afirma un estudio llevado a cabo por Tereno et al. (2008) con una gran muestra; constituida, por un lado, por el grupo experimental compuesto por 430 pacientes con AN y 427 con BN y, por otro lado, el grupo control con 435 participantes. Este último mostraba menores niveles de ansiedad por separación y de evitación. Además, también se estudiaron los estilos de Apego de los padres los cuales presentaron tendencias más ansiosas y/o evitativas que en el grupo control. Por otro lado, estudios como el de Grenon et al. (2016) mostraron que un peor vínculo

materno/paterno puede desencadenar en Apego ansioso que, a su vez, puede generar una mayor insatisfacción corporal y, por ende, ser más propenso/a desarrollar un TCA.

Por lo tanto, tras analizar diferentes investigaciones acerca de los Apegos más prevalentes en las personas con TCA se podría concluir que principalmente son individuos con Apego inseguro. Más concretamente, se podría decir que la AN se relaciona con el Apego ansioso y la BN con el evitativo, pero es necesaria más investigación para confirmar la presente conclusión.

Factores de riesgo: Sobreprotección

Las experiencias vividas en la infancia y la relación con las figuras de cuidado y protección son factores que acompañan al ser humano durante su desarrollo y a lo largo de su vida (Reinoso, 2013). Aquí entra en juego el término “construcción social” puesto que, durante la etapa de la infancia, es decir, la etapa de desarrollo; los humanos van adquiriendo habilidades y desarrollando sus capacidades (Torres y Figueroa, 2014).

Actualmente, existe una tendencia a proteger, por parte de los padres, de forma excesiva a los niños. Se concibe a los hijos como débiles e inexpertos y surge una necesidad de protegerlos (Vera y Barzola, 2020). Los padres, en ocasiones, evitan que sus hijos se expongan a determinadas situaciones por sus propios miedos (Reinoso, 2013). Esto se denomina *Sobreprotección*, definida como un exceso en el cuidado de los hijos. Es un término relativamente nuevo que se deriva de las sociedades actuales en las cuales, los padres, pasan poco tiempo en casa como consecuencia de sus responsabilidades laborales y dónde existen numerosos medios de comunicación que transmiten los grandes peligros de la actualidad (Torres y Figueroa, 2014).

No obstante, proteger en exceso puede acarrear consecuencias negativas en quienes sufren la Sobreprotección de sus cuidadores. Aquellos individuos que en la infancia fueron víctimas de este trato tienen más probabilidades de que, en la adultez, sean personas tímidas, con miedo, se muestren con poca iniciativa y dependientes de los demás, sin recursos para afrontar situaciones complicadas y con una baja tolerancia a la frustración (Reinoso, 2013). Además, puede ir de la mano de problemas de socialización con los pares (Torres y Figueroa, 2014).

En definitiva, la Sobreprotección parental puede derivar en problemas a la hora de desarrollar habilidades, capacidades y destrezas (Reinoso, 2013). Cuando los padres sobreprotegen, privan a sus hijos de desarrollar competencias para la resolución de conflictos. Además, los niños sobreprotegidos suelen mostrar problemas de comportamiento en la escuela con el fin de llamar la atención y ser “mimados” al igual que lo son en sus casas (Vera y Barzola, 2020).

El estilo de crianza impartido por los padres tiene un factor determinante en el desarrollo de psicopatología en los hijos. Abundantes estudios sostienen la relación entre TCA y Sobreprotección (Fernández et al., 2016; Serrano et al., 2015; Taborelli et al., 2013; Tetley et al., 2014)

Un estudio llevado a cabo por Serrano et al. (2015) compuesto por una muestra clínica de 196 pacientes diagnosticados con TCA y 127 sujetos en el grupo control. Todos completaron un cuestionario sobre los recuerdos de su crianza junto con una encuesta sobre variables familiares. Concluyeron que los pacientes percibían una mayor Sobreprotección que el grupo control. Además, relacionaron el control excesivo materno con menores niveles de autoestima y mayores niveles de perfeccionismo, ambas variables están directamente

relacionadas con el TCA. Taborelli et al., (2013) buscaban conocer si la Sobreprotección es un factor de riesgo para la AN y la BN; los hallazgos sugirieron la existencia de una asociación entre el cuidado sobreprotector y la AN, a diferencia de la BN pues no se relacionó con el cuidado y control excesivo.

Asimismo, una revisión sistemática analizó los vínculos parentales en personas con TCA. Revisaron 24 estudios en los cuales se comparaba a personas diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación con población no clínica. La muestra clínica informaba tanto de un menor cuidado parental como una mayor Sobreprotección en comparación con los controles no clínicos (Tetley et al., 2014).

Además, la Sobreprotección juega un importante papel en la actitud hacia el cambio en pacientes con TCA en proceso de recuperación. Evaluaron a un total de 166 pacientes diagnosticados de BN, AN y TCA no especificado aplicándoles una serie de cuestionarios tras un año de tratamiento. Concluyeron que la Sobreprotección posee un papel importante en el trastorno ya que fomenta que las pacientes se mantengan en la fase de “precontemplación” durante el tratamiento de forma excesivamente prolongada (Fernández et al., 2016).

Factores de riesgo: Antecedentes Familiares y Personales de TCA

A lo largo de la introducción se ha reflejado la existencia de evidencia que relaciona disfunción familiar y TCA. Además de las líneas de investigación realizadas acerca de variables familiares asociadas a los trastornos alimentarios previamente mencionados, también se ha estudiado la existencia de un patrón de transmisión generacional. Un estudio llevado a cabo por Moorhead et al. (2003) encontró una clara asociación entre pacientes con TCA y Antecedentes Familiares de dicho trastorno tanto en padres/madres como en hermanos/as. Asimismo, León y Aizpuru de la Portilla (2010) concluyeron que el 40% de los

participantes de su estudio, quienes todos sufrían de trastornos de la alimentación, refirió tener familiares con TCA. Asimismo, tener amigos y/o familiares con conductas anoréxicas y/o bulímicas puede generar conductas de imitación y, por ende, actuar como factor de riesgo (Monterrosa, Ruiz y Cuesta 2012).

Además, los Antecedentes Personales de un trastorno alimentario también suele considerarse un factor predictivo en los TCA. Concretamente, Barnes y Caltabiano (2017) lo clasificaron como el factor predictivo más importante de la ON, por encima de la preocupación por el peso y la orientación hacia la apariencia. En una muestra de mujeres con AN, que muchas también tenían ON comórbida, respectivamente, se determinaron los antecedentes personales de TCA como factor de riesgo para el desarrollo de AN y ON. (Gramaglia et al., 2017). En esta línea, Zamora et al. (2002) concluyeron que los pacientes con TCA presentaban significativamente más Antecedentes de desórdenes alimenticios que aquellos sin TCA. Además, las madres y padres de la población clínica diagnosticada presentaban mayores pensamientos sobre la preocupación por el físico.

Un estudio mostró que no existen diferencias en la variable de Antecedentes de TCA en la BN y la AN (Hilbert et al., 2014). Por lo tanto, cabe esperar que también actúe como factor de riesgo en la ON.

ON y Variables Familiares

Al igual que las patologías se han visto transformadas en las últimas décadas, las formas de relación familiar también han sufrido alteraciones, considerando más relevantes aspectos como la Cohesión y Sobreprotección, entre otros. Las familias están compuestas por procesos complejos, que a su vez son complementarios y se influyen mutuamente en un proceso circular. No es posible definir una modalidad de relación familiar única y específica de todas y cada una de las familias con un miembro con TCA. Sin embargo, sí que existen

estudios que muestran grandes aproximaciones a relaciones familiares que, por un lado, provocan y/o prevén y, por otro lado, mantienen y/o eliminan la patología (Onnis et al., 2013).

En definitiva, las relaciones familiares disfuncionales han mostrado ser un factor de riesgo a la hora de que un miembro desarrolle cualquier psicopatología. Existen diversas variables relacionadas con la Disfuncionalidad Familiar y con el TCA. Concretamente se destacan el funcionamiento familiar aglutinado o rígido, la Sobreprotección (Jacobi et al., 2004), las altas expectativas y demandas parentales (Pike et al., 2008). Sin embargo, la ON es un tipo de TCA un tanto nuevo pero cada vez más presente, se considera que las variables familiares mencionadas pueden ser determinantes en el desarrollo de la misma. Es decir; al igual que en el TCA se han visto factores de riesgo asociados a la familia, en ON, que es un tipo de TCA, se sospecha que pueda ocurrir lo mismo.

La Ortorexia se asocia al perfeccionismo; normalmente, las personas con ON tienden a adherirse a objetivos “perfectos” en cuanto a comportamientos de salud. Roncero et al. (2021) detallaron una relación entre el perfeccionismo y la sintomatología de la ON, considerando una excesiva preocupación por la comida y por tener conductas alimentarias desordenadas. Además, Barnes y Caltabiano (2017) encontraron correlaciones positivas entre todas las dimensiones del perfeccionismo, Antecedentes de TCA y la ON. Esta relación no es sorprendente puesto que las conductas perfeccionistas se centran en controlar el entorno mientras que la ON puede definirse como un intento de control de la nutrición y la propia vida (Miley et al., 2022). La literatura existente acerca de esta variable personal proporciona evidencias acerca de sus múltiples causas. Flett et al., (2002) establecieron un modelo transaccional integrando diferentes teorías sobre las causas del perfeccionismo. Propusieron que este está causado por no solo factores internos sino también factores externos; es decir, se

genera a partir de la interacción del individuo con el ambiente, haciendo especial énfasis en el papel de la familia. Se considera relevante el dato de que el perfeccionismo se asocia con la familia. Además, es una variable presente en las personalidades de las pacientes con TCA; especialmente en AN y ON. El perfeccionismo, generalmente se asocia a la adaptabilidad (Fong y Yuen, 2009, Shaunessy et al., 2011).; definida por Olson y Gorall (2006) como la capacidad de las familias para enfrentarse a situaciones de estrés y su afrontamiento para salir de estas.

En la revisión sistemática llevada a cabo por García- Fernández et al., (2016) se concluyó que la mayoría de las investigaciones relacionan el perfeccionismo a las experiencias vividas en el entorno familiar. Analizaron los resultados de 59 estudios mediante los cuales establecieron las principales relaciones entre el perfeccionismo y las variables familiares. Además, es importante mencionar que la ON presenta rasgos de personalidad obsesivo-fóbica (Chaki, Pal y Banduipadhyay, 2013).

Objetivos e hipótesis

El presente estudio tiene como **objetivo general** estudiar la relación entre diferentes variables familiares y la sintomatología de Ortorexia. Asimismo, también se presentan diferentes **objetivos específicos**; son los siguientes:

1. Analizar la relación entre la ON y la Disfuncionalidad Familiar (cohesión y adaptabilidad)
2. Conocer el Estilo de Apego más asociado a la ON
3. Examinar si la Sobreprotección se relaciona con la sintomatología de ON

4. Analizar el papel de Antecedentes Familiares de TCA en el desarrollo de la ON
5. Analizar el papel de los Antecedentes Personales de TCA en el desarrollo de la ON
6. Examinar, tanto las similitudes como las diferencias, entre la ON y los diferentes TCA como la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa

De esta forma, teniendo en cuenta los objetivos presentados y la literatura analizada se contemplan diferentes **hipótesis**:

- 1.1 Se espera encontrar una alta cohesión familiar en personas con ON.
- 1.2. Se espera encontrar bajos niveles de adaptabilidad familiar en personas con ON.
- 2.1 Se espera encontrar Apegos inseguros, especialmente ansioso, en sujetos con ON.
- 3.1 Se espera encontrar una mayor Sobreprotección parental en personas con ON.
- 4.1 Se espera que aquellas personas con ON tengan más Antecedentes Familiares de TCA.
- 4.2. Se espera que aquellas personas con Antecedentes Familiares de TCA tengan una mayor sintomatología de ON.
- 5.1. Se espera que aquellas personas con ON tengan más Antecedentes Personales de TCA.
- 5.2. Se espera que aquellas personas con Antecedentes Personales de TCA tengan una mayor sintomatología de ON.

Método

Diseño

Se trata de un estudio observacional ex post facto retrospectivo/de cohortes. El objetivo de estos estudios es extraer conclusiones sobre los factores pronósticos de un determinado factor de riesgo o patología, a partir la comparación de distintos sujetos con diferente nivel de exposición a dicho factor. En este caso concreto se busca estudiar la influencia de las variables familiares en el desarrollo de una ON (variable dependiente). Para ello se evaluaron las variables independientes: Disfuncionalidad Familiar, Apego, Sobreprotección y Antecedentes Familiares y Personales de TCA.

Participantes

En la Tabla 1 aparece el resumen de los datos demográficos de los participantes del estudio. Participaron un total de 202 personas, en su mayoría mujeres (78,7% Mujeres) y de procedencia española (94,6%). Las edades estaban comprendidas entre los 18-64 años. La media de edad fue de 31,4 (DT=13,9). En cuanto a personas sin ON, la media fue de 32,2 años (DT=14,4) mientras que, aquellas con presencia de ON presentaban una edad media de 27,8 años (DT=10,5).

El nivel de estudios de la mayoría de los sujetos fueron estudios universitarios (40,6) seguido de máster, bachillerato, formación profesional y primaria; en ese orden.

La situación laboral de los participantes era distinta, un tercio era estudiante y el otro tercio estaba trabajando, el resto tenían otras situaciones diversas. La mayoría de los participantes refirió ser estudiante español con padres juntos y conviviendo con estos.

En cuanto a la constitución familiar, la mayoría, un 73,3%, refirió convivir con ambos padres.

Los participantes fueron totalmente anónimos, teniendo como criterios de inclusión ser mayores de edad (mayores de 18 años) y aceptar que sus datos anónimos serían recogidos y utilizados únicamente con el fin de esta investigación.

Tabla 1.

Descripción de las variables sociodemográficas para la muestra general

Variable	Todos (N=202) N (%)
Sexo:	
<i>Hombre</i>	43 (21,3%)
<i>Mujer</i>	159 (78,7%)
Nivel de estudios:	
<i>Universidad</i>	82 (40,6%)
<i>Formación Profesional</i>	24 (11,9%)
<i>Bachillerato</i>	33 (16,3%)
<i>Máster</i>	60 (29,7%)
<i>Primaria</i>	3 (1,49%)
Situación laboral:	
<i>Estudiante</i>	67 (33,2%)
<i>Empleado</i>	62 (30,7%)
<i>Estudiante y empleado</i>	42 (20,8%)
<i>Tareas del hogar</i>	6 (2,97%)
<i>Autónomo</i>	16 (7,92%)
<i>Otro</i>	9 (4,46%)
País:	
<i>España</i>	191 (94,6%)
<i>Otro</i>	11 (5,45%)
Constitución familiar:	
<i>Convivencia con padres</i>	148 (73,3%)
<i>Padres divorciados</i>	27 (13,4%)
<i>Familia monoparental</i>	10 (4,95%)
<i>Padres separados</i>	15 (7,43%)
<i>Familia reconstituida</i>	2 (0,99%)

Procedimiento

El primer paso, antes de llevar a cabo el presente estudio empírico, se procedió a solicitar la aprobación al Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas. Una vez se obtuvo, se llevó a cabo la elaboración del cuestionario a través de Formularios Google. Se

realizaron preguntas sociodemográficas junto con preguntas concretas para conocer los Antecedentes Familiares de TCA de los participantes. Además, se incluyeron 3 cuestionarios para evaluar las variables del estudio (ORTHO-11, CaMir-R, FACES-III). Cabe mencionar que el formulario comienza presentando la información que este recoge, el objetivo de estudio y un acuerdo con el consentimiento informado. Se expuso el carácter anónimo, la confidencialidad y la voluntariedad de participar en la investigación. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico incidental distribuyendo el cuestionario por medio de redes sociales. La duración fue ilimitada, estimando que aproximadamente se completaría en 15 minutos. Una vez finalizado el proceso de recogida de información se llevó a cabo el análisis estadístico con el programa SPSS.

Variables del estudio

Las variables de estudio junto con sus instrumentos de medida se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Tabla de variables del estudio e instrumentos de medida

Variable	Instrumento
Disfuncionalidad Familiar (Adaptabilidad y Cohesión)	FACES-III
Estilo de Apego	CaMir-R (Seguridad; Preocupación familiar; Valor de autoridad de los padres; Permisividad parental; Autosuficiencia y rencor contra los padres; Traumatismo infantil)
Sobreprotección	CaMir-R (Interferencia de los padres)
Antecedentes Familiares de TCA	¿Tienes/has tenido familiares con TCA?
Antecedentes Personales de TCA	¿Tienes/has tenido algún tipo de TCA?

Nota: TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; FACES: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale.

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos para evaluar las variables del presente estudio en los participantes, a través de un Formulario de Google:

- **FACES-III** (*Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar*; Olson, Portner y Lavee, 1985; adaptado al castellano y validado en población española por Polaino-Lorente, A. y Martínez, P., 1995). El presente instrumento está formado por 20 ítems que se puntúan en una escala de Likert de 5 puntos, siendo 1-Nunca y 5-Casi siempre. El objetivo del cuestionario es evaluar las escalas de Cohesión y Adaptabilidad familiar. En el presente estudio los valores de Consistencia Interna estimados mediante el Alpha de Cronbach para las escalas del FACES-III fueron: Cohesión (0,772) y Adaptabilidad (0,804). Todos los valores fueron aceptables para los propósitos de este trabajo.
- **CaMir-R** (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011). Mide las representaciones de Apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de edad adulta. Consta de 32 ítems, divididos en 7 dimensiones, que el participante debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Las dimensiones de Apego permiten conocer las características de las representaciones de Apego, además algunas de estas dimensiones permiten estimar el estilo de Apego de la persona. Para este estudio los valores de Consistencia Interna estimados mediante el Alpha de Cronbach para las escalas del CaMir-R son: Escala Total (0,669), Seguridad (0,936), Preocupación (0,803), Interferencia (0,705), Valor (0,750), Permisividad (0,590), Autosuficiencia (0,697) y Trauma (0,890). La mayoría son valores aceptables siendo

más fiable la escala de Seguridad, mientras que las escalas de Permisividad, Autosuficiencia y la total presenta peores indicadores de fiabilidad.

- **ORTHO-11** (Parra Fernández, 2019). Es el mejor modelo de adaptación del cuestionario original ORTHO-15 al español, una de las herramientas más utilizadas en este ámbito (Cena et al., 2019). Se trata de una medida de autoinforme que consta de 11 ítems con respuestas de opción múltiple y basada en una escala de Likert de 4 puntos (siempre, a menudo, a veces, nunca) para medir tres factores subyacentes relacionados con la conducta alimentaria: aspectos cognitivos racionales (1, 4, 5 y 11), clínicos (2, 3 y 6) y emocionales (7, 8, 9 y 10). Cuanto menor es la puntuación, mayor es la indicación de la conducta o actitudes relacionadas con la Ortorexia. Aquellas puntuaciones por debajo de la puntuación de corte de 25 indican un comportamiento relacionado con ON. Para la subescala Cognitivo-Racional se obtuvo un Alpha de Cronbach = 0,646; para la subescala Clínica se obtuvo un Alpha de Cronbach = 0,695; para la subescala Emocional se obtuvo un Alpha de Cronbach = 0,725. Siendo estos valores comparables con los obtenidos en el estudio de validación original. Para los análisis posteriores se tuvo en cuenta la codificación de los ítems propuesta por los autores dado que se considera que responde a una cuestión de validez de constructo (ej. Responder Nunca o Siempre a la pregunta “¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?” resulta indicativo de ON, por lo que se codifican mediante 1 y 2 respectivamente a pesar de resultar opuestos en la escala Likert habitual). Se comprobó que las diferentes codificaciones de los ítems modificaron los valores de las subescalas, pero no la puntuación total del ORTHO-11.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se evaluó la distribución de normalidad de la muestra por medio de la prueba estadística de *Kolmogorov-Smirnov*; las variables no se distribuyeron de forma normal.

Sin embargo, en las pruebas posteriores sí que se cumplió el supuesto de igualdad de varianzas (homocedasticidad) para los grupos de interés.

Aunque el supuesto de normalidad no se cumple, se decide usar el estadístico *T de Student* porque es robusto frente al incumplimiento del supuesto de normalidad siempre y cuando se cumpla el supuesto de homocedasticidad o igualdad de varianzas (como lo es en este caso para todas las pruebas T de Student). Especialmente cuando se tratan de muestras grandes, entendiendo grandes por muestras superiores a 25 sujetos (Montilla y Kromrey, 2010).

Se realizó un Análisis de Consistencia Interna para estimar la fiabilidad de las puntuaciones de las pruebas empleadas.

Se emplearon pruebas de diferencias de medias para muestras independientes para evaluar la existencia de diferencias en las variables de Apego medidas mediante el CaMir-R en función de la presencia o no de ON. También se emplearon pruebas de diferencia de medias para explorar si existen diferencias en Cohesión y Adaptabilidad respectivamente en función de la presencia/ausencia de ON.

Se realizaron pruebas Chi-cuadrado de independencia adicionales para estudiar el grado de solapamiento entre la presencia de ON y: las variables categóricas de Apego (dicotómica: seguro/inseguro; politómica: seguro, inseguro preocupado, inseguro evitativo), codificadas de acuerdo a (Lacasa y Muela, 2014), las variables categóricas de cohesión familiar (“No relacionada”, “Semirelacionada”, “Relacionada”, “Aglutinada”) y adaptabilidad familiar (“Rígida”, “Estructurada”, “Flexible”, “Caótica”) respectivamente, codificadas de acuerdo a la escala FACES-III (Olson, Porter y Lavee, 1985). Exceptuado los casos en que la frecuencia esperada fue menor de 5 y superaba al 20% del total, en este caso se utilizó la prueba exacta de *Fisher*. Asimismo, se aplicaron residuos tipificados y tamaños del efecto a través de la D de Cohen para interpretar con una mayor exactitud la relación

entre las variables. Los valores de la *d* de Cohen se interpretaron de acuerdo a los siguientes parámetros: pequeño ($d > 0.20$), moderado ($d > 0.50$) o grande ($d > 0.80$) (Cohen, 1988).

Se estudió más en profundidad las características de personas con ON mediante los tipos de técnicas estadísticas mencionadas. Para todas las pruebas, se comprobó previamente el cumplimiento de los supuestos estadísticos. Todos los análisis se llevaron a cabo en SPSS Statistics versión 27.

Resultados

Perfil sociodemográfico de las personas con ON

En la Tabla 3 se encuentra una comparación entre las variables sociodemográficas recogidas comparando aquellas personas que cumplen criterios de ON (>25pto.) y las que no. Se utilizaron los estadísticos de contraste Chi-Cuadrado y F de Fisher cuando correspondía y no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 3.

Descripción de las variables sociodemográficas en función de la agrupación por ON.

	No ON (N=163)	ON (N=39)		
Variables	N (%)	N (%)	EC	p
Sexo:			0,092 ^a	0,761
<i>Hombre</i>	34 (20,9%)	9 (23,1%)		
<i>Mujer</i>	129 (79,1%)	30 (76,9%)		
Nivel de estudios:			3,326 ^c	0,477
<i>Universidad</i>	68 (41,7%)	14 (35,9%)		
<i>Formación Profesional</i>	18 (11,0%)	6 (15,4%)		
<i>Bachillerato</i>	29 (17,8%)	4 (10,3%)		
<i>Máster</i>	45 (27,6%)	15 (38,5%)		
<i>Primaria</i>	3 (1,84%)	0 (0,00%)		
Situación laboral:			6,659 ^c	0,215
<i>Estudiante</i>	52 (31,9%)	15 (38,5%)		
<i>Empleado</i>	55 (33,7%)	7 (17,9%)		

<i>Estudiante y empleado</i>	31 (19,0%)	11 (28,2%)		
<i>Tareas del hogar</i>	6 (3,68%)	0 (0,00%)		
<i>Autónomo</i>	13 (7,98%)	3 (7,69%)		
<i>Otro</i>	6 (3,68%)	3 (7,69%)		
País:			1,860 ^c	0,229
<i>España</i>	156 (95,7%)	35 (89,7%)		
<i>Otro</i>	7 (4,29%)	4 (10,3%)		
Constitución familiar:			8,508 ^c	0,054
<i>Convivencia con padres</i>	123 (75,5%)	25 (64,1%)		
<i>Padres divorciados</i>	19 (11,7%)	8 (20,5%)		
<i>Familia monoparental</i>	10 (6,13%)	0 (0,00%)		
<i>Padres separados</i>	9 (5,52%)	6 (15,4%)		
<i>Familia reconstituida</i>	2 (1,23%)	0 (0,00%)		
Convivencia actual con padres:			1,343 ^a	0,247
<i>Sí</i>	71 (43,6%)	21 (53,8%)		
<i>No</i>	92 (56,4%)	18 (46,2%)		

Nota: EC: Estadístico de contraste; ON: Ortorexia Nerviosa

^a El Estadístico de contraste es Chi-cuadrado.

^b El Estadístico de contraste es F de la prueba exacta de Fisher.

*p<0,05; **p<0,01

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en función de la presencia/ausencia de ON en la edad ($T = 2,179$; $p = 0,032$; $d = 0,321$). Siendo las personas con ON más jóvenes en promedio. En este caso, el tamaño del efecto es pequeño ($d=0,321$) (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Diferencia de medias de la variable edad para los grupos de ON.

	N	Media	DT	T	p	d	IC 95%
No-ON	163	32,22	14,446	2,179	0,032*	0,321	(-0,030; 0,671)
ON	39	27,79	10,536				

Nota: N: tamaño muestral, DT: Desviación Estándar, T: T de Student; d:D de Cohen; p: Nivel de significación; IC: Intervalo de confianza.

*p<0,05; **p<0,01

Relación entre ON y Disfuncionalidad Familiar en términos de Cohesión y Adaptabilidad

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre personas con y sin ON en las escalas FACES-III Total (T = 0,902; p = 0,368), la escala de Cohesión (T = 0,914; p = 0,362) y la escala de Adaptabilidad (T = 0,771; p = 0,442). Para todos estos análisis se cumplió el supuesto de homocedasticidad comprobado mediante la Prueba de Levene (p > 0,05 para las tres escalas). Los resultados se pueden comprobar en la Tabla 5.

Tabla 5.

Diferencia de medias en las escalas del FACES-III en función de los grupos de ON

ON		N	Media	DT	T	p	d	IC 95%
Cohesión	No-ON	163	33,97	5,974	0,914	0,362	0,163	(-0,187; 0,512)
	ON	39	33,00	5,844				
Adaptabilidad	No-ON	163	30,72	6,106	0,771	0,442	0,137	(-0,212; 0,487)
	ON	39	29,85	7,268				
FACES Total	No-ON	163	64,69	11,208	0,902	0,368	0,161	(-0,189; 0,510)
	ON	39	62,85	12,455				

Nota: N: tamaño muestral; DT: Desviación Estándar; T: T de Student; d: D de Cohen; p: Nivel de significación; IC: Intervalo de confianza; ON: Ortorexia Nerviosa.

*p<0,05; **p<0,01

Cohesión

Asimismo, y, tal como se muestra en la Tabla 6, tampoco se halló una relación de dependencia estadísticamente significativa entre la presencia/ausencia de ON y las categorías de Cohesión (Chi-cuadrado = 2,472; p = 0,480).

Tabla 6.

Tabla cruzada entre los tipos de Cohesión Familiar y los grupos de ON

	ON	Total
--	----	-------

		No ON (N=163)	ON (N=39)	(N=202)	
Cohesión		N	80	23	103
	No relacionada	%	49,1%	59,0%	51,0%
		Residuo corregido	-1,1	1,1	
		N	62	14	76
	Semirelacionada	%	38,0%	35,9%	37,6%
		Residuo corregido	,2	-,2	
		N	18	2	20
	Relacionada	%	11,0%	5,1%	9,9%
		Residuo corregido	1,1	-1,1	
		N	3	0	3
	Aglutinada	%	1,8%	0,0%	1,5%
		Residuo corregido	,9	-,9	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

Adaptabilidad

Del mismo modo, y, como era de esperar de acuerdo a los resultados anteriores, tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre los grupos de ON y las categorías de adaptabilidad (Chi-cuadrado = 2,181; p = 0,536). Los datos se pueden consultar en la Tabla 7.

Tabla 7.

Tabla cruzada entre los tipos de Adaptabilidad Familiar y los grupos de ON.

		ON		Total (N=202)	
		No ON (N=163)	ON (N=39)		
Adaptabilidad		N	8	3	11
	Rígida	%	4,9%	7,7%	5,4%
		Residuo corregido	-,7	,7	
		N	18	6	24
	Estructurada	%	11,0%	15,4%	11,9%
		Residuo corregido	-,8	,8	
		N	25	8	33
	Flexible	%	15,3%	20,5%	16,3%

	Residuo corregido	-,8	,8	
	N	112	22	134
Caótica	%	68,7%	56,4%	66,3%
	Residuo corregido	1,5	-1,5	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

Relación entre ON y Apego

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Preocupación ($T = -2,786$; $p = 0,006$; $d = -0,497$), Interferencia ($T = -3,493$; $p < 0,001$; $d = -0,623$), Autosuficiencia ($T = -3,926$; $p < 0,001$; $d = -0,700$) y Trauma ($T = -2,217$; $p = 0,028$; $d = -0,395$), puntuando siempre más alto en promedio las personas con ON. El tamaño del efecto es moderado en las escalas de Interferencia ($d = -0,623$) y Autosuficiencia ($d = -0,700$), y es menor en las escalas de Preocupación ($d = -0,497$) y Trauma ($d = -0,395$). No se encontraron más diferencias estadísticamente significativas en el resto de las escalas del CaMir-R (ver Tabla 8). Para todos estos análisis se cumplió el supuesto de homocedasticidad comprobado mediante la prueba de Levene ($p > 0,05$ para todos los análisis) (Ver Tabla 8).

Tabla 8.

Diferencia de medias en las escalas del CamMi-R en función de los grupos de ON

		N	Media	DT	T	p	d	IC 95%
Seguridad	No-ON	163	45,64	17,03	1,740	0,083	0,310	(-0,041; 0,660)
	ON	39	40,30	17,93				
Preocupación	No-ON	163	43,79	12,47	2,786	0,006**	-0,497	(-0,849; -0,143)
	ON	39	49,87	11,21				
Interferencia	No-ON	163	46,37	13,36	3,493	0,001**	-0,623	(-0,976; -0,267)
	ON	39	54,88	14,91				
Valor	No-ON	163	46,23	11,76	0,028	0,978	0,005	(-0,344; 0,354)
	ON	39	46,17	12,75				
Permisividad	No-ON	163	56,04	12,06	0,420	0,675	-0,075	(-0,424; 0,275)
	ON	39	56,92	10,55				
Autosuficiencia	No-ON	163	51,72	10,84	3,926	0,000**	-0,700	(-1,055; -0,343)
	ON	39	59,42	11,63				

Trauma	No-ON	163	55,98	16,98	2,217	0,028**	-0,395	(-0,746; -0,043)
	ON	39	62,81	18,55				

Nota: N: tamaño muestral; DT: Desviación Estándar; T: T de Student; d: D de Cohen; p: Nivel de significación; IC: Intervalo de confianza; ON: Ortorexia Nerviosa

*p<0,05; **p<0,01

No se encontró ninguna relación de dependencia estadísticamente significativa entre la presencia/ausencia de ON y el estilo de Apego dicotómico Seguro/Inseguro (Chi-cuadrado = 0,351; p = 0,554) de acuerdo a la codificación establecida mediante el CaMir-R (ver Tabla 8). También se estableció una relación de independencia al emplear la variable de tipo de Apego Seguro/Inseguro-Preocupado/Inseguro-Evitativo (Chi-cuadrado = 0,559; p = 0,756) como se puede comprobar en las Tablas 9 y 10.

Tabla 9.

Tabla cruzada entre tipo de Apego (Seguro/Inseguro) y ON

		ON		Total (N=202)	
		No ON (N=163)	ON (N=39)		
Apego	Inseguro	N	75	20	95
		%	46,0%	51,3%	47,0%
		Residuo corregido	-,6	,6	
	Seguro	N	88	19	107
		%	54,0%	48,7%	53,0%
		Residuo corregido	,6	-,6	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

Tabla 10.

Tabla cruzada entre tres tipos de Apego y ON

		ON		Total (N=202)
		No ON (N=163)	ON (N=39)	
Apego Seguro	N	88	19	107

	%	54,0%	48,7%	53,0%
	Residuo corregido	,6	-,6	
Inseguro Preocupado	N	26	8	34
	%	16,0%	20,5%	16,8%
	Residuo corregido	-,7	,7	
Inseguro evitativo	N	49	12	61
	%	30,1%	30,8%	30,2%
	Residuo corregido	-,1	,1	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

Relación entre ON y Sobreprotección Parental

La escala 3 del test CaMir-R, denominada “Interferencia de los padres” evalúa el recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia (Balluerka et al., 2011). Tras el análisis, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Interferencia ($T = -3,493$; $p < 0,001$) puntuando más alto en promedio las personas con ON. La magnitud del efecto en la comparación de medias de la escala Interferencia ($d = -0,623$) es moderada. Véase en la Tabla 8.

Relación entre ON y Antecedentes Familiares de TCA

Un total de 36 participantes (17,8%) refirió tener familiares con algún Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), siendo el caso más común presentar un Tío/tía (5,9%) seguido de madre (2%), hermano/a mayor o menor (1,5%) y primo/a (1%). Incluso un 8,5% de los participantes refirieron tener más de un familiar con TCA, aunque el 81,7% de la muestra no contestó esta pregunta.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de ON y la presencia de Antecedentes Familiares de TCA ($\text{Chi-cuadrado} = 0,911$, $p = 0,340$), para más información consultar Tabla 11.

Tabla 11.

Tabla cruzada entre presencia referida de Antecedentes Familiares de TCA y ON

				ON		Total
				No ON	ON (N=39)	(N=202)
				(N=163)		
Antecedentes familiares de TCA	Sí	N		27	9	36
		%		16,6%	23,1%	17,8%
		Residuo corregido		-1,0	1,0	
	No	N		136	30	166
	%		83,4%	76,9%	82,2%	
	Residuo corregido		1,0	-1,0		

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

En lo que a las diferencias de medias en las escalas de la ORTHO-11 en función de los Antecedentes Personales de TCA, se refiere, no son significativas (Tabla 12).

Tabla 12.

Diferencia de medias en las escalas de la ORTHO-11 en función de los Antecedentes Familiares de TCA

Antecedentes Familiares	N	Media	DT	T	p	d	IC 95%
Cognitivo racional	Sí	36	10,33	2,473	1,123	0,263	(-0,567; 0,155)
	No	166	10,83	2,364			
Clínico	Sí	36	9,61	2,220	1,522	0,130	(-0,641; 0,082)
	No	166	10,15	1,861			
Aspectos emocionales	Sí	36	9,00	2,918	0,899	0,370	(-0,526; 0,196)
	No	166	9,46	2,738			
ORTHO total	Sí	36	28,94	6,516	1,388	0,167	(-0,616; 0,106)
	No	166	30,43	5,680			

Nota: N: tamaño muestral; DT: Desviación Estándar; T: T de Student; d: D de Cohen; p: Nivel de significación; IC: Intervalo de confianza;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Sí se encontró una relación de dependencia estadísticamente significativa entre la presencia de Antecedentes Familiares de TCA y la presencia reportada por los participantes de TCA en ellos mismos (Chi-cuadrado = 6,602; $p = 0,010$; ver Tabla 12.

A continuación, se aplicaron los residuos corregidos utilizando un nivel de confianza de 0,95, y como valor de referencia 1,96 para determinar diferencias significativas. Gracias a los residuos tipificados corregidos podemos interpretar con precisión que aquellos individuos con Antecedentes Familiares de TCA presenta mayores niveles de presencia actual o pasada de TCA (2,6) y lo mismo a la inversa; aquellos sujetos que no muestran Antecedentes Familiares de TCA tendrán menos niveles de presencia actual o pasada de TCA (2,6). Véase en la Tabla 13. Esto quiere decir que la frecuencia observada es mayor que la esperada.

Tabla 13.

Tabla cruzada entre presencia referida de TCA y Antecedentes Familiares de TCA

		Antecedentes familiares de TCA			
		Sí (N=36)	No (N=166)	Total (N=202)	
Presencia actual o pasada de TCA	Sí	N	12	25	37
		%	33,3%	15,1%	18,3%
		Residuo corregido	2,6**	-2,6**	
	No	N	24	141	165
		%	66,7%	84,9%	81,7%
		Residuo corregido	-2,6**	2,6**	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

** Residuos mayores a $\pm 1,96$

Relación entre ON y Antecedentes Personales de TCA

Sí se encontró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de ON estimada mediante el ORTHO-11 y la presencia referida de TCA (Chi-cuadrado = 40,77, $p < 0,001$), habiendo más casos de los esperados en caso de independencia en la categoría Sí TCA y Sí ON (ver Tabla 12), lo cual es un resultado esperable teniendo en cuenta que la ON es un TCA. Atendiendo a los residuos corregidos (6,4) podemos confirmar un mayor riesgo de desarrollar ON en individuos con presencia actual o pasada de TCA (ver Tabla 14)

Tabla 14.

Tabla cruzada entre Antecedentes Personales de TCA y ON

		ON		Total (N=202)	
		No ON (N=163)	ON (N=39)		
Antecedentes personales de TCA	Sí	N	16	21	37
		%	9,8%	53,8%	18,3%
		Residuo corregido	-6,4	6,4**	
	No	N	147	18	165
		%	90,2%	46,2%	81,7%
		Residuo corregido	6,4**	-6,4	

Nota: N: Tamaño muestral; ON: Ortorexia Nerviosa.

** Residuos mayores a $\pm 1,96$

De aquellos participantes con ON, un 53,8% (21) afirma tener o haber tenido algún tipo de TCA. Las diferencias de medias en las escalas de la ORTHO-11 en función de los Antecedentes Personales de TCA son significativos en todas las variables del ORTHO11 (ver Tabla 15). En cuanto a los tamaños del efecto de las variables que mide el ORTHO-11 y su relación con el TCA, cabe señalar que son moderadas en Cognitivo Racional ($d = -0,739$) y en Aspectos Emocionales ($d = -0,757$) mientras que las variables Clínico ($d = -1,667$) y ORTHO Total ($d = -1,212$) presentan tamaños del efecto elevados.

Tabla 15.

Diferencia de medias en las escalas de la ORTHO-11 en función de los Antecedentes Personales de TCA

Variables ORTHO-11	Antecedentes TCA	N	Media	DT	T	p	d	IC 95%
Cognitivo Racional	Sí	37	9,35	2,595	-4,060	< 0,001**	-0,739	(-1,101; -0,374)
	No	165	11,05	2,227				
Clínico	Sí	37	7,84	2,723	-5,919	< 0,001**	-1,667	(-2,058; -1,273)
	No	165	10,55	1,266				
Aspectos Emocionales	Sí	37	7,73	2,479	-4,161	< 0,001**	-0,757	(-1,120; -1,392)
	No	165	9,75	2,702				
ORTHO Total	Sí	37	24,92	6,529	-5,629	< 0,001**	-1,212	(-1,586; -0,835)
	No	165	31,35	4,995				

Nota: N: tamaño muestral; DT: Desviación Estándar; T: T de Student; d: D de Cohen; p: Nivel de significación; IC: Intervalo de confianza;

*p<0,05; **p<0,01

Discusión

Este estudio se diseñó para evaluar los factores de riesgo de la ON asociados a las variables familiares (Disfuncionalidad Familiar, Apego, Sobreprotección y Antecedentes Familiares y Personales de TCA) que juegan un papel importante en otros tipos de TCA. Tras analizar los resultados se puede decir que la ON es un trastorno nuevo, específico y con características independientes a los TCA más estudiados. Muestra caracteres comunes tanto a la AN como a la BN, por ejemplo, en Antecedentes Personales de TCA y la tendencia a Apegos Inseguros. Por otro lado, la ON se asemeja a la AN en cuanto a la Sobreprotección. Sin embargo, estas similitudes no reflejan una clara asociación en cuanto a factores familiares de riesgo entre ON y otros TCA. Los resultados no muestran que la ON se asocie a dinámicas familiares disfuncionales sino más a características personales.

En cuanto a las **hipótesis 1.1**: “Se espera encontrar una alta cohesión familiar en personas con ON” ha sido nula, es decir, no hay diferencias significativas en cuanto a la cohesión familiar entre la muestra normal y el grupo con ON. Estudios afirman que, los pacientes con algún tipo de TCA sufren disfuncionalidades familiares en términos de cohesión y adaptabilidad (Cunha, Relvas y Soares, 2009). En TCA las familias tienden a la excesiva cohesión, especialmente en trastornos con rasgos anoréxicos (Ruiz Martínez et al., 2013). Sin embargo, en el presente estudio, con los instrumentos de autoevaluación aplicados, esta característica no se presentó en la vida familiar de los pacientes con ON.

La **hipótesis 1.2**: “Se espera encontrar bajos niveles de adaptabilidad familiar en personas con ON”, tampoco se cumple, lo que indica que no hay diferencias significativas en cuanto a la adaptabilidad familiar entre la muestra normal y el grupo con ON. Este resultado se ha considerado llamativo y muy específico de la ON puesto que, la baja adaptabilidad de los miembros de la familia se considera una de las principales características de los TCA en general (Cerniglia et al. 2017; Fiter, 2022). De hecho, desde la terapia sistémica el TCA se considera como una estrategia por parte de la familia para no pasar de una etapa del ciclo vital a otra, una forma de no adaptación (Minuchin y Selvini, 1994).

En lo que se refiere a la tercera **hipótesis 2.1** “Se espera encontrar Apegos inseguros, especialmente ansioso en sujetos con ON”, tampoco se cumple. Sin embargo, es importante destacar que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Preocupación familiar (escala que refiere al Apego ansioso puesto que evalúa la percepción de ansiedad de separación), Autosuficiencia y rencor contra los padres (escala que describe el Apego evitativo, haciendo especial referencia hacia el rechazo a la dependencia y al afecto) y Trauma infantil (personas con recuerdos de violencia y amenazas por parte de las figuras de apego en la infancia; Apego desorganizado). Las puntuaciones significativas parecen indicar

una tendencia a que las personas con ON presenten Apegos inseguros, aunque no queda claro si tienden más hacia lo ansioso, evitativo o incluso desorganizado. La bibliografía afirma que las personas con TCA presentan Apegos inseguros en su mayoría (Dakanalis et al., 2015; Tasca y Balfour, 2014). Se ha demostrado que el Apego actúa como factor de riesgo para cualquier psicopatología (Erel, Oberman y Yirmiya, 2000; Kerns et al., 2000). Estudios confirman que, a nivel general, los TCA muestran tendencias evitativas (Vega, Sánchez y Roitman, 201; Dakanalis et al. 2015). Es de vital importancia destacar este hallazgo pues indica que las personas con ON presentan traumas, ansiedad y/o evitación, lo que indica que sí se relaciona con experiencias tempranas desadaptativas.

La **hipótesis 3.1**, que dice así: “Se espera encontrar una mayor Sobreprotección parental en personas con ON” se cumple. En este caso, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de Interferencia de los padres, que alude a personas que han tenido padres sobreprotectores, controladores y asfixiantes, trasladando al niño/a miedo al abandono y miedo al mundo. En general, la sobreprotección se ha asociado sujetos con TCA, especialmente con AN (Serrano et al., 2015; Taborelli et al., 2013) Además, se ha concluido que genera bajos niveles de autoestima y tendencias al perfeccionismo (Fernández et al., 2016; Tetley et al., 2014), lo cual concuerda con las características de la ON y que actúe como un factor de riesgo para su desarrollo. El estilo de crianza impartido por los padres tiene un factor determinante en el desarrollo de la psicopatología. Abundantes estudios sostienen la relación entre TCA y Sobreprotección (Fernández et al., 2016; Serrano et al., 2015; Taborelli et al., 2013; Tetley et al., 2014)

En lo que a la **hipótesis 4.1** “Se espera que aquellas personas con ON tengan Antecedentes Familiares de TCA” y la **4.2**: “Se espera que aquellas personas con

Antecedentes Familiares de TCA tengan una mayor sintomatología de ON”. han sido ambas nulas. No obstante, en los participantes del estudio con Antecedentes Personales de TCA sí se encontró una relación significativa con Antecedentes Familiares de TCA, como lo indica la bibliografía (Zamora et al., 2002; Moorhead et al., 2003; León y Aizpiru de la Portilla, 2010). Por ello, al considerarse la ON un tipo de TCA, se hubiera esperado que un factor de riesgo asociado sean los Antecedentes Familiares con dicha patología. Sin embargo, la muestra del estudio con ON no se caracteriza por presentar Antecedentes de Familiares de TCA.

Respecto a las últimas **hipótesis 5.1** Se espera que aquellas personas con ON tengan más Antecedentes Personales de TCA y **5.2** “Se espera que aquellas personas con Antecedentes Personales de TCA tengan una mayor sintomatología de ON”, ambas se cumplen; de acuerdo con la literatura que estudia las personas con Antecedentes Personales de TCA tienen mayores probabilidades de sufrirlo (Barnes y Caltabiano, 2017; Gramaglia et al., 2017). Por lo tanto, es congruente que también actúe como factor de riesgo en la ON. De hecho, de aquellos participantes con ON, un 53,8% (21) afirma tener o haber tenido algún tipo de TCA; un porcentaje bastante elevado. Además, Todas las variables sobre la sintomatología de ON que mide el ORTHO-11 demuestran que se establece una clara relación entre Antecedentes Personales y mayor sintomatología de ON. Este resultado se relaciona con la bibliografía encontrada, puesto que, a pesar de que sea necesaria más investigación, hasta la fecha, los Antecedentes Personales de TCA se han considerado el factor más predictivo para el desarrollo de la ON (Barnes y Caltabiano, 2017).

En definitiva, a día de hoy, la ON es un trastorno que necesita más investigación y con el presente estudio se ha tratado de ayudar en ello. La ON es un TCA específico con unas características diferenciadoras de otros tipos de TCA. Este estudio estima que en cuanto a las

variables familiares no parece haber un perfil similar ni al de AN ni BN. En la Tabla 16 se recoge un resumen de la bibliografía encontrada para los TCA anteriormente mencionados y los resultados obtenidos en el presente estudio con ON.

Tabla 16.

Tabla sobre variables familiares encontradas en TCA y conclusiones asociadas en ON.

Variables familiares	TCA (AN y BN)	ON
Disfuncionalidad Familiar	<p>Las familias con problemas en la cohesión y en la adaptación al cambio son más proclives a que sus hijos desarrollen algún tipo de TCA (Cunha, Relvas y Soares, 2009).</p> <p>Un excesivo aglutinamiento se relaciona más con la AN mientras que una menor cohesión va asociada a la BN (Pike et al., 2008; Ruiz Martínez et al., 2013).</p>	<p>No hay literatura en cuanto a la cohesión y adaptabilidad de las familias con un miembro con ON.</p> <p>En el presente estudio no se ha encontrado relación con la cohesión y adaptabilidad en ON.</p>
Estilo de Apego	<p>Las personas con TCA son, en gran medida, individuos con apegos inseguros (Dakanalis et al., 2015; Tasca y Balfour, 2014).</p> <p>Más concretamente, parece que la AN se relaciona con el apego ansioso y la BN con el evitativo, pero es necesaria aún más investigación para confirmar dichas conclusiones (Cunha, Relvas y Soares, 2009; Grenon et al. 2016; Tereno et al., 2008; Vega, Sánchez y Roitman, 2011).</p>	<p>No hay literatura en cuanto al tipo de apego relacionado con ON.</p> <p>En el presente estudio se ha encontrado una diferencia significativa de las siguientes características relacionadas con el apego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una mayor percepción de ansiedad de separación, relacionada con apego ansioso - un mayor rechazo a la dependencia y al afecto, relacionado con apego evitativo, - recuerdos de violencia y amenazas por parte de las figuras de apego en la infancia, relacionado con apego desorganizado - Miedo al abandono y al mundo
Sobreprotección	<p>La sobreprotección se ha asociado a menores niveles de autoestima y tendencias de perfeccionismo, factores relacionados con los TCA; principalmente con la AN</p>	<p>En el presente estudio se ha encontrado que la sobreprotección se relaciona con la ON.</p>

	(Fernández et al., 2016; Serrano et al., 2015; Taborelli et al., 2013; Tetley et al., 2014) y que concuerdan con la ON.	
Antecedentes Familiares de TCA	Los pacientes con antecedentes familiares de TCA muestran mayores probabilidades de sufrir dicho trastorno (León y Aizpuru de la Portilla, 2010; Moorhead et al., 2003; Zamora et al., 2002).	En el presente estudio no hay relación entre antecedentes familiares de TCA y presencia de ON.
Antecedentes Personales de TCA	No procede.	Los antecedentes personales de TCA son considerados como el factor predictivo más importante de la ON (Barnes y Caltabiano, 2017; Gramaglia et al., (2017). En el presente estudio se ha encontrado una clara relación entre Antecedentes Personales de TCA y ON.

Nota: TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; AN; Anorexia Nerviosa; BN: Bulimia Nerviosa

El presente estudio presenta ciertas **limitaciones**:

- a. El bajo tamaño muestral en cuanto a los participantes con ON puede ser un factor que limite las conclusiones que se pueden deducir de este estudio. Además, esto podría interferir en la generalización del estudio; la principal limitación está en el tamaño de la muestra de la población con ON, que es aquella que se quiere estudiar.
- b. La no homogeneidad de la muestra respecto a la variable “género”, siendo un 78,7% mujeres 21,3% hombres
- c. La diferencia significativa en cuanto a la edad en la muestra con ON en comparación con la muestra sin ON puede haber causado diferencias, puesto que no se trata de una muestra homogénea en edad.
- d. La subjetividad y el sesgo de deseabilidad social de la muestra puede ser limitante para los resultados del estudio al haber aplicado instrumentos de carácter retrospectivo.

- e. Las medidas de autoinforme se han compartido a través de redes sociales, lo cual se puede considerar como limitación al carecer de un control por parte del encuestador
- f. Es posible que, al ser la muestra recogida a través de redes sociales, sujetos con ON no hayan querido participar en el estudio por evitación o porque no lo consideren un problema.

Como **futuras líneas de investigación**, en primer lugar, sería conveniente replicar el estudio con una mayor muestra, especialmente de sujetos con ON. En esta línea, quizá sería adecuado acudir a poblaciones clínicas para generar grupos balanceados de presencia/ausencia de ON en el futuro. Además, se considera conveniente utilizar una muestra más homogénea en cuanto al género para generalizar los resultados del estudio. Por otro lado, podría ser interesante estudiar las diferencias en las variables de género puesto que, a pesar de que existan estudios que confirman que el género no es una variable significativa para el desarrollo de la ON (McComb y Mills, 2019) sí que lo es para el desarrollo de otros tipos de TCA (Ruiz y Quiles, 2021). Con el fin de minimizar el sesgo causado por el carácter retrospectivo de los instrumentos de la investigación, los padres, personas allegadas o significativas de los sujetos podrían responder también a los cuestionarios.

Por ello, en cuanto a las **implicaciones clínicas y preventivas**, el estudio presente ha sido un acercamiento a la ON, pues actualmente la bibliografía existente es escasa y se necesita más información para poder prevenirla y tratarla. Además, es importante mencionar que, en la actualidad está presente una gran accesibilidad a alimentos saludables, a nutricionistas, dietas restrictivas y actividades deportivas. En los medios de comunicación y redes sociales se observa una clara tendencia a promover la salud, incluso de forma excesiva. La estética e imagen corporal cobran cada vez más importancia llegando a convertirse en valores esenciales de la población. En esta línea, es cada vez más gente la que se diagnostica con algún TCA,

mientras que la ON se considera uno de los TCA más nuevos (Ruiz y Quiles, 2021). Teniendo en cuenta esta realidad a la que hacemos frente, es necesario explorar nuevos tratamientos y modelos terapéuticos capaces de prevenir y tratar este tipo de problemática. Asimismo, se ha demostrado que los Antecedentes Personales de TCA actúan como factor de riesgo para sufrir ON, por lo que, teniendo en cuenta que los TCA, principalmente en la adolescencia, son de los mayores problemas, a día de hoy, en la salud pública (Ruiz y Quiles, 2021), todas aquellas personas que hayan sufrido un TCA son de riesgo para desarrollar ON. El estudio del funcionamiento familiar y variables asociadas a la ON debe realizarse en profundidad para considerar un tratamiento. Es de gran importancia conocer las patologías que se desarrollan en la sociedad para poder tratarlas e incluso prevenirlas.

En **conclusión** y, a pesar de todas las limitaciones mencionadas, este estudio pretendía aclarar la relación entre ON y variables familiares. La mayoría de los resultados son coherentes con la literatura analizada, no obstante, se detectan algunas incoherencias con los estudios previos. Un dato a tener en cuenta de esta investigación es que, a pesar de que los Antecedentes Personales de TCA sí que actúen como factor de riesgo para el desarrollo de la ON, en el caso de los Antecedentes Familiares no ha sido así. Además, a pesar de que no hay literatura en cuanto al tipo de apego relacionado con ON, en el presente estudio se han encontrado las siguientes características relacionadas con el apego que son significativamente características de la muestra con ON:

- Una mayor percepción de ansiedad de separación, relacionada con Apego ansioso
- Un mayor rechazo a la dependencia y al afecto, relacionado con Apego evitativo,
- Recuerdos de violencia y amenazas por parte de las figuras de Apego en la infancia, relacionado con Apego desorganizado
- Miedo al abandono y miedo al mundo

Por todo ello se estima que, la ON, a pesar de ser un TCA, no parece relacionarse con variables familiares como lo hacen la AN y la BN. De ahí que se requieran futuras investigaciones que aporten nueva información y variables que se relacionen con la ON. Por último, se destaca la necesidad de establecer mayor número de criterios diagnósticos puesto que, la ausencia de estos dificulta la medición de la ON.

Referencias

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), 932.
- Alonso, P., Menchón, J., Mataix Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J., Jiménez, S., Vallejo, G., y Vallejo, J. (2004). Perceived parental style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127, 267-278.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.002>
- Álvarez Munárriz, L., y Álvarez De Luis, A. (2009). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, (25)1, 2. <http://doi.org/10.30827/Digibug.6858>
- Balluerka, N., Lacasa Saludas, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494. <http://hdl.handle.net/2445/124587>
- Barnes, M.A. y Caltabiano, M.L. (2017). La interrelación entre ortorexia nerviosa, perfeccionismo, imagen corporal y estilo de apego. *Trastornos de la alimentación y el peso: estudios sobre anorexia, bulimia y obesidad* 22, 177-184.
<http://doi.org/10.4067/S0717-92272020000200171>
- Behar, A. R. (2020). El amplio espectro de los trastornos evitativos/restrictivos de la ingestión de alimentos, ortorexia y otros desórdenes (alimentarios). *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 58(2), 171-185. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000200171>
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Separation, anxiety and anger. *Attachment and loss. Separation, anxiety and anger* 2, 429.
- Bratman, S. (1997). El trastorno alimentario de la comida sana. *Yoga Journal*., 45-50.

- Vera, C.M. y Barzola, P.M. (2020) *La sobreprotección familiar en el desarrollo de la autonomía en niños de 3-4 años en el Centro de Educación Inicial Jardineritos período lectivo 2019-2020*. [Guayaquil. ULVR. Facultad de Educación Carrera de Párvulo].
<http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/3936>
- Carreras, A. (2014). Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar. *Apuntes: Recursos, funcionalidad y disfuncionalidad familiar, 1*, 1-12.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek Matera, A., Dunn, T., et al. (2019). Definición y criterios de diagnóstico para la ortorexia nerviosa: una revisión narrativa de la literatura. *Trastornos de la alimentación y el peso: estudios sobre anorexia, bulimia y obesidad, 24*, 209-246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., y Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management, 10*, 305. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S125463>
- Chaki, B., Pal, S., y Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: A newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise, 8*(4), 1045–1053. <https://doi.org/10.4100/jhse.2013.84.14>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., y Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 229-240.
<https://hdl.handle.net/1822/64280>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, MA, y Riva, G. (2015). Los efectos en el desarrollo de los procesos de interiorización y auto objetivación del ideal de los

medios en los sentimientos corporales negativos, la restricción dietética y los atracones de los adolescentes. *Psiquiatría europea de niños y adolescentes*, 24, 997-1010.

<https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>

Dávila, Y. (2015). La influencia de la familia en el desarrollo del apego. *Revista Anales*, 57, 121-130. <https://doi.org/dspace.ucuenca.edu.ec:123456789/22943>

Del Rosal, M. M. (2022). *Autocosificación y problemas de conducta alimentaria en mujeres: una revisión sistemática* (Trabajo Fin de Grado, Universidad de Granada).

<https://hdl.handle.net/10481/78303>

Dunn, T. M., y Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Egeland, B., y Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. En Atkinson, L., y Goldberg, S. (Ed). *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 27-48). y Lawrence Erlbaum Associates.

Enns, M., Cox., B., y Larsen, D. (2000). Perceptions of parental bonding and symptom severity in adults with depression: mediation by personality dimensions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 263-268. <https://doi.org/10.1177/070674370004500305>

Erel, O., Oberman, Y., y Yirmiya, N. (2000). Maternal versus nonmaternal care and seven domains of children's development. *Psychological Bulletin*, 126(5), 727.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.727>

Erriu, M., Cimino, S., y Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71.

<https://doi.org/10.3390/bs10040071>

Evans, L., y Wertheim, E. H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical

symptoms. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(4), 285-293. <https://doi.org/10.1002/erv.621>

Fernández, L. B., Espadas, C. R., González, C. O., y Cano, T. R. (2016). Influence of parental rearing styles on attitude towards change in eating disorders. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.03.003>

Fiter, M. B. (2022). *Factores familiares asociados al inicio y mantenimiento del TCA* (Trabajo Fin de Máster, Universidad Pontificia de Comillas). <http://hdl.handle.net/11531/66338>

Flett, G. L., Coulter, L. y Hewitt, P. L. (2012). The Perfectionistic Self Presentation Scale Junior Form. Psychometric properties and association with social anxiety in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 136-149. <https://doi.org/10.1177/0829573511431406>

Fong, R. W., y Yuen, M. (2009). Associations among measures of perfectionism, self concept and academic achievement identified in primary school students in Hong Kong. *Gifted and Talented International*, 24(1), 147-154. <https://doi.org/10.1080/15332276.2009.11674869>

García Fernández, J. M., Inglés, C. J., Vicent, M., González, C., Gómez-Núñez, M. I., y Poveda-Serra, P. (2016). Perfeccionismo durante la infancia y la adolescencia. Análisis bibliométrico y temático (2004-2014). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7(2), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.02.001>

Gorrell, S., Loeb, K. L., y Le Grange, D. (2019). Family based treatment of eating disorders: A narrative review. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 193-204. <https://doi.org/10.1016/j.psc2019.01.004>

- Gramaglia, C., Brytek Matera, A., Rogoza, R., y Zeppegno, P. (2017). Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC psychiatry*, *17*, 1-5.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G., y Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: the mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, *19*, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.08.005>
- Hasebe, Y., Nucci, L., y Nucci, M. (2004). Parental control of the personal domain and adolescent symptoms of psychopathology: a cross national study in the United States and Japan. *Child Development*, *75*, 815-828. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00708.x>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., ... y Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, *220*(1-2), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., y Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*(1), 19-65.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Johnson, S. M. (2019). Attachment Theory. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 169-177.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_215
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., y Contreras, J. M. (2000). Attachment based assessments of parent–child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, *36*(5), 614.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.614>

- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9(4), 471-483.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.006>
- Kumar, P., y Tiwari, S. C. (2008). Family and psychopathology: An overview Series 1: Children and adults. *Delhi Psychiatry Journal*, 11(2), 140-149.
<https://doi.org/10.1177/09731342221120714>
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014) Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*, 24, 83-93
- Lampis, J., Agus, M., y Cacciarru, B. (2014). Quality of family relationships as protective factors of eating disorders: an investigation amongst Italian teenagers. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 309-324. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9234-x>
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., y Hoffmann, M. (2011). Apego y psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>
- León, R. C., Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118. <https://journals.iztacala.unam.mx/>
- Maglio, A. L., y Molina, M. F. (2012). La familia de adolescentes con trastornos alimentarios ¿Cómo perciben sus miembros el funcionamiento familiar? *Revista mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 1-10. <https://journals.iztacala.unam.mx/>
- McComb, S. E., y Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>

McLeod, S. (28 de septiembre de 2022). Teoría de apego. Simplemente psicología. Recuperado el 23 de febrero de 2023 de <https://www.simplypsychology.org/attach-ment.html>.

Martin, G., Bergen, H.A., Roeger, L., y Allison, S. (2004). Depression in young adolescents: Investigations using 2 and 3 factor versions of the parental bonding instrument. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 192, 650-657.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000142028.10056.c6>

Martin, G., y Waite, S. (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 246-54. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01509.x>

Martínez, I., y García, J.F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 338-348.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600006600>

Miley, M., Egan, H., Wallis, D., y Mantzios, M. (2022). Orthorexia nervosa, mindful eating, and perfectionism: an exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(7), 2869-2878.
<https://doi.org/10.1007/s40519-022-01440-4>

Monterrosa, A., Ruiz, M., y Cuesta, F. (2012). Factores de riesgo para trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Ciencias Biomédicas*, 3(2), 300-305.
<https://doi.org/10.32997/rcb-2012-3119>

Montilla, J. M., y Kromrey, J. (2010). Robustez de las pruebas T en comparación de medias, ante violación de supuestos de normalidad y homocedasticidad. *Ciencia e Ingeniería*, 31(2), 101-107. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=507550788006>

- Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Streigel-Moore, R. M., y Paradis, A. D. (2003). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33(1), 1-9
<https://doi.org/10.1002/eat.10105>
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Muris, P., Meesters, C., Morren, M., y Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: relationship with self-reported attachment style and perceived parental rearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 257-64.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00616-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00616-0)
- Olson, D. H., y Gorall, D. M. (2006). Faces IV and the Circumplex model. *Minneapolis, MN: Life Innovations*, 37(1), 64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>.
- Olson, D. H, Portner, J. y Lavee, Y. (1985). Escalas de evaluación de la adaptabilidad y cohesión familiar III. En *Manual de medidas para terapia matrimonial y familiar*, 1, 180-185.
- Onnis, L., Bemardini, M., Leonelli, A., Mulè, AM, Vietri, A., y Romano, C. (2013). Le Sculture del Tempo Familiare. Un método de "narración analógica" en psicoterapia sistémica. *Ecología de la mente*, 36(1), 5–27. <https://doi.org/10.1712/1323.14665>
- Parra Fernández, M. L. (2019). *Riesgo de Ortorexia: adaptación y validación al español del cuestionario (ORTHO-15)* (Tesis Doctoral, Universidad de Castilla la Mancha).
<http://hdl.handle.net/10578/20453>

- Park, R. J., Dunn, B. D., y Barnard, P. J. (2011). Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I: A novel process account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 415-437. <https://doi.org/10.1521/ijct.2011.4.4.415>
- Pauzé, A., Plouffe Demers, M. P., Fiset, D., Saint Amour, D., Cyr, C., y Blais, C. (2021). The relationship between orthorexia nervosa symptomatology and body image attitudes and distortion. *Scientific Reports*, 11(1), 13311. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92569-2>
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., y Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case control study. *Psychological Medicine*, 38(10), 1443-1453. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002310>
- Polaino-Lorente, A., & Martínez Cano, P. (1995). El índice de confianza de las "Escalas de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar" (3a Versión), en una muestra de población española. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 16 (3), 29–36. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 16 (3), 29–36. <http://hdl.handle.net/10637/1682>
- Reinoso, D. P. (2013). *La sobreprotección familiar y su incidencia en el desarrollo integral de los niños y niñas del Centro Infantil Buen Vivir Creciendo Felices* (Disertación doctoral Universidad Técnica de Ambato). <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/5632>
- Ruiz, Á., y Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 37(3), 493-499. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.449041>

- Ruíz, M. A., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., Viladrich, S. C., y Halley C. M. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71992-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71992-X)
- Ruiz, M. F., Masjuan, N., Ball, D. C., y Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria: Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9, 153-162. <https://doi.org/10.22235/cp.v9iEspec.439>
- Roncero, M., Barrada, J. R., García-Soriano, G., y Guillén, V. (2021). Personality profile in orthorexia nervosa and healthy orthorexia. *Frontiers in Psychology*, 12, 710604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710604>
- Serrano, C. H., Cano, T. R., Fernández, L. B., Postigo, J. M. L., Moreno, L. R., y Leal, F. J. V. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 90-98. <http://hdl.handle.net/10578/2817>
- Shaunessy, E., Suldo, S. M., y Friedrich, A. (2011). Mean levels and correlates of perfectionism in International Baccalaureate and general education students. *High Ability Studies*, 22(1), 61-77. <https://doi.org/10.1080/13598139.2011.576088>
- Suldo, S. M., y Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(1), 59-73. https://doi.org/10.1300/J035v15n01_07
- Taborelli, E., Krug, I., Karwautz, A., Wagner, G., Haidvogel, M., Fernandez-Aranda, F., ... y Micali, N. (2013). Maternal anxiety, overprotection and anxious personality as risk factors for eating disorder: A sister pair study. *Cognitive Therapy and Research*, 37(4), 820-828. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9518-8>

- Tasca, G. A., y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
<https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., y Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: A study with eating disordered patients, their parents and therapists. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(1), 49-58. <https://doi.org/10.1002/erv.801>
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., y Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.008>
- Torres, Y., y Figueroa, D (2014). *La sobreprotección familiar y sus efectos negativos en el desarrollo socioafectivo de los niños y niñas del nivel preescolar del hogar infantil comunitario. El Portalito de Cartagena* (Disertación doctoral, Universidad de Cartagena).
<http://dx.doi.org/10.57799/11227/8841>
- Vega, V., Sanchez, M. L., y Roitman, D. (2011). *Tipos de apego en una muestra de adolescentes con y sin trastornos de la conducta alimentaria*. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/321>
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., y Van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., y Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 19-28.

<https://doi.org/10.1002/erv.615>

Zamora, R., Martínez, A., Gazzo, C., y Cordero, S. (2002). Antecedentes personales y familiares de los trastornos de la conducta alimentaria. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 73(3), 129-136.

Anexos

Anexo 1.

Consentimiento Informado

Soy Andrea Hormaechea Garcia, estudiante de Máster en Psicología General Sanitaria en Universidad Pontificia de Comillas.

El siguiente cuestionario pretende recoger información socio-demográfica - sin poder identificar a los sujetos -, información sobre Ortorexia Nerviosa (un tipo de Trastorno de la Conducta Alimentaria), funcionalidad familiar, sobreprotección parental, apego y antecedentes de TCA; con el fin de realizar un estudio empírico con fines académicos - para la realización de mi Trabajo Fin de Máster -. En este trabajo se va a buscar la relación entre Ortorexia Nerviosa y variables familiares. La participación es anónima (en ningún momento se recogerá información con la que podamos identificar a los sujetos ni durante el cuestionario ni en la publicación de los resultados), voluntaria y se tratarán los datos de forma confidencial. Yo y mis tutores seremos las personas que tendremos acceso a las respuestas del cuestionario.

Si alguno tuvierais alguna pregunta sobre el estudio podéis contactarme en el siguiente email:

201912023@alu.comillas.edu

Si presta conformidad con este estudio está comprendiendo que:

- La participación es voluntaria y anónima.
- Presto mi consentimiento a Andrea Hormaechea Garcia a recoger y registrar la información que necesita para realizar esta investigación.
- Puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar ningún tipo de explicación ni que tenga ningún tipo de penalización o discriminación

Soy mayor de edad y acepto que mis datos anónimos sean recogidos y utilizados únicamente con el fin de esta investigación

- Si

Anexo 2.

Cuestionario Sociodemográfico

Sexo

- Mujer
- Hombre
- Otro

Edad

¿Qué estudios has logrado hasta ahora?

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Formación Profesional
- Universidad
- Máster

Situación laboral

- Estudiante
- Empleado
- Estudiante y empleado
- Tareas del hogar
- Autónomo
- Otro

¿Cuál es tu país de nacimiento?

Tu familia de origen está constituida por:

- Padres casados o en convivencia
- Padres separados
- Padres divorciados
- Familia monoparental
- Familia reconstituida

¿Vives actualmente con tus padres?

- Sí
- No

Anexo 3.

Antecedentes de TCA

Simplemente contesta "Si" o "No".

¿Tienes familiares con Trastorno de la Conducta Alimentaria (p.e. anorexia, bulimia, trastorno por atracón...)?

- SI
- NO

¿Qué familiares han tenido TCA?

- Padre
- Madre
- Hermano/a mayor
- Hermano/a menor
- Abuelo/a
- Tío/a
- Primo/a
- Sobrino/
- Otro

¿Has tenido o tienes algún tipo de TCA en la actualidad?

- Sí
- No

Anexo 4.

ORTHO-11

A continuación, te vas a encontrar con una serie de preguntas con varias opciones de respuesta, puedes contestar “siempre”, “a menudo”, “a veces” y “nunca”.

1. Cuando comes ¿te fijas en las calorías de los alimentos?
 - Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
2. Cuando entras en una tienda de alimentos ¿te sientes confundido/a?
 - Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
3. En los últimos tres meses ¿ha sido la comida una preocupación para ti?
 - Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
4. ¿Tus hábitos de alimentación están relacionados con una preocupación por la salud?
 - Siempre
 - A menudo

- A veces
 - Nunca
5. ¿Estarías dispuesto/a gastar más dinero por una alimentación más saludable?
- Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
6. Los pensamientos por una alimentación saludable ¿Te ocupan más de tres horas al día?
- Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
7. ¿Consideras que tu estado de ánimo está influido por tus hábitos de salud?
- Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
8. ¿Crees que consumir alimentos saludables mejora tu autoestima?
- Siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Nunca
9. ¿Consideras que el consumo de alimentos saludables modifica tu estilo de vida? (ir a restaurantes, salir con amigos/as...)

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

10. ¿Crees que consumir alimentos sanos mejora tu aspecto físico?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

11. ¿Te sientes culpable si no consumes alimentos saludables?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

Anexo 5.

CaMir-R

A continuación, se presentan 32 preguntas divididas en 7 subapartados. Podrás contestar del 1 al 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 5=Totalmente de acuerdo)

Subapartado 1

1. Cuando yo era niño(a) mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.
 - 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2

- 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
2. Cuando yo era niño(a) sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
3. En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
4. Cuando yo era niño(a) encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
5. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.
- 1 (Totalmente en desacuerdo)

- 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
6. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez me parecen, en general, positivas.
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)
7. Siento confianza en mis seres queridos
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 2

8. No puedo concentrarme sobre otra cosa sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene un problema
- 1 (Totalmente en desacuerdo)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 (Totalmente de acuerdo)

9. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos por dejarlos.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

10. A menudo me siento preocupado, sin razón, por la salud de mis seres queridos

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

11. Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

12. La idea de una separación momentánea de uno de mis seres queridos me deja una sensación de inquietud

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4

- 5 (Totalmente de acuerdo)

13. Cuando me alejo de mis seres queridos no me siento bien conmigo mismo

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 3

14. Cuando yo era niño(a) se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad que me sentía aprisionado(a).

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

15. Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

16. Mis padres no se han dado cuenta de que un niño(a) cuando crece tiene la necesidad de tener vida propia.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)

- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

17. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 4

18. Es importante que el niño aprenda a obedecer.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

19. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

20. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante

- 1 (Totalmente en desacuerdo)

- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 5

21. Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

22. Cuando era niño(a) tenían una actitud de dejarme hacer.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

23. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 6

24. Detesto el sentimiento de depender de los demás.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

25. De adolescente nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

26. Solo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

27. A partir de la experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Subapartado 7

28. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

29. Cuando era niño(a) había peleas insoportables en casa.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

30. Cuando yo era niño(a) tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

31. Cuando yo era niño(a) a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3

- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

32. Cuando yo era niño(a) teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.

- 1 (Totalmente en desacuerdo)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Totalmente de acuerdo)

Anexo 6.

FACES-111

A continuación, se recogen varias afirmaciones que debes contestar pensando en el funcionamiento de tu familia de origen (tus padres y hermanos). Señala el número que corresponda al grado en que estás de acuerdo con cada afirmación. Siendo 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (a menudo) y 5 (casi siempre).

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)

- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)

- 5 (casi siempre)

7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

8. Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)

- 5 (casi siempre)

11. Nos sentimos muy unidos

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

12. Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

13. Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

14. En nuestra familia las reglas cambian

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19. La unión familiar es muy importante

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)

20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

- 1 (nunca)
- 2 (casi nunca)
- 3 (a veces)
- 4 (a menudo)
- 5 (casi siempre)