



TRABAJO DE FIN DE GRADO

“TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL”

Autora: Teresa Vizán Chaguaceda

Tutora: M^a Mercedes Martínez León

Curso 2024-2025

Grado en Nutrición Humana y Dietética

Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

RESUMEN

Las experiencias de abuso durante la infancia constituyen factores de riesgo significativos en la aparición de conductas alimentarias disfuncionales en etapas posteriores. Hoy en día se ha observado una evidente relación entre estas experiencias y el posterior desarrollo de alteraciones o trastornos en la conducta alimentaria (TCA), que muchas veces actúan como mecanismos disociativos frente al trauma acumulado sin resolver.

Además, el tratamiento de los TCA en víctimas de maltrato infantil persigue dilemas legales y bioéticos de gran relevancia, pues, la complejidad de estos casos prioriza considerar la protección del menor, su autonomía y los límites que exige la aceptación del consentimiento informado.

Entre los aspectos más controversiales del abordaje de la situación, está la posibilidad de ingreso involuntario en unidades especializadas, una medida que, aunque tiene el objetivo de proteger la integridad del menor, puede verse comprometida con sus derechos si no se gestiona adecuadamente desde el marco legal. El rechazo al tratamiento por parte del paciente representa el principal reto para los profesionales, que deben tomar la decisión correcta entre respetar su voluntad, o actuar en su beneficio, aunque el paciente no dé el consentimiento.

Esta situación se agrava en contextos de maltrato familiar, donde la figura adulta encargada de autorizar o rechazar el tratamiento, puede ser a su vez el agresor, lo que obliga a replantear una revisión exhaustiva del marco legal para cerciorar que las decisiones tomadas, respondan al interés único y exclusivamente del menor y no perpetúen la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra.

El análisis médico-legal de estos casos pone de manifiesto la gran importancia de formación especializada para los profesionales de la salud, de manera que les capacite para intervenir con rigor ético, acorde con la legislación vigente y con eficacia clínica en situaciones complejas de TCA en víctimas de maltrato infantil.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, víctimas, conducta alimentaria, maltrato infantil

ABSTRACT

Childhood abuse experiences are significant risk factors for the development of dysfunctional eating behaviors in later stages of life. Today, a clear relationship has been observed between these experiences and the subsequent emergence of eating behavior disorders (Eds), which often function as dissociative mechanisms in response to unresolved accumulated trauma.

Moreover, the treatment of eating disorders (EDs) in victims of child abuse raises important legal and bioethical dilemmas, as the complexity of these cases demands a careful balance between protecting the minor, respecting their autonomy, and addressing the limits imposed by the principle of informed consent.

One of the most controversial aspects in managing these situations is the possibility of involuntary admission to specialized units. Although this measure aims to protect the child's physical integrity, it may conflict with their rights if not properly handled within the legal framework. Refusal of treatment by the patient represents a major challenge for healthcare professionals, who must decide whether to respect the patient's will or intervene for their benefit despite the lack of consent.

This issue becomes even more complicated in cases of familial abuse, where the adult responsible for authorizing or denying treatment may be the abuser. This necessitates a thorough review of the legal framework to ensure that decisions made serve the sole and best interest of the minor and do not perpetuate their situation of vulnerability.

The medical-legal analysis of these cases highlights the critical importance of specialized training for healthcare professionals, enabling them to act with ethical integrity, in accordance with current legislation, and with clinical effectiveness in the complex treatment of EDs in victims of child abuse.

Key words: Eating Disorders, victims, eating behavior, child abuse

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS.....	4
2. ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS.....	5
3. INTRODUCCIÓN.....	6
a. Introducción general del tema.....	6
b. Objetivos.....	7
i. General	
ii. Específicos	
4. JUSTIFICACIÓN.....	8
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
6. DESARROLLO.....	12
6.1 Relación entre los tipos de maltrato infantil y los diferentes TCA	
6.2 Cuestiones éticas en el tratamiento de los TCA en víctimas de maltrato infantil	
6.3 Aspectos médico-legales de los TCA	
7. LIMITACIONES DEL TRABAJO.....	27
8. PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.....	28
9. CONCLUSIONES.....	29
10. BIBLIOGRAFÍA.....	31

ABREVIATURAS

- TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria
- BN: Bulimia Nerviosa
- AN: Anorexia Nerviosa
- LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil
- BOE: Boletín Oficial del Estado
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- AS: abuso sexual
- ASI: abuso sexual infantil
- IMC: índice de masa corporal

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Gráficas:

- Gráfica 1. Evolución de niños/as y adolescentes víctimas de agresión sexual 2017-2021.
Tasas de variación %

Tablas:

- Tabla 1. Lesiones e indicadores físicos de maltrato físico
- Tabla 2. Tipos de maltrato psicológico y sus características
- Tabla 3. Criterios de ingreso hospitalario

Figuras:

- Figura 1. Diagrama de flujo. Elegibilidad de los estudios seleccionados
- Figura 2. Repercusiones en la salud del maltrato en menores de edad

INTRODUCCIÓN

Los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)** son enfermedades médicas que implican alteraciones graves en la alimentación y en ocasiones tienen un origen biológico. Aunque la preocupación por la apariencia y el peso es común en muchas personas, quienes padecen estos trastornos pueden desarrollar una obsesión por el control de la ingesta de alimentos, el peso o la forma corporal. Estas condiciones pueden afectar gravemente la salud física y mental, e incluso poner en riesgo la vida. Sin embargo, con un tratamiento adecuado, la recuperación es posible (Instituto Nacional de Salud Mental, 2024).

Estos trastornos pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, origen, peso y género y, pueden caracterizarse por un bajo peso corporal, aunque, no siempre es así, manifestándose a veces en forma de normopeso e incluso sobrepeso. No existe una causa exacta, pero, diversos estudios plantean una combinación de factores genéticos, biológicos, de la conducta, psicológicos y sociales como agravantes de estos trastornos. (1)

El origen de los TCA es multifactorial, siendo el entorno familiar un importante precursor de estos. Se ha demostrado que una mala estructura familiar es un potencial factor de riesgo, con distinciones según el tipo de trastorno. En la Bulimia Nerviosa (BN) hay un mayor deterioro en la adaptabilidad familiar mientras que en la Anorexia Nerviosa (AN) principalmente se ven afectados la comunicación y rigidez familiar.

El **maltrato infantil** se define como cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años. Esto incluye todo tipo de maltrato físico o emocional, Abuso Sexual, negligencia y explotación comercial u otras formas de explotación que puedan dañar la salud, el desarrollo o la dignidad del niño, o que pongan en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (Organización Mundial de la Salud, 2024).

En España, durante el año 2018, se recogieron 18,801 notificaciones de casos de sospecha de maltrato infantil (Ruiz, 2020). Existe suficiente evidencia de los efectos adversos del maltrato infantil sobre el desarrollo y la salud física y mental del niño, niña o adolescente que lo padece. El maltrato es una experiencia que puede afectar el curso del desarrollo cerebral, por lo que, las víctimas de maltrato infantil tienen mayor probabilidad de padecer discapacidades y problemas de desarrollo. Las experiencias traumáticas vividas en la infancia tienen consecuencias negativas en la salud no sólo durante la niñez sino también en la etapa adulta. (2)



Aunque es clara la evidencia que respalda la fuerte relación entre el maltrato infantil y los TCA, aún se sigue investigando si algunos tipos de maltrato están más ligados a ciertos TCA, insinuándose que la BN y el trastorno por atracón podrían estar más relacionados directamente con antecedentes de maltrato infantil que la AN. (2)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la relación entre los TCA y las experiencias de maltrato infantil, mediante la realización de una revisión sistemática.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Revisar la literatura científica sobre la prevalencia de los TCA en víctimas de maltrato infantil.
- Identificar los efectos del maltrato infantil en el desarrollo y la manifestación de TCA en la adolescencia y adultez.
- Evaluar cómo se aplican los principios bioéticos en el tratamiento de personas con TCA y antecedentes de maltrato infantil.
- Estudiar los problemas éticos más frecuentes como el ingreso involuntario y el tratamiento forzado en el tratamiento de pacientes con TCA y antecedentes de maltrato infantil.
- Valorar el consentimiento informado en estudios que involucran a pacientes menores de edad o adultos con antecedentes de maltrato infantil y trastornos alimentarios
- Analizar los aspectos médico-legales de los TCA.

JUSTIFICACIÓN

La relación entre TCA y maltrato infantil es un tema de gran importancia tanto social como clínicamente, ya que desde ambas perspectivas se ve afectada en profundidad la salud física y mental de las personas que lo sufren. Pese a que está demostrado que los TCA son un conjunto de patologías de origen multifactorial, cada vez hay más evidencia sobre cómo las experiencias negativas vividas en la infancia, como el abuso o el maltrato, pueden incrementar, e incluso actuar como factores de riesgo en el desarrollo de un TCA.

No obstante, aunque la elaboración de estudios que planteen la influencia de factores genéticos, sociales, culturales y psicológicos en el desarrollo de los TCA va en aumento, aún hay mucha incertidumbre en la relación que hay entre TCA y maltrato infantil.

Por esta razón, considero el llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva que pueda demostrar esta importante relación y así favorecer la elaboración de estrategias de prevención e intervención más efectivas.

Mi interés en este contenido nace principalmente de la necesidad de dar una mayor visibilidad a las consecuencias del maltrato infantil en la salud mental a largo plazo, especialmente en el abordaje de los TCA, ya que la labor de los Dietistas-Nutricionistas es de gran relevancia a la hora de manejar el tratamiento de estos trastornos.

Frecuentemente, las personas que han vivido experiencias traumáticas y/o desagradables en su infancia se enfrentan a diversos obstáculos para obtener un diagnóstico adecuado y un tratamiento ajustado a sus necesidades particulares, lo que puede retrasar su sufrimiento e incrementar las probabilidades de que el trastorno se cronifique. Entender cómo estas experiencias tempranas influyen en el desarrollo de los TCA puede ofrecer medios para desarrollar tratamientos terapéuticos más eficientes, asegurando una atención más humanizada e individualizada.

Desde una perspectiva de salud pública, los TCA suponen un reto creciente debido a su enorme prevalencia, impacto en la morbilidad, y los costes asociados. Estos trastornos, además de afectar a las personas que los sufren, también afectan de manera indirecta a sus familiares y profesionales sanitarios.

El maltrato infantil continúa siendo un problema serio con repercusiones a largo plazo, muchas de las cuales no se entienden por completo. La ausencia de estrategias de prevención y detección temprana incrementa el riesgo de que las personas crezcan con secuelas psicológicas sin tratar, lo que lo aumenta la probabilidad de aparición de trastornos mentales, como los TCA.

Este trabajo de revisión tiene como objetivo proporcionar evidencia reciente sobre la conexión entre el maltrato infantil y los TCA en el adulto, con el fin de fortalecer el conocimiento accesible y fomentar el desarrollo de estrategias de prevención, detección e intervención temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica basada en temática relacionada con los TCA y su relación con las víctimas de maltrato infantil.

Para su realización se han utilizado las siguientes fuentes de información:

- Búsqueda bibliográfica de artículos de lectura libre publicados a partir del año 2005 en inglés y en español: en PubMed utilizando términos en inglés y en español PubMed, Scielo y Google Scholar, siendo las palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, maltrato infantil, abuso sexual infantil, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por atracón, bioética. Arrojando un total de 74 resultados que después se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de este proyecto quedándose con un total de 65, siendo seleccionados por su abstract teniendo en cuenta los objetivos del trabajo quedándose 11 a los que se añadieron otros 4 encontrados en referencias bibliográficas de los anteriores y que se consideraron de interés, todos están incluidos directa o indirectamente. (ver figura 1 diagrama de flujo).
- Datos oficiales aportados por:
 - o El Boletín Oficial del Estado (BOE) como: Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil
 - o Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los TCA y su asociación con el maltrato infantil.
 - o Ministerio de Sanidad como el protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023)
- Trabajos de Fin de Grado de cursos anteriores relacionados con el maltrato infantil y la aparición de los TCA.

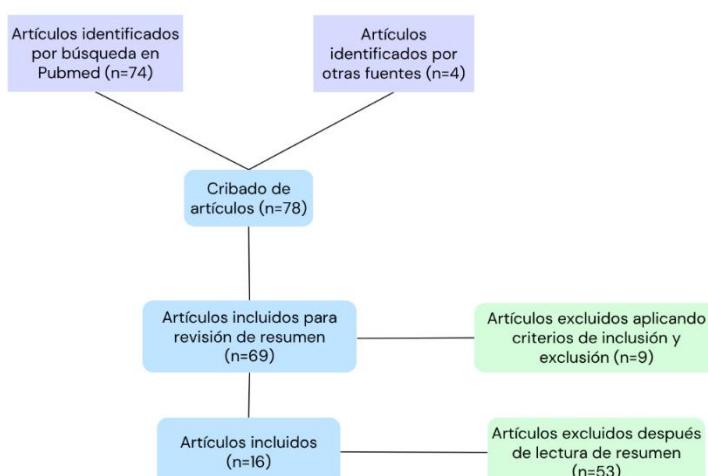


Figura 1.
Diagrama de flujo. Elegibilidad de los estudios seleccionados

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Artículos bibliográficos recientes, publicados a partir del año 2005 y en adelante.
- Investigaciones con una metodología correctamente definida y una muestra específica, incluyendo: estudios de cohortes, casos y controles, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios en los que participen humanos sin restricciones de edad o género.
- Artículos publicados en revistas científicas revisadas por pares.
- Estudios realizados en inglés y español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Artículos publicados antes del año 2005.
- Investigaciones con metodología poco clara o con sesgo significativo.
- Estudios sin acceso al texto completo.
- Opiniones, cartas al editor o artículos sin respaldo empírico.
- Estudios en idiomas distintos al inglés y español.

DESARROLLO

RELACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL Y LOS DIFERENTES TCA

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

En 2016, el secretario general de las Naciones Unidas junto a la OMS, presentaron un documento denominado INSPIRE cuya función principal es poner fin a la violencia contra niños, niñas y adolescentes. Este documento está formado por siete estrategias clave, y proporciona a los diferentes países un marco lógico que les permita diseñar sus propios planes de prevención y abordaje de la violencia contra la infancia. Las siete estrategias que plantea este documento son:

- Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes
- Normas y valores
- Seguridad en el entorno
- Apoyo a padres, madres y cuidadores.
- Ingresos y fortalecimiento económico.
- Respuestas de los servicios de atención y apoyo.
- Educación y aptitudes para la vida.

El maltrato infantil abarca diversas categorías, cada una de ellas con características particulares.

Las formas más relevantes de maltrato incluyen el maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o descuido y maltrato social. (4)

MALTRATO FÍSICO

Es toda forma de agresión no accidental infligida al menor, producida por el uso de la fuerza física, incluye dos categorías:

- Traumas físicos que producen lesiones severas.
- Traumas físicos provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o prácticas similares que, a pesar del daño psicológico, no constituyen un riesgo sustancial para la vida del niño.

El síndrome del niño zarandeado es un tipo de maltrato infantil. (4)

LESIONES	INDICADORES FÍSICOS
Lesiones cutáneas	Excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.
Lesiones esqueléticas (provocadas por zarandeos, sacudidas y torsiones)	Desprendimientos episiarios alrededor de la articulación del codo y la rodilla, fracturas de huesos largos, fracturas costales y claviculares, etc.
Lesiones craneoencefálicas	Fracturas de bóveda y base craneal, hematoma subdural, fracturas del macizo facial, etc.
Lesiones oculares	Edemas, heridas, hemorragias del vítreo, desgarros, desprendimientos, etc.
Lesiones viscerales	Roturas de vísceras (hígado, bazo, vejiga, etc.)

Fuente: Lachica (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*.

Tabla 1.
Lesiones e
indicadores
físicos de
maltrato físico
(5)

MALTRATO PSICOLÓGICO

Es el daño que intencionadamente se hace contra las actitudes y habilidades del niño. Afecta su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriora su personalidad, su socialización y, en general, el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades. Existen varias categorías:

- Ignorar al niño (niño fantasma). Sus emociones, miedos y necesidades afectivas son totalmente imperceptibles para sus padres o cuidadores.
- El rechazo por parte de los adultos de las necesidades, valores y solicitudes del niño.
- El aislamiento. Cuando el niño es privado de su familia y/o comunidad, negándole la necesidad de contacto humano.
- La corrupción. Cuando el niño está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales. (4)

Tabla 2. Tipos de maltrato psicológico y sus características (5)

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
<i>Rechazo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta los 2 años, rechazo a las iniciativas espontáneas y de apego del niño.
<i>Aterrorizar</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta los 2 años, ruptura deliberada de la tolerancia del niño a los cambios. - Hasta los 4 años, usos de gestos y palabras que tratan de intimidar y amenazar al niño. - En la edad escolar, respuesta a demandas contradictorias, críticas constantes, etc.
<i>Aislamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta los 2 años, imposibilidad de interactuar con los padres u otros adultos. - Hasta los 4 años, evitación de cualquier acto social. - En la edad escolar, intento activo de evitar que el menor establezca contactos sociales con compañeros.
<i>Ignorar</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de disponibilidad paterna/materna para cualquier tipo de necesidad que requiera el menor en cada una de las etapas de desarrollo.
<i>Corrupta</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alentar al menor a llevar a cabo acciones ilegales o perjudiciales para sí mismos.

ABUSO SEXUAL

Consiste en la participación de un niño en una actividad sexual que no comprende plenamente, o para la que por su desarrollo no está preparado y no puede expresar su consentimiento, o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales.

El AS de menores se produce cuando esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño o adolescente que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. (4)

NEGLIGENCIA

Es producida cuando en el contexto de los recursos disponibles de la familia o los cuidadores, no se proporciona al niño lo necesario para su desarrollo en todas las esferas: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, protección y condiciones de vida seguras. Como consecuencia de ello, se perjudica o se corre un alto riesgo de perjudicar la salud del niño o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. (4)

MALTRATO SOCIAL

Situación en la que se encuentra un niño, niña o adolescente en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencias de falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza. Las modalidades más relevantes son: el abandono físico, el deterioro social del niño, el niño infractor, el vinculado a actos terroristas, el trabajador. (4)

MALTRATO PRENATAL

Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto. (4)

IMPACTO DEL TRAUMA EN LA INFANCIA Y DIFICULTAD EN EL MANEJO DE EMOCIONES

Los TCA pueden estar respaldados por una desregulación emocional y comportamental. Diversos estudios han fundamentado que el trauma infantil se ve relacionado directamente con altos niveles de esta desregulación, además de una gran disociación y problemas conductuales.

Esta disociación puede interpretarse como un mecanismo ineficaz de manejo emocional frente a situaciones que exceden la capacidad de una persona para hacerles frente.

Múltiples investigaciones han evidenciado una mayor presencia de antecedentes traumáticos en personas con TCA en comparación con la población general. Algunos comportamientos típicos de estos trastornos, como la restricción extrema de alimentos, los atracones y las purgas, pueden

funcionar como estrategias de evasión y regulación emocional ante el impacto de traumas previos.

De igual manera, se ha investigado la relación entre experiencias adversas en la infancia, como el maltrato infantil, y el desarrollo de psicopatologías asociadas a los TCA. En particular, el ASI se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la aparición de trastornos alimentarios, especialmente la BN y el trastorno por atracón.

Un estudio realizado por la Universidad de Perugia, en Italia, reveló que los pacientes diagnosticados de TCA habían presentado experiencias traumáticas en la infancia considerablemente más graves en comparación con los controles sanos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los ámbitos de abuso y negligencia emocionales. Asimismo, las dificultades en la regulación emocional fueron sustancialmente mayores entre los pacientes con TCA en todos los ítems evaluados por la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.

A partir de estos hallazgos, se confirmó que las personas que padecen algún tipo de TCA experimentan situaciones traumáticas infantiles notablemente más graves que los individuos sin el trastorno, concretamente en situaciones en las que existe un abuso y negligencia emocional.

Todos estos resultados apoyan la hipótesis de que la desregulación emocional desempeña un papel clave en la psicopatología de los TCA. (6)

REPERCUSIONES EN LA SALUD DEL MALTRATO EN MENORES DE EDAD

La violencia ejercida en menores de edad representa una violación de sus derechos y se trata de un gran problema de salud pública en nuestro país. Las experiencias de violencia durante la infancia y/o adolescencia, pueden traducirse en un conjunto de afectaciones que impactan negativamente en su íntegro desarrollo.

El maltrato infantil puede provocar lesiones visibles, discapacidades irreversibles y, en algunos casos, la muerte. No obstante, las secuelas que deja el maltrato no siempre son tan evidentes, pues se trata de secuelas psicológicas que son más difíciles de detectar y actúan a largo plazo, por lo que se consideran incluso más graves que las físicas.

En el ámbito emocional, las víctimas presentan frecuentemente trastornos mentales como depresión, ansiedad y, en la mayoría de los casos, estrés postraumático. Es importante tratar esto como es debido, pues, es alta la probabilidad que existe de que las víctimas vean comprometidas sus relaciones personales, autoestima y la capacidad para enfrentarse a problemas en las diferentes etapas de la vida, posterior a la etapa de maltrato.

De igual manera, vivir de forma prolongada en contextos de violencia incrementa significativamente la probabilidad de que niños y adolescentes adopten comportamientos de riesgo. Entre ellos se encuentran el uso de drogas o alcohol, el inicio precoz y sin protección de la vida sexual, e incluso comportamientos que ponen en riesgo su integridad, como la autolesión o los pensamientos suicidas. Estas respuestas, además de poner en evidencia el riesgo sufrido, dan continuidad a ciclos de exclusión, violencia y pobreza.

A nivel cognitivo y educativo, las víctimas de violencia generalmente muestran un rendimiento escolar bajo, ausentismo persistente, dificultad en la capacidad de concentración y abandono escolar, lo que limita en gran medida su vida. (7)

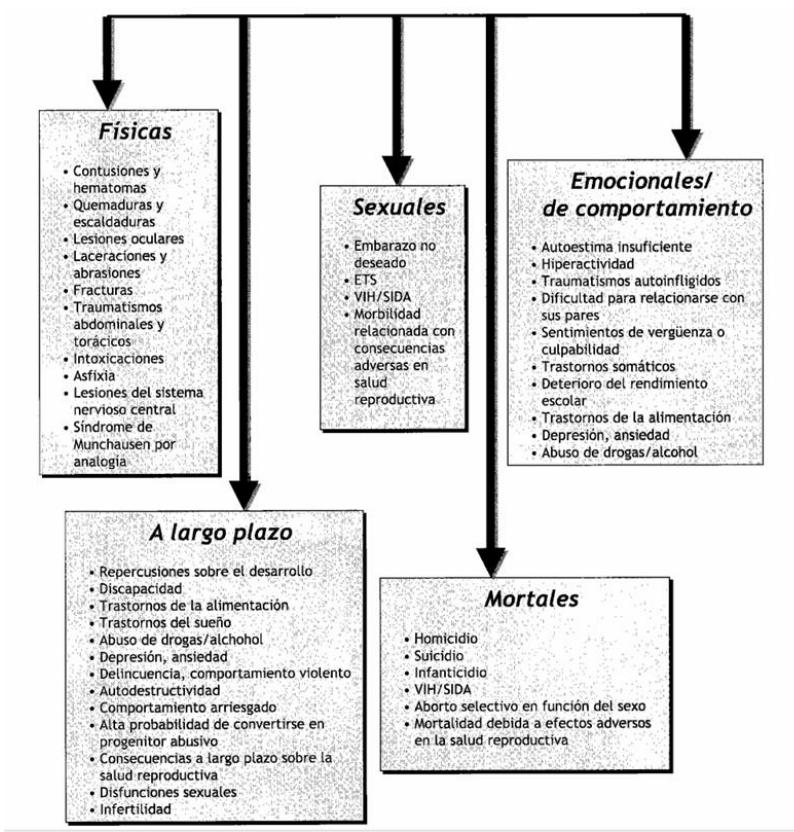


Figura 2.

Repercusiones en la salud del maltrato en menores de edad (8)

FACTORES INFLUYENTES EN LOS TCA

FAMILIA

El abuso incestuoso, no puede entenderse de manera aislada, pues está considerablemente influenciado por el contexto en el que ocurre, incluyendo los valores socioculturales y los códigos éticos. Por esto mismo, su impacto en el desarrollo y la salud mental de los individuos resulta profundamente relevante y significativo.

En una encuesta realizada a estudiantes que reportaron haber sufrido algún tipo de AS, se observó un mayor riesgo de sufrir un TCA, independientemente de los factores sociodemográficas, familiares y psicosociales. Además, las relaciones familiares consistentemente negativas, particularmente aquellas marcadas por vivencias de abuso físico pueden incrementar el riesgo de padecer algún tipo de TCA.

Diversos estudios realizados de manera anónima entre estudiantes universitarios varones, se revelaron los siguientes datos: 4% había sufrido AS, 3,6% había sido víctima de abuso físico, 26,2% reportó antecedentes familiares adversos y 4,6% presentaba un riesgo mayor de desarrollar un TCA.

En el caso de las adolescentes que habían sido víctimas de AS, se identificaron factores protectores como un fuerte y mayor apego emocional a la familia, la práctica de la religión o espiritualidad, la convivencia con ambos padres en casa y la percepción de gozar de una buena salud integral.

Asimismo, se identificaron factores que incrementaban los correlatos adversos, así como un ambiente escolar distinguido por el consumo de sustancias, la repercusión emocional del AS, el consumo de alcohol materno y el abuso físico.

En cuanto a los adolescentes varones, se contempló que el nivel educativo de la madre y el compromiso de los padres parecían ejercer un papel protector. En contraste, las mujeres que tenían antecedentes de agresiones intrafamiliares tenían más probabilidades de sufrir un TCA grave. Además, el AS de las madres se ha relacionado con TCA de por vida, uso de laxantes, vómitos y una notable insatisfacción corporal durante el embarazo. (9)

ETNIA

El 10% de los participantes latinos que había sufrido AS, presentaba algún tipo de TCA. En el caso de las mujeres, tanto el abuso físico como sexual en la infancia propiciaron el desarrollo de un TCA, mientras que en los hombres sólo el AS favoreció su aparición.

Estadísticamente, las minorías étnicas presentan cifras relativamente altas de TCA y, el antecedente de AS es considerado como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de patologías alimentarias. En estudiantes de secundaria mexicanos, la probabilidad de poseer un TCA fue siete veces mayor cuando se informó la experiencia de AS. (9)

GÉNERO/SEXUALIDAD

Los hombres homosexuales y bisexuales con antecedentes de AS tienen una mayor predisposición a desarrollar BN subclínica u otro tipo de TCA. Por esta misma razón, se aconseja realizar evaluaciones rutinarias de trastornos alimentarios, teniendo en cuenta que pueden actuar

como un potencial mecanismo de afrontamiento ante las secuelas emocionales relacionadas con el abuso. (9)

CUESTIONES ÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TCA EN VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL

ASPECTOS ÉTICO-LEGALES EN EL TRATAMIENTO INVOLUNTARIO DE LOS TCA

Los TCA se manifiestan en tres vertientes psicopatológicas: la física, la psicológica y la conductual.

Centrándonos en la parte psicológica, la clínica de los TCA se manifiesta en esta área con alteraciones cognitivas alteradas relacionadas con la dieta y/o el peso, a la vez que las personas que lo padecen presentan estados emocionales alterados y relaciones interpersonales perturbadas.

En muchos casos, los pacientes se encuentran en riesgo vital y precisan urgentemente un tratamiento en hospitalización, aunque sea involuntario, de esta manera es necesario aceptar la falta de conciencia de la enfermedad como parte de la sintomatología de los TCA, por lo que en muchos casos no es posible tomar la decisión de rechazar el ingreso y tratamiento.

En España, los internamientos psiquiátricos de acuerdo con los derechos constitucionales se regulan por códigos y leyes ordinarias: Códigos de Ética Médica, Código Penal, Código Civil y Ley General de Sanidad.

Según el artículo 17.1 de la Constitución Española de 1978: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley."

Asimismo, en el marco de tratamientos médicos e internamientos psiquiátricos no voluntarios, es relevante la Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil específicamente, su artículo 763, que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El artículo señala lo siguiente:

Artículo 763 de la LEC:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado.
4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. (10)

Para poder recibir un tratamiento médico es necesario que se realice la formalización del denominado “consentimiento informado” se trata de un documento/ proceso que radica en la manifestación de una persona apta (cuya capacidad física, mental y moral le permite tomar una decisión) de formar parte de una investigación, de manera que pueda comprender los riesgos, beneficios, consecuencias o posibles inconvenientes que puedan aparecer durante el desarrollo de la investigación en la que va a participar.

Cuando un paciente adulto o un menor maduro con un TCA rechaza el tratamiento, y este resulta imprescindible, es fundamental recurrir a los procedimientos legales y judiciales establecidos.

Los TCA pueden implicar un riesgo vital que justifica intervenciones involuntarias bajo el marco legal correspondiente. La normativa española garantiza el equilibrio entre el derecho a la libertad y la protección de la salud, estableciendo procedimientos claros para el internamiento no voluntario cuando el paciente no puede decidir por sí mismo. Asimismo, el consentimiento informado sigue siendo fundamental para respetar la autonomía siempre que sea posible. (11)

LEY ORGÁNICA 8/2021 DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (BOE n.134, de 05.06.21) BOE-A-2021-9347 Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Esta ley aborda la violencia contra la infancia y la adolescencia desde un enfoque integral, teniendo en cuenta la extensa complejidad de sus causas y efectos. Su alcance trasciende los límites administrativos e impacta en múltiples áreas jurisdiccionales. Con un gran énfasis en la prevención, la educación y la concienciación, la norma busca sensibilizar tanto a los menores

como a sus familias y a la sociedad en general. Además, establece medidas para la protección, detección temprana, asistencia y recuperación de las víctimas, basándose en modelos de atención reconocidos como eficaces para prevenir la revictimización.

Fines:

- a) Garantizar la implementación de medidas de sensibilización para el rechazo y eliminación de todo tipo de violencia sobre la infancia y la adolescencia, dotando a los poderes públicos, a los niños, niñas y adolescentes y a las familias, de instrumentos eficaces en todos los ámbitos, de las redes sociales e Internet, especialmente en el familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, del ámbito judicial, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio, de la Administración de Justicia y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- b) Establecer medidas de prevención efectivas frente a la violencia sobre la infancia y la adolescencia, mediante una información adecuada a los niños, niñas y adolescentes, la especialización y la mejora de la práctica profesional en los distintos ámbitos de intervención, el acompañamiento de las familias, dotándolas de herramientas de parentalidad positiva, y el refuerzo de la participación de las personas menores de edad.
- c) Impulsar la detección precoz de la violencia sobre la infancia y la adolescencia mediante la formación interdisciplinar, inicial y continua de los y las profesionales que tienen contacto habitual con los niños, niñas y adolescentes.
- d) Reforzar los conocimientos y habilidades de los niños, niñas y adolescentes para que sean parte activa en la promoción del buen trato y puedan reconocer la violencia y reaccionar frente a la misma.
- e) Reforzar el ejercicio del derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos, escuchados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta debidamente en contextos de violencia contra ellos, asegurando su protección y evitando su victimización secundaria.
- f) Fortalecer el marco civil, penal y procesal para asegurar la tutela judicial efectiva de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
- g) Fortalecer el marco administrativo para garantizar una mejor tutela administrativa de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
- h) Garantizar la reparación y restauración de los derechos de las víctimas menores de edad.
- i) Garantizar la especial atención a los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación de especial vulnerabilidad.

j) Garantizar la erradicación y la protección frente a cualquier tipo de discriminación y la superación de los estereotipos de carácter sexista, racista, homofóbico, bifóbico, transfóbico o por razones estéticas, de discapacidad, de enfermedad, de aporofobia o exclusión social o por cualquier otra circunstancia o condición personal, familiar, social o cultural.

k) Garantizar una actuación coordinada y colaboración constante entre las distintas administraciones públicas y los y las profesionales de los diferentes sectores implicados en la sensibilización, prevención, detección precoz, protección y reparación.

l) Abordar y erradicar, desde una visión global, las causas estructurales que provocan que la violencia contra la infancia tenga cabida en nuestra sociedad.

m) Establecer los protocolos, mecanismos y cualquier otra medida necesaria para la creación de entornos seguros, de buen trato e inclusivos para toda la infancia en todos los ámbitos desarrollados en esta ley en los que la persona menor de edad desarrolla su vida. Se entenderá como entorno seguro aquel que respete los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido el entorno digital.

n) Proteger la imagen del menor desde su nacimiento hasta después de su fallecimiento.

La Ley Orgánica 8/2021 de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia abarca diversas disposiciones clave asociadas al tratamiento de los TCA en víctimas de maltrato infantil:

1. Atención integral: Las víctimas recibirán atención personalizada, especializada y multidisciplinar, que incluirá el tratamiento de problemas psicológicos derivados del maltrato, como los TCA. Esto requiere un enfoque integral que fusiona recursos médicos, psicológicos y sociales para atender las secuelas del abuso. El objetivo es crear un ambiente apropiado que favorezca la recuperación del menor, asegurando que todas las áreas de su bienestar se vean atendidas de manera individualizada y eficaz.
2. Protección de la salud mental: Se reconoce y enfatiza la relevancia de cuidar la salud mental de las víctimas de abuso, lo que engloba el tratamiento de enfermedades específicas como los TCA. Los profesionales de la salud mental deben estar cualificados para identificar y tratar estos trastornos, reconociendo la asociación directa entre el maltrato infantil y el desarrollo de trastornos psicológicos, así como problemas conductuales. La ley destaca la conveniencia de fomentar la implementación de acciones tempranas para evitar el agravamiento de estas circunstancias.
3. Protocolos de intervención: Se impondrá la obligación de contar con protocolos definidos y organizados de actuación ante situaciones de maltrato infantil. Estos protocolos contemplan la identificación precoz de los TCA, así como la actuación rápida para su

diagnóstico y tratamiento. Además, la ley incluye la formación entre los profesionales implicados en la protección infantil, asegurando que los menores reciban el apoyo necesario de manera inmediata y eficaz.

Esta legislación establece una base legal fundamental para la protección y el tratamiento de los TCA en víctimas de maltrato infantil, garantizando una intervención apropiada, coordinada y eficiente. (12)

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LOS TCA

ASPECTOS ÉTICOS DE LOS TCA

La aplicación de los principios éticos básicos en el tratamiento de los TCA en víctimas de maltrato infantil es crucial debido a la vulnerabilidad y las complejidades que presentan estas personas. Los principios éticos básicos proceden del Informe Belmont (1978, EE. UU.). Existen dos niveles jerárquicos:

- Justicia y no maleficencia
- Beneficencia y autonomía

Es importante saber distinguir cada uno de ellos y aplicarlos a la práctica de la manera más efectiva y humana posible.

1. RESPETO DE LA AUTONOMÍA

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

2. NO MALEFICIENCIA

Este principio solicita «no dañar». Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida.

3. BENEFICIENCIA

La *beneficencia* consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la *no-maleficencia* implica la ausencia de acción, la *beneficencia* incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de *beneficencia*: la *beneficencia positiva* y la *utilidad*. La *beneficencia positiva* requiere la provisión de beneficios. La *utilidad* requiere un balance entre los beneficios y los daños. Cuando la *beneficencia* se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el *paternalismo*.

4. JUSTICIA

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

El término relevante en este contexto es el de *justicia distributiva* que, según estos autores, se refiere a «la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social»⁹. Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades. Son varias las instituciones públicas y privadas implicadas, incluyendo al Gobierno y al sistema sanitario. (13)(14)

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LOS TCA

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Se define internamiento involuntario como “la privación de libertad en un centro sanitario especializado autorizada y garantizada judicialmente, excepto en el caso de urgencia, donde se ratificará la autorización judicial con posterioridad, con el objeto de aplicar una terapia psiquiátrica sobre una persona afectada por trastorno psíquico, cuando ésta no tenga capacidad de decidir por sí y exista un grave riesgo para su salud”. Está formado por las siguientes características:

- a) El internamiento involuntario, debe hacerse con prudencia y solo mientras dure el peligro que lo justifica. Una vez que el riesgo desaparece, la medida debe cesar para respetar los derechos individuales.
- b) Se aplicará con independencia de si la persona a internar es capaz, un menor bajo patria potestad o un incapaz bajo tutela. En todos los casos, se asegurará el derecho a presentar oposición mediante un Abogado y Procurador.
- c) Se deben justificar en la unanimidad de los casos las causas del internamiento.

- d) La duración del internamiento se verá influenciada por el tiempo necesario para lograr la curación o estabilización mental, quedando la decisión de autorizar el alta en manos del médico responsable de la terapia.

La *Guía de Práctica Clínica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Murcia – 2005), propone unos “criterios de ingreso hospitalario” que según el tipo de TCA reúnen unas características diferenciales que han de ser cumplidas para llevar a cabo el internamiento no voluntario:

En anorexia:

- β IMC < 16,5 (siendo menor de 14,5 ingreso involuntario).
- β Enfermedades físicas secundarias o no a la anorexia que requieran hospitalización.
- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Grave conflicto familiar generado por el trastorno alimentario (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso continuado y reiterado del tratamiento ambulatorio.

En bulimia nerviosa:

- β Trastornos psiquiátricos graves (ansiedad, depresión, suicidio, psicosis...).
- β Ciclos incoercibles de atracón vómito con alteraciones electrolíticas graves.
- β Ambiente familiar muy deteriorado (posible utilización de otros recursos).
- β Fracaso de otras alternativas terapéuticas.

Tabla 3.
Criterios de
ingreso
hospitalario
(15)

Además, se recurrirá al ingreso forzoso cuando:

- El paciente tenga una IMC menor de 14,5.
- Se presenten los trastornos psiquiátricos mencionados anteriormente.
- Por los conflictos familiares sea beneficioso separarle de la familia.
- Han fracasado los tratamientos ambulatorios y las otras alternativas planteadas, constantemente.

El tratamiento que se implante en cualquier tipo de TCA buscará la recuperación del estado nutricional y del IMC, la motivación para la adherencia al cambio, una formalización de los hábitos alimentarios y la modificación de conductas, hábitos y creencias hacia la comida. (15)

DELITO DE INDUCCIÓN A LOS TCA

En la algunos de los estadios de los TCA, especialmente en la AN y BN, son puestas en peligro la vida y/o integridad física asumidas voluntariamente por la persona.

La tipificación penal solamente puede venir referida, como en el caso del suicidio, a los terceros que colaboran con el titular del bien jurídico protegido.

El suicidio como tal no es un delito, pero algunas acciones que lo fomentan sí lo son, como la inducción, cooperación o la eutanasia cuando no se cumple con la Ley de Regulación de la

Eutanasia, también en la última reforma se incluye como delito en el Código Penal la Inducción al suicidio en menores a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información, lo que hace que el tratamiento penal del tema sea difícil.

En el derecho español, no existe un delito específico de inducción a algún tipo de TCA ni un mecanismo directo para castigar la incitación a conductas que pongan en peligro la salud. No obstante, se considera importante estudiar la figura legal de la Inducción al Suicidio (IS).

Algunos autores consideran que este delito se produce con independencia del resultado (suicidio consumado), mientras que otros lo entienden como delito de mera actividad, hay desacuerdo sobre si es necesario probar que la muerte ocurrió para aplicar el tipo penal.

Respecto al bien jurídico protegido, hay un debate entre el derecho a la vida y el derecho a la autonomía, ya que algunos autores cuestionan si el Estado debe imponer la obligación de vivir.

En España desde la aprobación de la Ley de Regulación de Eutanasia en el año 2021 tenemos actualmente legalizado la prestación de ayuda para morir, únicamente para personas mayores de edad (18 años), no se contempla en menores, que puede ser realizada por dos modalidades: Administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario (EUTANASIA) y Prescripción al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, que se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte (SUICIDIO ASISTIDO). Por lo que está legalizado la práctica de la Eutanasia y el Suicidio asistido en personas mayores de edad, con una enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposible.

No obstante, la jurisprudencia del Tribunal Supremo sostiene que la penalización del suicidio inducido se justifica por la desaprobación objetiva de esa conducta.

El artículo 143 del Código Penal regula el delito de inducción al suicidio en general. Y el nuevo artículo 143. Bis regula La Inducción al suicidio en menores a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información:

Artículo 143.

1. Inducción al suicidio. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2. Auxiliar al suicidio: Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3. Cooperación ejecutiva al suicidio: Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.

4. Eutanasia que no cumple con la Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia: El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

5. Eutanasia que cumple con la Ley Orgánica de la Regulación de la Eutanasia: No obstante, lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.

Artículo 143 bis. Inducción al suicidio en menores.

La distribución o difusión pública a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información o de la comunicación de contenidos específicamente destinados a promover, fomentar o incitar al suicidio de personas menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección será castigada con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Las autoridades judiciales ordenarán la adopción de las medidas necesarias para la retirada de los contenidos a los que se refiere el párrafo anterior, para la interrupción de los servicios que ofrezcan predominantemente dichos contenidos o para el bloqueo de unos y otros cuando radiquen en el extranjero. (16)

LIMITACIONES DEL TRABAJO

Al realizar el presente trabajo me he encontrado con diversas limitaciones.

Para comenzar, al tratarse de una revisión bibliográfica, no se han realizado investigaciones de campo por lo que se ve limitada la posibilidad de determinar relaciones directas entre el maltrato infantil y los TCA.

Además, prácticamente la totalidad de los estudios seleccionados tiene una elevada variabilidad en relación con los métodos de investigación, las poblaciones analizadas y los parámetros diagnósticos, lo cual limita la generalización de los resultados.

Por último, se pone de manifiesto la limitada atención que reciben las variables contextuales como la condición económica y social, la etnia o la orientación sexual, las cuales podrían modificar sustancialmente el impacto del maltrato y el desarrollo de TCA.

PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Es importante establecer la necesidad de implementar acciones concretas que permitan abordar de forma eficaz la relación entre el maltrato infantil y el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

1. Introducción de protocolos de detección temprana en contextos escolares y sanitarios

La inclusión de protocolos estandarizados para la identificación de señales de maltrato infantil en escuelas, centros de salud y servicios sociales facilitaría una intervención precoz, evitando la persistencia de las posibles secuelas emocionales y disminuyendo el riesgo de desarrollar algún tipo de TCA.

2. Capacitación especializada para profesionales

Los profesionales sanitarios como dietistas-nutricionistas, psicólogos o trabajadores sociales, entre otros, deben recibir formación continua y especializada en el trauma infantil y TCA. Esto les facilitará el trabajo a la hora de intervenir de manera eficaz, ética y siempre tratando de actuar en beneficio del menor, respetando sus derechos y atendiendo sus necesidades de manera integral.

3. Adaptación de políticas para salud mental y protección infantil

Se plantea la revisión y actualización de las políticas públicas para reforzar la red de apoyo dirigida a la población vulnerable. Esto implica invertir más en programas de intervención precoz, a la salud mental infantil y juvenil, y a la colaboración entre instituciones

4. Implementación de programas educativos y de sensibilización

Se sugiere realizar campañas de concienciación sobre el impacto del maltrato y su asociación con los TCA en población predisponente como los menores. Estas campañas deben dirigirse tanto la ciudadanía general, pero sobre todo a las familias, promoviendo una parentalidad positiva.

5. Implementación de unidades de atención integral para víctimas

Establecer centros especializados que ofrezcan atención multidisciplinar a menores víctimas de maltrato que presentan TCA. Estos espacios deben garantizar un entorno protegido, con planes terapéuticos personalizados promoviendo la recuperación física y emocional.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación evidente entre el maltrato infantil y la aparición de un TCA. Además, se aprecia notablemente que el abuso infantil incrementa la vulnerabilidad de la persona y aumenta las probabilidades de que desarrolle problemas con la alimentación.
2. Los TCA son patologías multifactoriales además de, de extrema complejidad al llevarse a cabo. Diversos factores psicológicos, sociales, biológicos y conductuales cooperan conjuntamente en el desarrollo del trastorno. El maltrato infantil, al relacionarse con otros factores de riesgo como la familia, la etnia o el género, agrava la probabilidad de la aparición de manifestaciones clínicas como la AN y la BN.
3. La detección temprana y prevención resultan fundamentales. Es altamente relevante la incorporación de normativas de detección precoz en el entorno de la salud y de la educación. La identificación precoz de situaciones de maltrato infantil puede prevenir el desarrollo de patologías futuras como los TCA y facilitar el desarrollo de intervenciones que reduzcan el impacto a largo plazo de la salud de las víctimas.
4. Es crucial destacar las implicaciones para la política y la práctica clínica. Los resultados indican la conveniencia de reformular las políticas de salud pública y protección al menor. Las estrategias de intervención deben incluir programas de concienciación y sensibilización, formación especializada del profesional, así como la asignación de recursos dirigidos a la prevención y tratamiento de las consecuencias del maltrato, poniendo especial atención en la promoción de la salud mental y nutricional.
5. Debido al carácter complejo del fenómeno, se destaca la relevancia de introducir intervenciones terapéuticas que aborden el componente nutricional y psicológico del problema. Es fundamental la integración de equipos multidisciplinares que incluyan nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales para proporcionar una atención integral y ajustada a las necesidades de las víctimas.
6. La falta de concienciación social sobre el abuso infantil y su relación con diversos trastornos como los TCA, constituye una barrera significativa a la hora de conseguir una resolución eficaz, lo que hace imprescindible una labor conjunta en materia de educación, divulgación y concienciación social.

7. La ausencia o deficiencia de una normativa específica y actualizada que regule íntegramente la materia produce desconfianza jurídica y entorpece la protección de los derechos y la aplicación eficiente de sanciones en el caso de que se produzcan incumplimientos.

8. A pesar de las limitaciones que pueden aparecer en el estudio, se ha conseguido identificar una serie de patrones y problemáticas comunes que permiten entender mejor la temática analizada y formular propuestas de estrategias de intervención con acciones concretas que permitan abordar de forma eficaz la relación entre el maltrato infantil y el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Mental Health. Los trastornos de la alimentación: Lo que debe saber [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 2025 Mar [citado 2025 Jun 11].
2. Barrero P, Sánchez Sandoval Y. Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria en la adultez: una revisión sistemática [Internet]. *Psychology, Society & Education*. 2022 [citado 2025 Jun 11];14(1):55-65.
3. Ballesteros B, Campo MJ, López C, Garrido J, García S, Herrero MJ, et al. Agresión sexual en niñas y adolescentes, según su testimonio: evolución en España (2019–2023). Madrid: Fundación ANAR; 2023.
4. Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica [Internet]. [s.l.]: CORE; sin fecha [citado 2025 Jun 11].
5. Fernández-Fernández MV. Maltrato infantil: un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos; 2014. 340 p.
6. Brustenghi F, Mezzetti FAF, Di Sarno C, Giulietti C, Moretti P, Tortorella A. Eating Disorders: the Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psychiatr Danub*. 2019 Sep;31(Suppl 3):509–511. PMID: 31488781
7. Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación frente a la Violencia en NNA en el SNS (CoViNNA). *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 30 abril 2024. (CoViNNA).
8. World Health Organization. Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores, 29–31 de marzo de 1999 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 1999. (WHO/HSC/PVI/99.1). 54 p.
9. Behar R, Barra FdL. Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2021 Dic [citado 2025 Mayo 29];59(4):308–20.
10. España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. *Boletín Oficial del Estado* núm. 7, de 8 ene 2000 [actualizada 28 feb 2025]; citada 11 jun 2025.
11. Monteleone AM, Monteleone P, Volpe U, De Riso F, Fico G, Giugliano R, et al. Childhood trauma and cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2015 Jun;48(6):615–21. PMID: PMC2788237.
12. España. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. *Boletín Oficial del Estado* núm. 134, 5 jun 2021. 74 p.

13. Martínez-Zaporta Aréchaga E, Fernández-Delgado Momparler R. Aspectos bio-jurídicos de los trastornos de la conducta alimentaria: pasado, presente y futuro. *Rev Derecho Salud*. 2011;21(Extra):39-74.
14. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*. 2010 Mar;22:121-157.
15. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. *Guía práctica clínica de los trastornos de conducta alimentaria*. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2005.
16. España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*. 1995 Nov 24;281:34373-34412.