

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL MALTRATO EN LA INFANCIA

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Nayra Pérez Rodríguez

Claudia Rodríguez Perdomo

Tutorizado por:

Livia García Pérez

Marisela López Curbelo

Curso Académico 2022-2023

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen un tema de interés y actualidad debido al aumento de casos en mujeres jóvenes en los últimos años. Además, tienen graves consecuencias para la salud física y mental y, en algunos casos, ponen en peligro la vida. Estos trastornos tienen múltiples factores que influyen en su aparición, destacando la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Conocer estos factores de riesgo y cómo inciden en el desarrollo de los TCA es importante para la prevención y detección temprana de estas patologías.

Entre estos factores, el maltrato infantil familiar supone un riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos, entre ellos, los TCA. De acuerdo con esto, el objetivo que se plantea con este trabajo es profundizar en la relación entre los TCA y el maltrato infantil, a partir de la literatura científica existente sobre el tema. Se detectan las posibles fortalezas y debilidades de los trabajos analizados. Se estudiaron los tres tipos de TCA (DSM-V, 2014), la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. Los resultados ponen de manifiesto la relación de los TCA con el maltrato infantil, así como con el funcionamiento familiar disfuncional, mostrando una asociación significativa entre el apego inseguro y los estilos parentales autoritarios.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, maltrato infantil, funcionamiento familiar.

Abstract

Eating Disorders (ED) are a topic of interest due to the increase of cases in young women in recent years. In addition, they have serious consequences for physical and mental health and, in some cases, are life-threatening. These disorders have multiple factors that influence their appearance, highlighting the interaction between biological, psychological and social factors. Knowing these risk factors and how they affect the development of EDs is important for the prevention and early detection of these pathologies.

Among these factors, family child abuse poses a risk for the development of psychological problems, including ED. Accordingly, the aim of this work is to deepen the relationship between ED and child maltreatment, based on the existing scientific literature on the subject. The possible strengths and weaknesses of the analyzed works are detected. The three types of ED according to the DSM-V, anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, were analyzed. The results highlight the relationship of ED with child maltreatment, as well as with dysfunctional family functioning, showing a significant association between insecure attachment and authoritarian parenting styles.

Key words: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, child maltreatment, family functioning.

Introducción

Entre los distintos problemas de salud mental, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), suponen un problema clínico importante debido a sus consecuencias y su creciente incidencia. Estos se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con esta (DSM-V, 2014).

En la última década, las tasas de prevalencia de TCA han aumentando (Hay, 2020), oscilando entre el 0.74% y 2.2 % en los hombres, y entre el 2.58% y 8.4 % en las mujeres (Hay et al., 2023), siendo este tipo de trastorno más común en estas últimas.

Los adolescentes y jóvenes representan un grupo con alto riesgo de padecer TCA. Además, los casos han aumentado a lo largo de los años (Hay, 2020). Investigaciones señalan los TCA como la tercera enfermedad crónica más frecuente en mujeres jóvenes (Córdoba et al., 2015).

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia afirma que la prevalencia de TCA en España es de 4.1% a 6.4% en mujeres y de 0.3% en hombres (SEMG, 2018), siendo predominante en las primeras.

Según el Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias, en 2019 se diagnosticaron un total de 814 pacientes con TCA, siendo 316 primeros casos. En 2020 sumaron 269 casos nuevos, elevando el total a 843 pacientes (Gobierno de Canarias, 2021).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), en su clasificación de los TCA destaca la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (TPA). Para la AN la prevalencia es de 1.4% en mujeres y 0.2% en hombres. Para la BN, 1.9% en mujeres y un 0.6% en hombres. Y para el TPA la prevalencia en mujeres es de 2.8% frente al 1% en hombres (Galmiche et al., 2019).

Hay evidencia de que tanto los factores biológicos como los socioculturales y los psicológicos contribuyen a aumentar el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios o comportamientos asociados, existiendo múltiples causas para su aparición (Striegel y Bulik, 2007).

Por la importancia que tienen para el desarrollo de los TCA, dentro de los aspectos socioculturales, el contexto familiar supone un factor significativo para la aparición y

evolución de diferentes trastornos. Concretamente, la dinámica familiar negativa es una de las principales causas de los TCA (Darrow et al., 2017).

El funcionamiento familiar está implicado en el inicio y mantenimiento de los TCA (Enten y Golan, 2009). Las personas con AN describen a sus familias como rígidas, existiendo problemas de comunicación. Mientras que las personas con BN, experimentan un mayor deterioro familiar, presentando problemas en la expresión, adaptabilidad y cohesión familiar (Cerniglia et al., 2017; Krug et al., 2016). Kenny y Hart (1992) concluyen que las mujeres con TCA tienen relaciones afectivas más negativas, describiendo a sus padres como poco comprensivos y poco predispuestos a dar consuelo en momentos de estrés.

La falta de cuidado y afecto de los progenitores puede producir una relación de apego inseguro que posteriormente podría conducir al padecimiento de TCA graves (Tasca, 2019). Faber et al. (2018) encuentran relaciones entre las personas con un apego inseguro y los problemas en la conducta alimentaria.

Como forma extrema de la falta de cuidado y afecto por parte de la familia, se encuentra el maltrato infantil, incluyendo abuso sexual, físico y/o emocional, y negligencia, siendo un problema grave a nivel mundial (Rai et al., 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se estima que tres de cada cuatro niños sufren maltrato físico y/o psicológico. Además, una de cada cinco mujeres ha sido víctima de abusos sexuales durante la infancia.

Todo esto lleva a que el maltrato infantil genere problemas de salud física y mental a lo largo de la vida, aumentando el riesgo de padecer algún trastorno alimentario (Dawson et al., 2022). En esta línea Molendijk et al. (2017) concluyen que la prevalencia de los TCA entre adultos víctimas de maltrato en la infancia oscila entre el 21% y 59%, siendo este trastorno más grave que aquellos que no lo habían sufrido y con un edad de inicio cada vez más temprana.

Los tipos de TCA más relacionados con el maltrato infantil son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (Afifi et al., 2017; Monteleone et al., 2022). Además, el abuso sostenido en el tiempo y en múltiples formas aumentan el riesgo de padecerlos (Ziobrowski et al., 2021).

Dada la evidencia empírica en el estudio de los TCA, el objetivo que se plantea con este trabajo es la realización de una revisión teórica que se centre en el análisis de los TCA y en el estudio de la relación que mantienen con la experiencia de maltrato infantil, haciendo énfasis en las conclusiones más importantes y subrayando las limitaciones detectadas, con la intención de que pueda servir de orientación para futuros trabajos.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) suponen una alteración persistente en la alimentación o en los hábitos alimentarios llevando a una variación en el consumo o la absorción de alimentos, generando un deterioro físico y/o psicosocial (DSM-V, 2014). En el DSM-V (2014) existen numerosas clasificaciones de los TCA, proporcionando criterios diagnósticos para la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2021), los TCA implican ideas obsesivas relacionadas con la pérdida de peso o los alimentos que consumen. Afectan a la salud mental y física, poniendo en riesgo la propia vida. Las consecuencias físicas incluyen enfermedades cardiovasculares, endocrinas, metabólicas y gastrointestinales, deterioro óseo y problemas dérmicos (Hanachi et al., 2019). Con respecto a las consecuencias de salud mental y comorbilidades, se incluye ansiedad, depresión, trastorno bipolar, suicidio e insomnio (Ahn et al., 2019).

Los TCA están asociados con un deterioro psicopatológico normalmente tratado de forma desafortunada. Se estima que sólo la mitad de los afectados buscan y reciben un tratamiento adecuado (Bohrer et al., 2017). El 20% de las pacientes con AN continúan con el trastorno a largo plazo, y aunque, la BN presenta un mejor pronóstico y menor tasa de mortalidad (Miller y Golder, 2010), es necesario llevar a cabo un tratamiento personal, enfocándose en la recuperación y mejora (Wetzler et al., 2020).

El tratamiento más utilizado es la terapia cognitivo conductual (TCC), con resultados que señalan la reducción de sus síntomas (Hay, 2020). Por otro lado, la terapia de aceptación y compromiso también parece mostrar una disminución de los síntomas de TCA y de los problemas de imagen corporal (Fogelkvist et al., 2020).

Todo ello lleva a entender que los trastornos de alimentación constituyen un problema de salud pública, siendo necesaria su detección e intervención temprana, así como la exploración de los factores relacionados (Rai et al., 2019).

Tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Entre las clasificaciones del DSM-V (2014) para los TCA, las más relevantes dada su prevalencia y la cantidad de investigación realizadas son, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por la restricción de la ingesta dando lugar a un peso significativamente bajo en relación a la edad, el sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Esto se complementa con un miedo intenso a ganar peso y con la alteración de la percepción del propio cuerpo (DSM-V, 2014). También se pueden sumar otros síntomas psicológicos como un estado de ánimo depresivo, irritabilidad, retraimiento social, preocupaciones por la comida, rumiaciones y rituales obsesivos, y baja concentración (Beumont, 2002). Pese a la pérdida de peso, la persona continúa insatisfecha con las dimensiones de su cuerpo, manteniendo su atención focalizada en disminuirlas (Berkman et al., 2006).

La AN tiene dos tipos de especificadores. Por un lado, el tipo restrictivo consiste en la restricción de alimentos con dietas o ayuno, así como ejercicio excesivo. Por otro lado, en el tipo purgativo/atracónes se producen episodios recurrentes de atracones o una auto provocación del vómito y/o uso de laxantes, diuréticos o enemas.

La bulimia nerviosa (BN) consiste en episodios recurrentes de atracones, caracterizados por una ingestión abundante de comida y una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere. Estos episodios vienen acompañados de comportamientos compensatorios inapropiados (vómitos, uso de laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicios excesivos) para evitar el aumento de peso (DSM-V, 2014). Con frecuencia, los episodios son planificados, almacenando alimentos (normalmente grasos y/o dulces) que no se permiten en otros momentos, siendo a menudo precipitados por ansiedad, tensión o aburrimiento (Beumont, 2002). La BN puede ser difícil de identificar ya que se mantienen en secreto los atracones y su comportamiento purgativo, y además su peso suele ser normal (Hay y Bacaltchuk, 2001).

El trastorno por atracón (TPA), según el DSM-V (2014), consiste en la ingestión de grandes cantidades de comida en un tiempo limitado, experimentando una sensación de pérdida de control. Sus criterios diagnósticos son: a) episodios recurrentes de atracones; b) los episodios de atracones se asocian a tres, o más, de los hechos siguientes: comer más rápido de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere o sentirse luego avergonzado de uno mismo; c) malestar intenso respecto a los atracones; d) los atracones se producen al menos una vez a la semana durante tres meses y, por último, e) el atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado. Suelen realizar dietas y tienen hábitos alimentarios más caóticos (Brody et al., 1994). También tienen niveles altos de desinhibición alimentaria, comiendo en respuesta a estados emocionales (Eldredge y Agras, 1996).

Factores que influyen en la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la alimentación se caracterizan por tener una etiología multicausal, resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

En relación a los factores biológicos, parece que algunas enfermedades crónicas metabólicas y digestivas pueden ser factores de riesgo de los TCA (Hedman et al., 2019). Además, se ha encontrado que las hormonas ováricas (estrógenos y progesterona) influyen en los síntomas del TCA (Culbert et al., 2021), en cambio la presencia de testosterona puede llegar a proteger de estos trastornos (Klump et al., 2012).

Dentro de los factores psicológicos, la insatisfacción corporal (IC) es el predictor más consistente del trastorno alimentario, principalmente entre mujeres. Viene determinada por otros factores psicológicos como la baja autoestima, el afecto negativo y la interiorización del ideal de delgadez (Keski-Rahkonen et al., 2016). Cuanto más intensa sea esta IC, mayor será el sentimiento de autodesprecio y la probabilidad de que la persona intente perder peso y llevar a cabo una dieta (Polivy y Herman, 2002).

Existen diferencias individuales en algunos rasgos psicológicos como el perfeccionismo, la emocionalidad negativa, la baja autoestima y la impulsividad, que aumentan la vulnerabilidad a desarrollar TCA (Lilienfeld et al., 2006).

En cuanto al perfeccionismo, las personas que presentan TCA suelen mostrar altos niveles, siguiendo unas reglas rígidas sobre qué tipo de alimentos pueden consumir y cuándo lo deben hacer (Holland et al., 2013). El perfeccionismo influye en los TCA al percibir un cuerpo normativo como un signo de imperfección (Hewitt et al., 1995). Además, no solo es un factor de riesgo, sino también un mantenedor de la conducta (Holland et al., 2013).

Las características de emocionalidad negativa, hostilidad y vergüenza, también aumentan la vulnerabilidad. Además, existen relaciones importantes entre el deseo de perder peso, el miedo a perder el control sobre la alimentación y episodios de atracones (Sahlan y Sala, 2022). Así, los atracones se utilizan para reducir la emocionalidad negativa (Schaefer et al., 2020).

La relación entre la obsesión por la delgadez y la autoestima supone que a medida que disminuye la autoestima, aumenta la obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal (IC; Mellor et al., 2010).

Por otro lado, la impulsividad se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar TCA (He y Yang, 2022). Y más específicamente con la BN, ya que la imposibilidad de resistirse a la ingesta excesiva de alimentos lleva a intentar compensar el atracón (Polivy y Herman, 2002).

Los acontecimientos vitales estresantes también suponen un factor de riesgo. El estrés puede alterar la regulación normal del apetito, repercutiendo en el consumo de alimentos saludables (Cattanach y Rodin, 1988; Hill et al., 2022), en incrementar la preocupación por la imagen corporal, o provocar respuestas de afrontamiento desadaptativas como los atracones (Cattanach y Rodin, 1988).

Respecto a los factores socioculturales, las influencias del entorno sociofamiliar y de los iguales, la presión por estar delgadas, y el uso y/o abuso de las redes sociales, incrementan el riesgo de padecer TCA (Keski-Rahkonen et al., 2016; Polivy y Herman, 2002). Esta influencia del contexto sociocultural suele centrarse en la idealización y búsqueda de la delgadez (Polivy y Herman, 2002).

Las presiones sociales para adelgazar, tanto del entorno próximo como del contexto sociocultural más amplio, se han relacionado con la baja autoestima (Gismero, 2020).

Además, el abuso, el trauma y las burlas por la apariencia o forma del cuerpo se asocian a una mayor sintomatología de TCA (Lunner et al., 2000).

Las redes sociales se utilizan para lograr la aprobación de la autoimagen llegando a producir actitudes alimentarias anómalas e IC (Mabe et al., 2014). Los TCA pueden ser producto de una exposición continua de las redes sociales, debido a la comparación, críticas auto-destructivas, IC, ansiedad, etc. (Ojeda et al., 2021).

Los factores familiares resultan relevantes al ser el primer grupo que transmite creencias, actitudes y conductas que acompañarán al individuo durante su vida (Treasure et al., 2007).

En ocasiones, el pobre desempeño de los padres en el entorno familiar podría predisponer a que las hijas desarrollen un TCA. Un caso, es la sobreprotección, que impide que los hijos desarrollen autonomía y no puedan adquirir control sobre sus vida, siendo un factor de riesgo importante (Slade, 1982).

La sensación de falta de control en otros aspectos de su vida lleva a las personas con TCA a buscar el control sobre su alimentación, peso y figura (Polivy y Herman, 2002).

Finalmente, el padecimiento de alguna enfermedad mental en los padres, como ansiedad, depresión o trastorno bipolar, entre otros, actúa como factor de riesgo para el desarrollo de TCA en sus hijos (Bould et al., 2015). Además, que las madres presenten TCA puede influir negativamente en la alimentación y preocupación por el peso de sus hijas (Agras et al, 1999).

Prevención

El aumento de los TCA, ha incrementado el número de intervenciones preventivas, que llevan a la reducción de síntomas de estos trastornos (Le et al., 2017). La identificación de los factores de riesgo supone un paso esencial para desarrollar intervenciones de prevención eficaces (Haines y Neumark, 2006).

La mayor parte de los estudios en intervenciones preventivas están centradas en niños, adolescentes y jóvenes, impartidas en clases escolares o de forma grupal. Estas intervenciones consisten en sesiones interactivas que permiten a los participantes una mayor implicación (Iturbe y Maiz, 2022).

Iturbe y Maiz (2022) recopilaron estudios de prevención aplicados a diferentes niveles. La prevención a nivel universal se dirige a toda la población; la prevención a nivel selectiva es aquella que se centra en un grupo de población que tienen factores de riesgo que pueden llevarles a desarrollar en el futuro TCA; y la indicada, que se enfoca en personas que presentan síntomas de TCA, pero no cumplen los criterios para el diagnóstico. Sin embargo, en este último, no hay estudios concluyentes sobre la eficacia de estas intervenciones.

Dentro de la prevención universal, la educación mediática es la que ha mostrado una mayor eficacia a la hora de prevenir los riesgos relacionados con TCA, tales como la preocupación por el peso, la figura corporal y la interiorización de la delgadez. Las intervenciones multicomponente o las intervenciones centradas en la mejora de la autoestima parecen tener eficacia preventiva frente a los factores de riesgo sólo en mujeres (Iturbe y Maiz, 2022).

En cuanto a los estudios de prevención selectiva destacan la Disonancia Cognitiva (DC) y TCC, eficaces para la prevención de riesgo y conductas relacionadas con los TCA, ya que tienen en cuenta la IC, preocupación por el peso, afecto negativo, etc. (Iturbe y Maiz, 2022; Le et al., 2017). Además, se ha encontrado que la TCC reduce el riesgo de IC, dietas y conductas bulímicas (Iturbe y Maiz, 2022).

Dentro de los estudios de prevención selectiva, se encuentran las intervenciones de *mindfulness*. Estas tienen un efecto moderado en la reducción de los síntomas de los TCA, la preocupación por el peso y la figura corporal, presión sociocultural y conductas de dietas (Atkinson y Wade, 2015).

En cuanto a los programas beneficiosos para su prevención se encuentran el *Body Project*, *Healthy Weight*, *Student Bodies*, *Weigh to Eat* o *Planet Health*. Reducen los factores de riesgo e incluyen contenidos de alimentación saludable y nutrición, factores socioculturales, ideal de belleza y satisfacción de la imagen corporal (Ciao et al., 2014).

En conclusión, proporcionar habilidades para mejorar características psicológicas que suponen una vulnerabilidad para los TCA, como reforzar la autoestima, trabajar en el perfeccionismo, o aceptación del aspecto corporal, son elementos a incluir en cualquier programa preventivo (Gismero, 2020).

El Maltrato infantil y los Trastornos de Conducta Alimentaria

La OMS (2022) define el maltrato infantil como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de edad. Abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación que pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia dentro de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

El maltrato infantil es un problema que afecta a nivel mundial, estimándose que uno de cada siete niños han sufrido algún tipo de abuso (Lippard y Nemeroff, 2020).

El maltrato es causa de estrés, asociado a su vez con alteraciones del desarrollo temprano del cerebro, ejerciendo un impacto negativo en su estructura y funcionamiento (Schwartz et al., 2023). En condiciones de estrés extremo, el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunológico puede verse perjudicado, por lo que un adulto que haya sufrido maltrato en la infancia presenta mayor riesgo de sufrir problemas físicos, psicológicos o comportamentales (OMS, 2022).

Cuando el maltrato se da en el entorno familiar, supone que la familia no proporciona las experiencias necesarias para el desarrollo normal del hijo, produciendo cambios en su desarrollo mental y conductual (Al Odhayani et al., 2013). Esto puede llevar a un desarrollo inadecuado de las capacidades de regulación afectiva y las habilidades interpersonales, así como alterar dinámicas normales de apego entre padres e hijos (Briere y Jordan, 2009).

Finalmente, en cuanto a los problemas psicológicos surgidos en relación con el maltrato psicológico, van desde la personalidad hasta los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y/o trastornos de la alimentación (Carr et al., 2020). Mientras que en niños que han sufrido abuso sexual son más frecuente las conductas externalizantes, como el abuso de sustancias; las niñas están más predispuestas a conductas de interiorización, como los TCA y la depresión (Hornor, 2010).

Tipos de maltrato infantil

Los principales tipos de maltrato hacia la infancia son el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato emocional y la negligencia.

El abuso sexual infantil implica sobrepasar los límites personales del menor, imponiendo comportamientos de contenido sexual por parte de una persona, ya sea un adulto u otro menor de edad, realizado en una relación de desigualdad. Normalmente se utiliza el engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación (Schwartz et al., 2023).

El maltrato físico supone una agresión intencional infligida al menor producida por el uso de la fuerza física, en el que incluye dos categorías: por un lado, traumas físicos que producen lesiones severas pudiendo causar la muerte y, por otro, traumas físicos que no constituyen un riesgo sustancial para la vida del menor (Norman et al., 2012; Schwartz et al., 2023).

El maltrato emocional, que incluye maltrato verbal y humillación, hace referencia al daño intencional que se hace contra las actitudes y habilidades del niño, afectando a su autoestima, su capacidad de relacionarse y la habilidad para expresarse y sentir, deteriorando su personalidad y socialización (Norman et al., 2012; Schwartz et al., 2023).

La negligencia se refiere a la falta de atención hacia las necesidades físicas, psicológicas y afectivas del niño, incluso cuando las personas responsables de su cuidado cuentan con los recursos, conocimiento y acceso a servicios precisos para ello (Schwartz et al., 2023).

Cómo afecta el maltrato infantil a los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Muchas de las experiencias adversas que se dan en la infancia, tienen repercusiones en el futuro. El abuso sexual, abuso emocional y físico y la negligencia, se relacionan con conductas alimentarias poco saludables en la adolescencia (Molendijk et al., 2017).

Los diferentes tipos de maltrato infantil se asocian con mayor riesgo de desarrollar TCA, principalmente AN, BN y TPA (Molendijk et al., 2017; Monteleone et al., 2022). Afifi et al. (2017) hallaron importantes diferencias de género en estas relaciones. Entre los hombres, el abuso sexual y la negligencia física se relacionaron con TCA; en cambio, en las mujeres, se encontró mayor relación con el abuso sexual y el abuso emocional. Además, la negligencia física se asoció más con TPA, mientras que la emocional tuvo mayor relación con la BN y el TPA.

El abuso sexual y emocional se asocian con una mayor insatisfacción corporal y síntomas depresivos. El abuso emocional tiene especial relevancia en el padecimiento de TCA en adolescentes (Ziobrowski et al., 2021). Además, el maltrato emocional y el entorno familiar negativo es más frecuente en mujeres con BN (Vajda y Làng, 2014).

En el abuso sexual o físico los menores utilizan mecanismos como el desapego del propio cuerpo para aliviar el trauma. Esto supone un rechazo del cuerpo, produciendo una distorsión de la imagen corporal y baja autoestima, pudiendo desarrollar posteriormente un trastorno alimentario (Opydo et al., 2018; Treuer et al., 2005). Además, Rayworth et al. (2004) hallaron que los TCA estaban relacionados con el maltrato físico, pero no con el abuso sexual. Sin embargo, la combinación de abuso físico y sexual supone una mayor relación con los TCA.

El maltrato sostenido en el tiempo, así como la exposición a múltiples tipos de maltrato durante la infancia y adolescencia aumenta el riesgo de padecer síntomas de TCA (Ziobrowski et al., 2021).

El sufrir distintos tipos de maltrato durante la infancia también se relaciona con niveles más altos de afrontamiento evitativo y síntomas de TCA, como forma de eliminar o reducir la angustia resultante del maltrato (Rosenbaum et al., 2020). El desarrollo de síntomas como la reducción de la ingesta o la purga puede considerarse una estrategia de afrontamiento para regular sus estados afectivos desbordantes (Casper, 1983), buscando mecanismos que fomenten sentimientos de control, para lograr la calma y la modulación afectiva ante estados emocionales intensos (Fairburn et al., 2003).

Por otro lado, Talmon y Spatz (2021) encontraron que las personas que habían sufrido maltrato en la infancia, frente a las que no, no presentaban un riesgo mayor a padecer AN o BN. Por lo tanto, para estos autores, ni el maltrato ni la negligencia resultó ser, significativamente, un factor predictivo para los síntomas de AN o BN, a diferencia de lo que se ha encontrado en otros estudios.

Finalmente, las personas que sufren maltrato pueden manifestar problemas de distinta índole como consecuencia de ello. Los TCA representan un posible resultado de éste, que, por otra parte, puede darse en comorbilidad con otras psicopatologías (Barrero y Sáñez, 2022).

Interacción familiar y Trastornos de la Conducta Alimentaria

El funcionamiento familiar juega un papel importante en el desarrollo, curso y evolución de los trastornos de la alimentación. Es la madre la que tiene mayor influencia sobre las conductas alimentarias de sus hijas (Enten y Golan, 2009).

Los padres y adolescentes con TCA tienen percepciones diferentes sobre el funcionamiento familiar, donde estos últimos informan de mayores problemas que los primeros en relación con la cohesión familiar (Darrow et al., 2017), con la baja comprensión, muchas interacciones conflictivas y escasa expresión emocional (Stern et al., 1989). Por el contrario, las familias que manifiestan una alta cohesión, entendida como apoyo y cercanía emocional, presentan menor riesgo de TCA (Robertson, 2020).

Los padres que controlan excesivamente la alimentación de sus hijos, y que además ejercen presión por la delgadez, contribuyen al desarrollo negativo de la propia imagen y posteriores conductas de riesgo para la salud (Field et al., 2008).

Las interacciones familiares en personas con síntomas de AN, BN y TPA difieren. Las personas con AN describen a sus familias como rígidas, cohesivas y organizadas, con una tolerancia al conflicto baja, tendencia a desarrollar trastornos afectivos y con problemas de comunicación. Por otro lado, las personas con BN refieren un funcionamiento familiar más deteriorado, caracterizado por bajos niveles de cohesión, expresión y adaptabilidad, señalando a sus familias como más conflictivas y con baja calidez emocional que las personas con AN (Cerniglia et al., 2017; Krug et al., 2016). Por último, las personas con TPA indican con respecto a sus familias, tener una mala comunicación, baja implicación emocional y menor adaptabilidad (Cerniglia et al., 2017), en comparación con las personas con AN.

La falta de sensibilidad dentro de las relaciones familiares interfiere en el comportamiento resultante de la regulación de emociones de los adolescentes (Haycraft et al., 2014). Además, experimentar relaciones familiares problemáticas o conductas parentales inadecuadas, aumenta la insatisfacción corporal del menor (Micali et al., 2014).

Los estilos parentales autoritarios y permisivos se relacionan de forma significativa con los TCA (Haycraft y Blisset, 2010). En cambio, la percepción de un estilo democrático supone una reducción en la autocrítica, lo que explicaría una disminución en la probabilidad de padecer TCA (Enten y Golan, 2009).

El apego, sin duda, juega un papel fundamental en los trastornos mentales, siendo importante en el desarrollo de TCA. El apego seguro se relaciona con menos comportamientos de TCA (Faber et al., 2018), en cambio el apego inseguro se asocia con la aparición y mantenimiento de sus síntomas, pudiendo llevar a dificultades en la regulación afectiva, el perfeccionismo y la insatisfacción corporal (Tasca, 2019).

Por tanto, parece que la baja confianza en uno mismo, el menosprecio y la inseguridad presentes en las personas con AN o BN, dependen, en gran medida, de las relaciones vividas en la infancia, en las que los padres no representan una base segura (Ramacciotti et al. 2001).

Conclusiones y discusión

La relación que existe entre los TCA y las experiencias adversas en la infancia se ha investigado a lo largo de los años. El esfuerzo se ha centrado en detectar las variables psicosociales que influyen en su desarrollo, con la posible intención de prevenirlas o de actuar sobre ellas modificándolas, de manera que afecten positivamente a la salud física y mental.

Entre estas variables, una de las más relevantes es el maltrato en la infancia. Afifi et al. (2017) afirman que todos los tipos de maltrato infantil se asocian con los distintos tipos de TCA, existiendo diferencias en cuanto al género, aspecto que no se tuvo en cuenta previamente. Dentro de estos resultados, los autores concluyen que la relación es más frecuente con el abuso sexual y la negligencia física en hombres, mientras que en las mujeres es mayor con el abuso sexual y emocional. Pese a que en general la investigación ha encontrado relación entre sufrir abuso sexual en la infancia y padecer TCA, estudios como el de Rayworth et al. (2004) no hallaron resultados significativos.

Los resultados diferenciales obtenidos en investigaciones que relacionan el maltrato físico, el abuso sexual y los TCA, manifiestan la necesidad de profundizar en su análisis, de cara a dibujar las relaciones entre los TCA y las distintas variables que pueden potenciarlos o matenerlos.

Por otra parte, como se observa en gran parte de las investigaciones, el maltrato infantil parece ser un factor de riesgo con mayor relación para la BN y TPA, y no tanto para la AN.

La relación del maltrato infantil con la BN y el TPA parece estar influida por la desregulación emocional (Vajda y Làng, 2014). La conducta de purga puede considerarse una estrategia de afrontamiento que fomenta sentimientos de control y regulación afectiva para lograr la calma (Casper, 1983; Fairburn et al., 2003).

Sin embargo, otros estudios como el de Talmon y Spatz (2021), no han encontrado esta asociación. Pese a que se observó una tendencia en las personas que habían sufrido maltrato en la infancia a presentar mayores tasas para AN y BN, los resultados no fueron significativos y por tanto, según estos resultados no se podría afirmar que el maltrato infantil suponga mayor riesgo para estas patologías.

Por otro lado, el maltrato infantil se suele dar en el entorno familiar, teniendo un papel fundamental en el desarrollo de los TCA. Investigaciones como las de Cerniglia et al. (2017) o Krug et al. (2016) abordaron la percepción del funcionamiento familiar por parte de los padres comparándola con la visión de los hijos con diferentes tipos de TCA. Estos estudios pueden servir para la planificación de un tratamiento en el que se involucre tanto a la familia como a los adolescentes.

Ello lleva a que las familias disfuncionales caracterizadas por baja cohesión, interacciones conflictivas y poca expresión emocional, supongan una mayor probabilidad de que sus hijos desarrollen un TCA (Darrow et al., 2017; Stern et al., 1989). Incluso sin llegar a un nivel de gravedad tan alto como para clasificarlo de maltrato, la falta de atención parental a las necesidades de los hijos y el exceso de control sobre los mismos, también ha sido relacionado con el posible desarrollo de TCA (Monteleone et al., 2020).

Para concluir, cuando un menor sufre algún tipo de maltrato por parte de sus progenitores, el entorno familiar se vuelve disfuncional. De manera que no sólo el maltrato es un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, sino el propio contexto familiar que lo rodea.

Aunque en general, los hallazgos apoyan la relación existente entre los diferentes tipos de maltrato infantil y la presencia de TCA, tampoco se debe olvidar que no todos los estudios apoyan lo anterior. Lo que nos lleva a plantear la necesidad de nuevas investigaciones que ayuden a clarificar el tema. Trabajos con muestras más amplias en los que se compare distintos tipos de maltrato y su relación con los TCA.

Si partimos de la experiencia de relación entre el maltrato y los TCA, la utilidad de este conocimiento es esencialmente de tipo preventivo, teniendo en cuenta la dificultad de actuación directa en el medio familiar. Los tratamientos de tipo psicológicos parecen una fuente importante de ayuda cuando el problema ya está presente.

Una de las limitaciones que se puede encontrar en muchos de los estudios realizados, es la mayor presencia de mujeres respecto a hombres, o la utilización exclusiva de muestra femenina. Aunque, por otra parte, es un dato que refleja la menor incidencia de este trastorno en hombres. Ello no impide que debamos considerar la necesidad de atender a esta parte de la población, que aunque escasa, también necesita ser investigada.

Por otra parte, la mayor parte de las investigaciones realizadas son con población de otros países. Con escasos estudios recientes desarrollado con población española, lo que dificulta conocer las posibles variaciones existentes en esta cultura.

Son pocos los estudios actuales que relacionan los TCA con los tipos de apego y/o los estilos parentales, a pesar de que la interacción entre padres e hijos es un factor de riesgo importante en el desarrollo de estas patologías.

Respecto a esta revisión, las características de las muestras con TCA de los diferentes estudios utilizados, como el sexo, la edad o el diagnóstico, no han sido homogéneas, lo que podría suponer una limitación a la hora de interpretar, obtener distintas conclusiones, o las posibles comparaciones hechas entre los diferentes estudios. Algo similar puede ocurrir con respecto al maltrato infantil, en el que encontramos diferencias entre los trabajos en el tipo de maltrato sufrido, duración e intensidad, o en la edad, entre otros.

Gran parte de la literatura existente que relaciona el TCA con algún tipo de maltrato, se centra principalmente en el abuso sexual infantil, sin tener en cuenta que otros tipos de maltrato infantil están asociados de forma más estrecha con los trastornos alimentarios.

Se sugiere seguir investigando sobre la relación de los tipos de maltrato y los diferentes tipos de TCA. También, seguir examinando el impacto que tienen los estilos parentales y los tipos de apego en el desarrollo de los trastornos alimentarios, y los trastornos comórbidos que aparecen con regularidad en esta población.

Finalmente, es esencial potenciar el papel de la intervención psicológica, no sólo a través de la investigación, sino de la generación de programas preventivos, de cara a atajar los problemas de salud mental, física y social, de las personas con TCA. Por último, el enfoque terapéutico debe ir orientado no sólo a la mejora de estos trastornos, sino hacia la familia, promoviendo una mayor implicación familiar y actuando de forma preventiva.

Bibliografía

- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., y Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281–1296. <https://doi.org/gdh8pp>
- Agras, S., Hammer, L. y McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 253-262. <https://doi.org/c7kf93>
- Ahn, J., Lee, J. H., y Jung, Y. C. (2019). Predictors of suicide attempts in individuals with eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 789-797. <https://doi.org/gdm5bb>
- Al Odhayani, A., Watson, W. J., y Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 59(8), 831–836.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V: 5.ª ed.)*. Panamericana.
- Atkinson, M. J., y Wade, T. D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *The International journal of eating disorders*, 48(7), 1024–1037. <https://doi.org/j8pd>
- Barrero, P., y Sánchez-Sandoval, Y. (2022). Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 14(1), 55-65. <https://doi.org/j8pf>
- Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Segway, J.A., Rooks, A. y Gartlehner, G. (2006). Management of Eating Disorders. *Evidence reports/technology/Assessments*, 135.
- Beumont, P.J.V (2002). Clinical presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. En C.G. Fairburn y K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 162-170). The Guilford Press.

- Bohrer, B. K., Carroll, I. A., Forbush, K. T., y Chen, P. Y. (2017). Treatment seeking for eating disorders: Results from a nationally representative study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1341-1349. <https://doi.org/j8tq>
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G. y Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391. <https://doi.org/f22xmd>
- Briere, J. y Jordan, C.E. (2009). Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, violence and abuse*, 10(4), 375-388. <https://doi.org/cvdqm4>
- Brody, M.L, Walsh, B.T. y Delvin, M.J. (1994). Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(2), 381-386. <https://doi.org/fv3sb2>
- Carr, A., Duff, H., y Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 828-843. DOI: 10/gjgq9d
- Casper, R.C. (1983). Some provisional ideas concerning the psychologic structure in anorexia nervosa and bulimia. En P.L. Darsby (Ed.), *Anorexia Nervosa, recent developments in research* (pp. 387-392). Alan R. Liss.
- Cattanach, L. y Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 75-88. <https://doi.org/fm3vhw>
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., y Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 305-312. DOI: 10/gdh8q5
- Ciao, A. C., Loth, K., y Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current psychiatry reports*, 16, 1-13. <https://doi.org/j8q4>

- Córdoba Caro, L. G., Luengo Pérez, L. M., Feu, S. y García Preciado, V. (2015). Satisfacción con el peso y rasgos de trastorno del comportamiento alimentario en secundaria. *Anales de pediatría*, 82(5), 338-346. <https://doi.org/f2wfft>
- Culbert, K. M., Sisk, C. L. y Klump, K. L. (2021). A Narrative Review of Sex Differences in Eating Disorders: Is There a Biological Basis?. *Clinical therapeutics*, 43(1), 95–111. <https://doi.org/j8ph>
- Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B. y Le Grange, D. (2017). Exploring Types of Family Environments in Youth with Eating Disorders. *European eating disorders review:the journal of the Eating Disorders Association*, 25(5), 389–396. <https://doi.org/ghq4bt>
- Dawson, D., Strodl, E. y Kitamura, H. (2022). Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite*, 172, 105952. <https://doi.org/gq25jj>
- Eldredge, K.L. y Agras, W.S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 73-82. <https://doi.org/fkdtmg>
- Enten, R.S. y Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787. <https://doi.org/bq9dwp>
- Faber, A., Dubé, L. y Knäuper, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410–438. <https://doi.org/gdh8p4>
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41, 509-528. <https://doi.org/cdjcss>
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Jr, Taylor, C. B. y Laird, N. M. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(6), 574–579. <https://doi.org/ck8phd>

- Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body image*, 32, 155-166. <https://doi.org/gh9k39>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. y Tadolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/gf7fpr>
- Gismero, M.E. (2020). Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 33-47. <https://doi.org/ggz6>
- Gobierno de Canarias (27 de abril de 2021). *Sanidad reforzará la red de atención a los trastornos de la conducta alimentaria*. <https://tinyurl.com/mrybkjd5>
- Haines, J. y Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health education research*, 21(6), 770-782. <https://doi.org/fvnzrj>
- Hanachi, M., Dicembre, M., Rives-Lange, C., Ropers, J., Bemer, P., Zazzo, J. F., Poupon, J., Dauvergne, A. y Melchior, J. C. (2019). Micronutrients deficiencies in 374 severely malnourished anorexia nervosa inpatients. *Nutrients*, 11(4), 792. <https://doi.org/j8pj>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/gc36>
- Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., y Maguire, S. (2023). Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia-a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 23. <https://doi.org/j8pk>
- Hay, P. y Bacaltchuk, J. (2001). Bulimia nervosa. *British Medical journal*, 323, 33-37. <https://doi.org/cqrb3b>

- Haycraft, E., Goodwin, H. y Meyer, C. (2014). Adolescents' level of eating psychopathology is related to perceptions of their parents' current feeding practices. *Journal of adolescent health*, 54(2), 204-208. <https://doi.org/f5x85f>
- Haycraft, E. y Blissett, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54(1), 221–224. <https://doi.org/dhth4c>
- He, Z. y Yang, W. (2022). Impulsiveness as potential moderators of the relation between social media dependence and eating disorders risk. *BMC psychology*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/j8s4>
- Hedman, A., Breithaupt, L., Hübel, C., Thornton, L. M., Tillander, A., Norring, C., Birgegård, A., Larsson, H., Ludvigsson, J. F., Sävendahl, L., Almqvist, C. y Bulik, C. M. (2019). Bidirectional relationship between eating disorders and autoimmune diseases. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(7), 803–812. <https://doi.org/gd6ss5>
- Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M. y O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(2), 280-304. <https://doi.org/j8pm>
- Holland, L. A., Bodell, L. P. y Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 21(5), 405–410. <https://doi.org/f46h7x>
- Honor G. (2010). Child sexual abuse: consequences and implications. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 24(6), 358–364. <https://doi.org/bd574x>
- Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders, Mrazek, P. J., y Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US).
- Iturbe, I., y Maiz, E. (2022). Prevention of eating disorders from the different psychological perspectives. *Nutricion Hospitalaria*. <https://doi.org/j8tp>

- Kenny M.E. y Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 521-526. <https://doi.org/fn2rkj>
- Keski-Rahkonen, A., y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/f88kqn>
- Klump, K. L., Culbert, K. M., Slane, J. D., Burt, S. A., Sisk, C. L., y Nigg, J. T. (2012). The effects of puberty on genetic risk for disordered eating: evidence for a sex difference. *Psychological medicine*, 42(3), 627–637. <https://doi.org/dv24qv>
- Krug, I., King, R.M., Youssef, G.J., Sorabji, A., Wertheim, E.H., Le Grange, D., Hughes, E.K., Letcher, P. y Olsson, C.A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232-241. <https://doi.org/f82653>
- Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., y Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 53, 46–58. <https://doi.org/f955k6>
- Lilienfeld, LR, Wonderlich, S., Riso, LP, Crosby, R. y Mitchell, J. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y personalidad: una revisión metodológica y empírica. *Revisión de psicología clínica*, 26(3), 299-320.
- Lippard, E. T., y Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36. <https://doi.org/gghbwf>
- Lunner, K., Werthem, E.H., Thompson, J.K., Paxton, S.J., McDonald, F. y Halvaarson, K.S. (2000). *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 430-435. <https://doi.org/dg42wh>
- Mabe, A. G., Forney, K. J., y Keel, P. K. (2014). Do you "like" my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *The International journal of eating disorders*, 47(5), 516–523. <https://doi.org/f57ph3>

- Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex roles*, 63, 672-681. <https://doi.org/d25r7w>
- Micali, N., Ploubidis, G., De Stavola, B., Simonoff, E., y Treasure, J. (2014). Frequency and patterns of eating disorder symptoms in early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 574-581. <https://doi.org/f5x85f>
- Miller, C. A., & Golden, N. H. (2010). An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 110-111. <https://doi.org/bfrvth>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., y Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402-1416. <https://doi.org/f9nkff>
- Monteleone A.M., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Castellini, G., Steardo, L., Monteleone, P. y Mj, M. (2020). Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorders psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and weight disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 577-589. <https://doi.org/gnxn66>
- Monteleone, A. M., Tzischinsky, O., Cascino, G., Alon, S., Pellegrino, F., Ruzzi, V., y Latzer, Y. (2022). The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: a network analysis study in people with bulimia nervosa and with binge eating disorder. *Eating and weight disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(1), 253–261. <https://doi.org/gjvbqh>
- National Institute of Mental Health (2021). *Eating Disorders: About More Than Food*. <https://tinyurl.com/NIMHEALTH>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. y Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11). <https://doi.org/gbb7mm>

- Ojeda-Martín, Á., López-Morales, M.P, Jáuregui-Lobera, I., y Herrero-Martín, G. (2021). Uso de redes sociales y riesgo de padecer TCA en jóvenes. *Journal of negative and no positive results*, 6(10), 1289-1307. <https://doi.org/110.19230/jonnpr.4322>
- Opydo-Szymaczek, J., Jarzabek-Bielecka, G., Kędzia, W. y Borysewicz-Lewicka, M. (2018). Child sexual abuse as an etiological factor of overweight and eating disorders—considerations for primary health care providers. *Ginekologia polska*, 89(1), 48-54. <https://doi.org/j8tn>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de septiembre de 2022). *Maltrato infantil*. <https://tinyurl.com/4ndy5ksa>
- Polivy, J. y Herman C.P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. <https://doi.org/f8s>
- Rai, T., Mainali, P., Raza, A., Rashid, J. y Rutkofsky, I. (2019). Exploring the Link Between Emotional Child Abuse and Anorexia Nervosa: A Psychopathological Correlation. *Cureus*, 11(8). <https://doi.org/j8tm>
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A. y Pallanti, S. (2001). Attachment processes in eating disorders. *Eating and weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(3), 166-170. <https://doi.org/j8tk>
- Rayworth, B.B., Wise, L.A. y Harlow, B.L. (2004). Childhood abuse and risk of eating disorders in women. *Epidemiology*, 15(3), 271-278. <https://doi.org/d267qm>
- Robertson, J. (2020). The Parent Behind the Eating Disorder: How Parenting Styles Affect Eating Disorders in Adolescents. *Family Perspectives*, 2(1), 3.
- Rosenbaum, D.L., White, K.S. y Artime, T.M. (2020). Coping with childhood maltreatment: Avoidance and eating disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 26(14). <https://doi.org/j8tj>
- Sahlan, R. N., y Sala, M. (2022). Eating disorder psychopathology and negative affect in Iranian college students: a network analysis. *Journal of eating disorders*, 10(1), 164. <https://doi.org/j8th>

- Schaefer, L. M., Smith, K. E., Anderson, L. M., Cao, L., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Peterson, C. B. y Wonderlich, S. A. (2020). The role of affect in the maintenance of binge-eating disorder: Evidence from an ecological momentary assessment study. *Journal of abnormal psychology, 129*(4), 387–396. <https://doi.org/j8tg>
- Schwartz, A., Galera, C., Kerbage, H., Montagni, I. y Tzourio, C. (2023). Adverse Childhood Experiences and ADHD Symptoms Among French College Students. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1-9*. <https://doi.org/j8tf>
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*(3), 167-179. <https://doi.org/cs6sks>
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (30 de noviembre de 2018). *Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes*. <https://tinyurl.com/2p99n7ya>
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., y Sansone, R. (1989). Family environment in Anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 8*(1), 25–31. <https://doi.org/bws2sr>
- Striegel-Moore, R.H. y Bulik, C.M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist Association, 62*(3), 181-198. <https://doi.org/c64pg3>
- Talmon, A. y Spatz, C. (2021). Childhood maltreatment and eating disorders: a prospective investigation. *Child Maltreatment, 27*(1), 88-99. <https://doi.org/j8pg>
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology, 25*, 59–64. <https://doi.org/gdj3nd>
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S., y Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association, 13*(2), 106-111. <https://doi.org/bxv926>
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., Whitaker, W., Todd, G., Lopez, C., y Whitney, J. (2007). Collaborative care between professionals and non-professionals in the management of eating disorders: a description of workshops focussed on interpersonal maintaining

factors. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 15(1), 24-34. <https://doi.org/cpw3h3>

Vajda, A., y Láng, A. (2014). Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 386-390. <https://doi.org/j8td>

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., ... & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *International Journal of Eating Disorders*, 53(8), 1188-1203. <https://doi.org/ggvf9z>

Ziobrowski, H.N., Buka, S.L., Austin, S.B., Duncan, A.E., Simone, M., Sullivan, A.J., Horton, N.J. y Field, A.E. (2021). Child and adolescent maltreatment patterns and risk of eating disorder behaviors developing in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 120. <https://doi.org/j8s5>