



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**LA INFLUENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA VIOLENCIA EN
PAREJA EN EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA.**

Autor/a: Rocío Boix Moya

Director/a: Ángela Fernández Marcos

Madrid

2025/2026

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria se consideran trastornos multifactoriales, para los que no existe consenso acerca de su origen. En los últimos años, la investigación apunta que las experiencias de violencia física, psicológica o sexual pueden ser evaluadas como factores de riesgo a la hora de desarrollar este tipo de trastornos.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la posible relación entre la vivencia de eventos potencialmente traumáticos como el abuso sexual infantil o la violencia en pareja y los trastornos de la conducta alimentaria. Así como, las posibles variables mediadoras en dicha relación.

Los resultados obtenidos reflejan una asociación significativa entre las experiencias de violencia y los trastornos de la alimentación. Sugieren que la sintomatología alimentaria puede funcionar como estrategias desadaptativas de afrontamiento del malestar emocional o psicológico derivado de la violencia.

Palabras clave: Trastornos de la Conducta Alimentaria, Abuso Sexual Infantil, violencia en la pareja, trauma.

ABSTRACT

Eating disorders are considered multifactorial conditions for which there is no clear consensus regarding their etiology. In recent years, research has suggested that experiences of physical, psychological, or sexual violence may be considered risk factors for the development of these disorders.

The present study aims to analyze the possible relationship between the experience of potentially traumatic events, such as childhood sexual abuse and intimate partner violence, and eating disorders, as well as the potential mediating variables involved in this association.

The findings reveal a significant association between experiences of violence and eating disorders. They suggest that eating disorder symptomatology may function as maladaptive coping strategies in response to the emotional or psychological distress derived from violent experiences.

Keywords: Eating Disorders, Childhood Sexual Abuse, Intimate Partner Violence, Trauma.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)	6
3.1.1 Marco teórico y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria	6
3.1.2. Factores de vulnerabilidad/riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria	9
3.2. LA VIOLENCIA Y SUS CONSECUENCIAS	11
3.2.1. Clasificación de los tipos de violencia: violencia en pareja, violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia emocional y violencia física.	11
3.2.2. Impacto psicológico de los eventos traumáticos violentos.	13
3.3. RELACIÓN ENTRE LA VIVENCIA DE VIOLENCIA Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.	14
3.3.1. Abuso Sexual Infantil (ASI) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).	14
3.3.2. Violencia en pareja y trastornos de la conducta alimentaria.	19
4. DISCUSIÓN	23
5. CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	28

1. INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son considerados problemas de salud pública debido a su prevalencia, la gravedad de los síntomas y su fuerte resistencia al tratamiento. Se trata de una patología de carácter multifactorial que se puede presentar de diversas formas entre otras, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno por atracón (Berny Hernández et al., 2020).

En este sentido, diversos estudios señalan que los eventos traumáticos tempranos guardan una estrecha relación con el desarrollo de patologías alimentarias. Las experiencias de violencia en etapas iniciales de la vida, pueden moldear la manera en que la persona percibe al mundo y a sí misma, generando cambios a nivel cognitivo, afectivo, físico y conductual, especialmente cuando su repertorio de estrategias de afrontamiento está aún en desarrollo (Del Castillo, Bedoya, & Caballero, 2021).

En su investigación, Hayes (2022) sugiere que las experiencias de adversidad y trauma tienen un impacto en la gestión emocional de la persona, limitando los recursos de afrontamiento ante el malestar emocional. Estas dificultades para la regulación emocional, pueden favorecer el desarrollo de conductas alimentarias desadaptativas.

Así, se ha demostrado que en niños y adolescentes con antecedentes de maltrato, el riesgo de padecer cualquier trastorno psiquiátrico se multiplica por 3,7, siendo el abuso sexual una de las adversidades más estrechamente vinculadas con la psicopatología compleja en la adultez (Behar & De la Barra, 2021).

Según Behar & De la Barra (2021), los trastornos de la conducta alimentaria y las secuelas del abuso sexual infantil comparten síntomas nucleares como la distorsión de la imagen corporal, conductas auto-destructivas, hostilidad, aislamiento interpersonal y sentimientos de soledad. De esta forma, los síntomas de los TCA pueden funcionar como estrategias de afrontamiento disfuncionales, ya sea a través de la restricción como intento de desaparecer, el atracón como descarga emocional o la purga como forma de auto-castigo.

Por otro lado, diversos estudios evidencian una asociación significativa entre la violencia en la pareja (física, psicológica y sexual) y la presencia de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón. La mayoría de ellos señalan que el hecho de vivenciar una relación abusiva genera consecuencias psicológicas que pueden derivar en sintomatología alimentaria. En este

sentido, los TCA pueden entenderse como estrategias de afrontamiento disfuncionales, utilizadas como mecanismos de escape o de regulación frente al sufrimiento derivado de la violencia (Bretaña et al., 2025).

Se considera fundamental estudiar la relación entre la vivencia de experiencias de violencia y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria ya que esta, deteriora la autoestima, incrementa la sensación de pérdida de control y promueve estrategias de afrontamiento disfuncionales que pueden influir en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se ha desarrollado una revisión bibliográfica acerca de la influencia del abuso sexual infantil o la violencia en la pareja en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. La búsqueda de información ha sido realizada a través de las bases de datos académicas de Google Scholar, Scopus, Pubmed, Psycodoc y PsycINFO. Se trata de un estudio de carácter descriptivo acerca de una problemática actual, de esta forma, se ha procurado hacer uso de fuentes bibliográficas actualizadas.

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la posible relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y las experiencias de violencia física, psicológica y sexual en el contexto del abuso sexual infantil y la violencia en la pareja.

Se plantea la hipótesis de que determinadas variables psicológicas actúan como mediadoras en la relación entre las vivencias de violencia y el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, se pretende identificar y analizar los factores psicológicos que median entre ambas variables.

Del mismo modo, se plantea la hipótesis de que los trastornos de la conducta alimentaria pueden actuar como estrategias de afrontamiento disfuncionales frente al sufrimiento derivado de la violencia. En este sentido, se pretende analizar la función que cumplen los trastornos por anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y atracón en las personas que han sido víctimas de estos tipos de violencia.

Con el objetivo de dar respuesta a estas cuestiones, se pretende resolver objetivos más específicos que atiendan al análisis de los distintos tipos de violencia interpersonal así como sus consecuencias a nivel físico, psicológico o conductual. De igual modo, se plantea

identificar los posibles factores de riesgo o vulnerabilidades que favorecen la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria con el objetivo de entender la relación entre estos y las vivencias de experiencias de violencia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

3.1.1 Marco teórico y clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria

En los últimos años, tanto a nivel mundial como estatal, se ha observado un aumento significativo en los casos de trastornos de la conducta alimentaria. Según diversos expertos, esta tendencia se ha intensificado notablemente desde la pandemia de COVID-19 convirtiéndose en un grave problema de salud pública (INFOCOP, 2024).

Se tratan de trastornos multicausales que afectan generalmente a niñas adolescentes y mujeres jóvenes (López y Treasure, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (2025), “se estima que afectan a un 0,1% de los adolescentes de 10 a 14 años y a un 0,4% de los de 15 a 19 años”. No obstante, la National Eating Disorders Association (2025) advierte que, en las mujeres mayores de 40 años, entre el 2 y el 7,7% cumplen los criterios diagnósticos de estos trastornos. Estos datos sugieren que los trastornos de la conducta alimentaria no constituyen únicamente una problemática en edades tempranas, sino que también pueden presentarse en la edad adulta.

Generalmente, esta situación se explica por la persistencia en el tiempo del trastorno iniciado en la adolescencia que aún no ha remitido; No obstante, también existen casos en los que el trastorno aparece en la etapa adulta (Behar, 2018). Durante la adultez media (entre los 40 y los 60 años), las personas atraviesan un proceso de redefinición de la identidad comparable a la de la etapa adolescente a la vez que aparecen cambios a nivel físico, estético y psicosocial (Behar, 2018).

Según la American Psychiatric Association (2013), los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos se pueden definir por la presencia de alteraciones persistentes en la alimentación de la persona o en las conductas relacionadas con ella, que provoca modificaciones en la cantidad o la forma en la que el organismo absorbe los

alimentos y tiene un gran impacto en la salud física de la persona o en su funcionamiento psicológico y social.

Estos trastornos pueden incidir gravemente en la salud física y mental de las personas que lo padecen y en ocasiones puede llegar a suponer un peligro para la vida. La investigación sugiere que es la combinación de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales los que aumentan el riesgo de padecer estos trastornos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2024).

La gran parte de los adolescentes que presentan algún trastorno de la conducta alimentaria, no buscan ayuda de manera directa, ya que suelen mostrar poca conciencia de enfermedad y escasa motivación para el cambio. En muchos casos, son los padres, el profesorado o la red de apoyo quienes detectan la situación y favorecen que la persona busque ayuda aunque sea de manera involuntaria (López y Treasure, 2011).

La American Psychiatric Association (2013), incluye criterios diagnósticos dentro de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos para los siguientes: trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones y otros trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos no especificados.

Todos estos comparten sintomatología como la preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal y el empleo de formas no saludables para el control o la reducción del peso (López y Treasure, 2011). Sin embargo, la American Psychiatric Association (2013) indica que deben ser diagnosticados de forma mutuamente excluyente, ya que cada cuadro presenta diferencias en su evolución clínica, pronóstico y tratamiento. En el presente trabajo centraremos nuestro análisis en los trastornos de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de atracones.

Según la American Psychiatric Association (2013) debemos entender la anorexia nerviosa como la restricción del consumo de alimentos que aportan energía en comparación con los requerimientos del propio organismo, que dan lugar a un peso significativamente inferior al esperado en función a la edad, el sexo, la etapa evolutiva y el estado de salud física de la persona. Para el diagnóstico de este trastorno debe existir un miedo a engordar o ganar peso o conductas que interfieran en el aumento de peso y, una alteración en la manera que la persona percibe su peso o constitución o la ausencia de reconocimiento de la severidad del

bajo peso. Dentro de este trastorno es importante diferenciar si se trata de una anorexia nerviosa de tipo restrictivo o con atracones o purgas.

La anorexia nerviosa suele tener inicio durante la adolescencia o la edad adulta temprana generalmente, tras acontecimientos vitales estresantes y con un desarrollo y un curso muy variables en función a la persona. Algunas personas logran una recuperación completa tras un único episodio, mientras que otras pueden experimentar un curso variable alternando mejoras y recaídas, y en ciertos casos se desarrolla un patrón crónico que puede prolongarse durante muchos años (American Psychiatric Association, 2013).

Este trastorno presenta en la actualidad una tasa de mortalidad elevada en comparación con otro tipo de trastornos mentales, según la American Psychiatric Association (2013) la tasa bruta de mortalidad es de alrededor del 5% por década. Esto se debe a las consecuencias médicas asociadas a la inanición, entre las cuales se incluyen la osteopenia u osteoporosis, la anemia, el desgaste muscular, la pubertad tardía, el estreñimiento, la baja presión arterial, la sensación de cansancio constante, la amenorrea o la ralentización de la respiración y el pulso (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2024).

En cuanto a las consecuencias de carácter psicosocial, se conoce que las personas con anorexia nerviosa presentan sintomatología de carácter depresivo como sentimientos de tristeza persistentes, retraimiento o aislamiento social que se relaciona con la incomodidad de comer en público, irritabilidad, dificultades para conciliar el sueño y una disminución del interés sexual. Asimismo, se observan sentimientos de ineficacia, una fuerte necesidad de control sobre el entorno, rigidez en el pensamiento, escasas habilidades de espontaneidad en las interacciones sociales y una baja expresión emocional (American Psychiatric Association, 2013).

En este sentido, las personas con anorexia nerviosa pueden experimentar limitaciones en su funcionamiento diario. Aunque algunas logran mantener su actividad profesional y social, otras presentan un marcado aislamiento social que en ocasiones limita sus capacidades para mantener el rendimiento profesional (American Psychiatric Association, 2013).

Por otro lado, la American Psychiatric Association (2013) define la bulimia nerviosa como “episodios recurrentes de atracones” es decir, la ingesta de una cantidad de alimentos exagerada en un periodo de tiempo con una sensación de ausencia de control durante el episodio. Para su diagnóstico, tras la ingesta, deben existir comportamientos compensatorios

con el objetivo de impedir el aumento de peso como vómitos, uso de laxantes u otros, ayuno o ejercicio excesivo.

Según la American Psychiatric Association (2013), los atracones suelen comenzar durante una dieta para bajar peso, una vez terminada o ante la presencia de acontecimientos vitales estresantes. El curso de la bulimia nerviosa puede presentar un patrón crónico o intermitente, en el que los periodos de remisión se alternan con la reaparición de episodios de atracones. A diferencia de la anorexia nerviosa, este trastorno tiene una tasa de mortalidad aproximadamente del 2% por década.

La bulimia nerviosa también puede derivar en graves consecuencias para la salud, entre ellas se incluyen la inflamación de la garganta, de las glándulas salivales del cuello y la mandíbula, los trastornos de reflujo ácido, diversos problemas gastrointestinales, la irritación intestinal, la deshidratación y el desequilibrio de los electrolitos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2024).

Del mismo modo que en la anorexia nerviosa, las personas con bulimia nerviosa tienen consecuencias a nivel psicosocial. Principalmente experimentan sentimientos de vergüenza respecto a sus conductas alimentarias y, por ello, intentan ocultar o esconder su sintomatología frente a las personas de su entorno (American Psychiatric Association, 2013).

Por último, el trastorno de atracones según la American Psychiatric Association (2013) se define también como “episodios recurrentes de atracones” sin embargo, los atracones no se asocian frecuentemente a la presencia de comportamientos compensatorios como en la bulimia nerviosa.

Este trastorno suele comenzar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, aunque en algunos casos puede aparecer en etapas más avanzadas. Generalmente, las personas que acuden a tratamiento con esta patología suelen ser de mayor edad que las personas con bulimia o anorexia nerviosa. Además, las tasas de remisión resultan más bajas que en los trastornos anteriores ya que tiende a mostrar una evolución relativamente persistente (American Psychiatric Association, 2013).

Este último también puede provocar consecuencias graves para la salud como la obesidad, la diabetes de tipo 2, problemas cardiovasculares, problemas del sueño y síntomas gastrointestinales como el reflujo ácido, la hinchazón o la diarrea (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2024).

Del mismo modo que en los trastornos anteriores, en el trastorno de atracones encontramos consecuencias de carácter psicosocial debido al sentimiento de vergüenza derivado de sus conductas alimentarias lo que les lleva a intentar ocultarlas y realizarlas en privado o de la forma más discreta posible. Asimismo, durante y después de los episodios de atracón presentan experiencias disociativas (American Psychiatric Association, 2013).

3.1.2. Factores de vulnerabilidad/riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria

Como ya se ha mencionado anteriormente, los trastornos de la conducta alimentaria son patologías de carácter multifactorial que se pueden presentar de diversas formas. Estas, surgen de la interacción entre factores psicológicos, físicos, genéticos, sociales y culturales, considerándose la etapa adolescente como un factor de especial vulnerabilidad (Berny Hernández et al., 2020). De esta forma, los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, son producto de la interacción de distintas variables (Castañeda Quiarama, 2020).

En primer lugar, cabe destacar los factores socioculturales derivados del entorno social y cultural de la persona. Actualmente, los ideales estéticos transmitidos a través de los medios de comunicación promueven la delgadez y estigmatizan la obesidad, generando insatisfacción corporal y frustración ante la imposibilidad de encajar en los estándares sociales de belleza (Castañeda Quiarama, 2020).

En segundo lugar, numerosos estudios señalan que los factores genéticos se constituyen como elementos de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. La evidencia científica indica que el riesgo de padecer uno de estos trastornos puede aumentar hasta diez veces cuando algún familiar padece de anorexia nerviosa. Además, los estudios genéticos han identificado alteraciones en neurotransmisores y evidencian que factores prenatales y epigenéticos también pueden influir en el desarrollo de estos trastornos (Canals y Arijaval, 2022).

Por otro lado, los factores interpersonales y familiares también ejercen una influencia significativa en el desarrollo de estas patologías. Aspectos como la sobreprotección, la sobreexigencia parental y las narrativas familiares sobre la alimentación, pueden funcionar en ocasiones como factores de riesgo (Castañeda Quiarama, 2020). Asimismo, se ha encontrado

que el afecto negativo y las experiencias de maltrato en la infancia incrementan la probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos (Canals y Arija val, 2022).

Los factores familiares son determinantes en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo, se han encontrado diferencias destacables entre las familias de niñas con anorexia nerviosa y con bulimia nerviosa. Las familias de personas con anorexia nerviosa tienden a ser rígidas y sobreprotectoras, con dificultades tanto para la comunicación intrafamiliar como para la solución de problemas. Por el contrario, en los casos de bulimia nerviosa se encuentran familias con bajas capacidades de adaptación, carencias emocionales y afectivas y elevados niveles de conflictos. Se describen como familias caóticas en las que la autoridad no está bien definida y los roles y la disciplina son inconsistentes (Ruiz Martinez et al., 2013).

Por otro lado, se señalan los eventos familiares estresantes como factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Dentro, podemos incluir eventos como fallecimientos, separaciones o divorcios, problemas de salud y cambios de hogar entre otros. El abuso sexual es una de las experiencias traumáticas intrafamiliares con mayor impacto en este tipo de trastornos por su incidencia en elementos fundamentales como el autoconcepto, la autoimagen o la autoestima de la persona (Ruiz Martinez et al., 2013).

Del mismo modo, la falta de integración social o el sentimiento de soledad frente al grupo se han identificado como un factor de riesgo significativo. La influencia del grupo de iguales, especialmente a través de comentarios o críticas sobre la apariencia física, contribuye al aumento de la insatisfacción corporal (Canals y Arija val, 2022).

Asimismo, los factores emocionales o psicológicos desempeñan un papel determinante. Diversos estudios relacionan los trastornos de la conducta alimentaria con emociones relacionadas con la ansiedad, así como con rasgos de personalidad como el perfeccionismo y la autoexigencia que contribuyen tanto a su desarrollo como a su mantenimiento (Castañeda Quiarama, 2020). Dentro de los factores psicológicos que influyen en este tipo de trastornos, es necesario destacar la baja autoestima, la dependencia, el temor a la pérdida de control, el temor a la soledad y a ser abandonado, la inseguridad y los problemas de identidad entre otros (Berny Hernández et al., 2020).

American Psychiatric Association (2013) afirma que los individuos con trastornos de ansiedad o con rasgos obsesivos en la infancia tienen mayores riesgos de desarrollar anorexia

nerviosa. Por otro lado, los síntomas depresivos, la baja autoestima, la preocupación por el peso y los trastornos de ansiedad social y ansiedad generalizada en la infancia, predicen el desarrollo de la bulimia nerviosa.

Por último, la denominada “ingesta emocional” entendida como el uso de la comida como estrategia de compensación ante situaciones de estrés o malestar emocional, constituye otro factor psicológico relevante. Esto ocurre cuando existen dificultades en la regulación emocional o estrategias ineficaces de afrontamiento (Berny Hernández et al., 2020).

3.2. LA VIOLENCIA Y SUS CONSECUENCIAS

3.2.1. Clasificación de los tipos de violencia: violencia en pareja, violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia emocional y violencia física.

La violencia se define según la Organización Mundial de la Salud como el uso intencionado de la fuerza física o el poder, en forma amenazante o de manera directa contra la propia persona, otras personas o un grupo que provoque o pueda provocar lesiones, fallecimientos, perjuicios psicológicos, alteraciones en el desarrollo o situaciones de privación. Esta, puede afectar a cualquiera y el daño que provoca va mucho más allá de los perjuicios físicos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Encontramos diversas tipologías de violencia. En particular, la violencia interpersonal se refiere a actos de tipo agresivo llevados a cabo por una persona o un grupo de personas (Morales Fonseca, Romero Machuca, Jaramillo Mantilla y Ayala Granja, 2023). Concretamente, la violencia interpersonal familiar o de pareja es la que se lleva a cabo entre los miembros de una unidad familiar o una relación afectiva (Espín Falcón et al., 2008).

La violencia en pareja, también denominada violencia doméstica, se refiere a “cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Este tipo de violencia comprende violencia física, sexual y psicológica y pueden derivar en depresiones, trastornos de estrés post traumático, trastornos de ansiedad, insomnio y trastornos alimentarios (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Por otro lado, la violencia intrafamiliar ocurre cuando existe cualquier forma de violencia física, sexual, psicológica o económica entre los miembros de una unidad familiar. Concretamente, el abuso sexual infantil se refiere a cualquier forma de contacto entre un

adulto y un menor llevado a cabo con el fin de satisfacer sexualmente a la persona adulta. Esto puede llevarse a cabo a través de amenazas, engaños o el uso de la fuerza (Valdebenito, 2015).

La violencia sexual se define como cualquier conducta que, a través de intimidación, coerción o el uso fuerza, obligue a una persona a observar, mantener o ser partícipe de relaciones con carácter sexual no deseadas. Generalmente, son las mujeres, adolescentes y niños las víctimas más frecuentes. Este tipo de violencia produce importantes consecuencias a nivel cognitivo, emocional y social (Pinheiro y Bustamante, 2025). Además, las víctimas de violencia sexual presentan consecuencias a largo y corto plazo sobre la salud física, mental, social, sexual y reproductiva (Salvador Sánchez et al., 2024).

Dentro de las consecuencias psicológicas a medio y largo plazo de la violencia sexual encontramos una disminución de la autoestima y la confianza, emociones persistentes de culpa, vergüenza, asco, miedo y rabia entre otras, ansiedad, síntomas depresivos, dificultades para dormir, abuso de sustancias, autolesiones, trastornos de estrés postraumático o trastornos de la alimentación (Salvador Sánchez et al., 2024).

Con violencia física nos referimos al abuso de fuerza con el objetivo de causar un daño no accidental que pueda provocar o no lesiones a nivel interno, externo o ambos (Morales Fonseca, Romero Machuca, Jaramillo Mantilla y Ayala Granja, 2023). Se trata de comportamientos violentos que implican hacer daño y generar miedo como amenazar con “dañar, empujar, tirar del pelo, abofetear o tirar objetos, golpear, dar patadas, quemar, intentar ahogar o estrangular o amenazar con utilizar un cuchillo, pistola, ácido o algo similar” (Ministerio de Juventud e Infancia, 2025).

Por último, la violencia psicológica o emocional se produce cuando una persona busca dominar o someter a otra a través de sus emociones (Galán Jiménez y Figueroa Varela, 2017). Encontramos la intimidación, la humillación y los comportamientos controladores como las actitudes más comunes de violencia psicológica (Organización mundial de la Salud, 2002).

Se trata de cualquier conducta que intencionalmente y prolongada en el tiempo, atente contra la integridad psíquica y emocional y la dignidad de una persona sin contacto físico. Se incluyen conductas de control y abuso emocional a través de palabras, acciones o

comportamientos que pretendan controlar, manipular y dañar la autoestima y el bienestar emocional de la persona (Ministerio de Juventud e Infancia, 2025).

3.2.2. Impacto psicológico de los eventos traumáticos violentos.

El hecho de haber sido víctima de violencia, especialmente durante la infancia o la adolescencia, coloca a la persona en una situación de vulnerabilidad frente a posibles afectaciones emocionales o psicológicas y favorece la aparición de trastornos de salud mental que pueden persistir a lo largo de la vida. Esto se debe a que el evento traumático puede desbordar las capacidades de afrontamiento de la persona (Hena Rojas et al., 2020).

El daño psicológico es “la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación”. Surge tras la vivencia de una experiencia de carácter violento y, por un lado, se refiere a las lesiones psíquicas inmediatas que pueden disminuir con el tiempo, el apoyo social o tratamiento terapéutico. Por otro lado, se incluyen las secuelas emocionales que permanecen de forma duradera como consecuencia del hecho traumático y que afecta negativamente al funcionamiento diario de la persona (Echeburua, de Corral y Amor, 2002).

Estas lesiones psíquicas y emocionales pueden manifestarse a través de sentimientos negativos como la humillación, la vergüenza, la culpa, la ira, la ansiedad o la preocupación constante por el trauma. También puede aparecer sintomatología depresiva expresada por una pérdida progresiva de la confianza personal derivada de los sentimientos de indefensión, desesperanza y disminución de la autoestima. Además, pueden surgir hostilidad, agresividad, abuso de sustancias, modificaciones en los patrones relacionales y una sensación de pérdida de control sobre la propia vida (Echeburua, de Corral y Amor, 2002).

Generalmente, el daño psicológico suele desarrollarse por etapas. En un primer momento, aparece una reacción de fuerte impacto, que se manifiesta en la escasa capacidad de respuesta. En una segunda fase, cuando la conciencia se va aclarando y la persona fuera del estado de shock puede evaluar la vivencia, emergen emociones intensas como el dolor, la indignación, la rabia, la impotencia, la culpa o el miedo. Finalmente, la persona vuelve a revivir el acontecimiento traumático de forma espontánea o desencadenado por algún estímulo concreto (Echeburua, de Corral y Amor, 2002).

Los eventos traumáticos en las relaciones de apego, en los que se incluyen el abuso sexual, físico o emocional, tienen consecuencias específicas y un carácter más prolongado en el tiempo. Algunos autores analizan los trastornos de estrés post traumático como mecanismos mediadores en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente en relación a la bulimia nerviosa. Esta relación se explica por el uso de los síntomas alimentarios como forma de calmar el recuerdo estresante o como un mecanismo que permite a la persona entrar en un estado de disociación durante la presencia de la sintomatología o conductas alimentarias (Vilariño Besteiro et al., s. f.).

3.3. RELACIÓN ENTRE LA VIVENCIA DE VIOLENCIA Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los traumas interpersonales en los que se incluyen el abuso sexual infantil y la violencia en la pareja afectan significativamente a la vida de las personas. Se ha encontrado que las personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria, han vivido en mayores proporciones eventos traumáticos que la población en general (Day et al., 2024).

3.3.1. Abuso Sexual Infantil (ASI) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

El abuso sexual infantil constituye “una de las formas más graves de violencia contra la infancia y conlleva efectos devastadores en la vida de los niños y niñas que lo sufren” (Orjuela López y Rodríguez Bartolomé, 2012). Supone una vulneración de los límites y la intimidad del menor. Se manifiesta cuando una persona impone conductas de carácter sexual sobre un niño o una niña en un contexto de desigualdad o desequilibrio de poder, recurriendo con frecuencia al engaño, la coacción, la manipulación o el uso de la fuerza (Orjuela López y Rodríguez Bartolomé, 2012).

Este fenómeno no es un problema reciente. En mayor o menor medida, los malos tratos en la infancia se consideran una constante a lo largo de la historia que se da en todas las culturas y sociedades. De esta forma, se constituye como un problema universal complejo (Pereda Beltrán, 2009).

La mayoría de los abusos sexuales a menores ocurren dentro del hogar. Cuando el abuso es cometido en el entorno familiar, el impacto emocional en el menor es más profundo. Tras la vivencia del abuso, el menor experimenta sentimientos contradictorios respecto a las

figuras que deberían transmitirle protección, confianza y afecto. Desgraciadamente, alrededor de este tipo de delitos, las víctimas lejos de defenderse o denunciar el abuso, se acomodan a la experiencia traumática (Sibauti y Losada, 2025). Según Fuentes (2012) esto se denomina “síndrome de acomodación” e integra las siguientes conductas.

En primer lugar, los menores tienden a mantener el secreto de lo ocurrido por los sentimientos de vergüenza, miedo, culpa o miedo al castigo. Generalmente, los agresores recurren a las amenazas que colocan sobre el menor la responsabilidad de no alterar la estabilidad familiar (Fuentes, 2012).

En segundo lugar, el menor se enfrenta a los sentimientos de desprotección o indefensión al haber sido agredido por alguien de quien, en condiciones normales, debería recibir cuidado. Esto provoca que el menor quede paralizado por el miedo y le impida pedir auxilio (Fuentes, 2012).

Cuando el abuso se vuelve algo reiterado y prolongado en el tiempo aparece la acomodación. El menor suele entrar en una dinámica en la que se ve obligado a adaptarse para sobrevivir a la experiencia traumática, a través de mecanismos de defensa que le permiten amortiguar el impacto emocional, como la negación o la disociación. En muchas ocasiones, se intenta preservar la imagen del familiar como una figura “buena” para poder soportar la vivencia (Fuentes, 2012).

Más tarde, puede llegar la revelación cuando la víctima decide comunicar lo ocurrido. Esto suele aparecer de manera tardía e incluso, en algunos casos, no llega a producirse. De forma general, la revelación es acogida con escepticismo y suele generar fuertes crisis en el entorno familiar favoreciendo la retracción de la víctima. Tras la confesión, aparecen los sentimientos de culpa por creer haber puesto en peligro el bienestar de la unidad familiar (Fuentes, 2012).

Las familias en las que se producen este tipo de situaciones presentan dinámicas relacionales particulares y se observan patrones que tienden a repetirse. Cuanto el abuso se normaliza dentro del núcleo familiar, puede generarse un ciclo que favorezca que los menores abusados se conviertan en futuros agresores. El secreto compartido contribuye a mantener este ciclo, ya que permite conservar una apariencia de estabilidad familiar y dificulta la detección del problema (Fuentes, 2012).

Según el estudio realizado por Sibauti y Losada (2025), el abuso sexual infantil genera graves consecuencias físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales que pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo.

- En el plano físico, las víctimas pueden sufrir alteraciones del sueño, trastornos en la alimentación, la pérdida del control de esfínteres, fatiga crónica, somatizaciones o problemas gastrointestinales.
- A nivel conductual, se observan conductas autolesivas, consumo de drogas o alcohol, hiperactividad, intentos de suicidio, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria y un bajo rendimiento académico.
- En el ámbito emocional, los menores suelen experimentar miedo, culpa, vergüenza, agresividad, aislamiento, baja autoestima, depresión, rechazo por el propio cuerpo o síntomas de estrés postraumático.
- En cuanto a las consecuencias sexuales, es frecuente la aparición de comportamientos sexualizados, agresivos, fobias sexuales o falta de satisfacción sexual.
- Finalmente, en el área de lo social el abuso puede generar dificultades en las relaciones interpersonales, déficits en las habilidades sociales, retraimiento y una mayor posibilidad de sufrir revictimización a lo largo de la vida.

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que una parte importante de las personas con trastornos de la conducta alimentaria refieren haber sufrido abuso sexual en la infancia. Por ello, algunos autores han planteado que el abuso sexual podría aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario (Carter et al., 2006).

En un estudio llevado a cabo por Unikel-Santoncini, Ramos-Lira y Juárez García (2011) se encuentra que alrededor de la cuarta parte de las víctimas encuestadas que habían sufrido abuso sexual infantil presentaban conductas alimentarias de riesgo. Concretamente, fueron la preocupación por engordar, las conductas restrictivas y los atracones, los síntomas alimentarios que más se asociaron al haber sufrido abuso sexual infantil. Según estos autores, es importante tener en cuenta que las tres conductas más asociadas son de corte más compulsivo, por ello, pueden relacionarse con una distorsión cognitiva sobre el cuerpo real y con comportamientos asociados a la necesidad de autocontrol.

Asimismo, en su estudio, Carter, Bewell, Blackmore y Woodside (2006), a pacientes con anorexia hospitalizadas, encontraron que el 48% de la muestra de pacientes habían sufrido abuso sexual en la infancia.

En 2008, en una investigación llevada a cabo por Sancí et al. se demuestra que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo para la aparición de trastornos bulímicos durante la adolescencia. Los resultados del estudio mostraron que, haber experimentado dos o más episodios de abuso sexual en la infancia se asocia con una probabilidad cinco veces mayor de desarrollar un trastorno bulímico y la presencia de conductas de purga (Sancí et al., 2008).

En un estudio posterior llevado a cabo por Afifi et al. (2017) en el que se estudian la influencia de los diferentes tipos de maltrato infantil (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia emocional y física y exposición a la violencia en pareja) en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la edad adulta encontraron que, tanto en mujeres como en hombres, el abuso sexual fue uno de los factores más asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.

La investigación sugiere el trauma sexual como un factor potencial para la aparición y el mantenimiento de las patologías alimentarias. Es importante considerar el concepto de “vulnerabilidad latente” que se refiere a cómo la exposición al maltrato o al abuso afectan en los procesos cognitivos y biológicos de la persona, generando cierta predisposición al desarrollo de psicopatologías en etapas posteriores (Behar y de la Barra, 2021).

La exposición a estresores en edades tempranas provoca alteraciones en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, encargado de regular la respuesta fisiológica al estrés. Se ha observado que en sujetos víctimas de abuso existe una reactividad de la amígdala que provoca un aumento de la vigilancia ante eventos ambientales. Esta sensibilización de la amígdala es adaptativa a corto plazo, pero su mantenimiento en el tiempo puede derivar en disfunciones emocionales y cognitivas que incrementan el riesgo de desarrollar diagnósticos psiquiátricos como los trastornos de la conducta alimentaria (Behar y de la Barra, 2021).

Asimismo, se observan reducciones en el grosor de varias áreas cerebrales como la corteza orbito-frontal que provocan o pueden explicar dificultades en el control de impulsos, la regulación emocional y las habilidades sociales. Además, las investigaciones señalan que

los estresores adversos tempranos pueden reducir la conectividad en las áreas frontales responsables de la autorregulación y el procesamiento emocional (Behar y de la Barra, 2021).

Behar y de la Barra (2021) describen que los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria pueden cumplir funciones adaptativas cuando se desarrollan tras la vivencia de experiencias de abuso sexual. Las conductas propias de los trastornos de la alimentación pueden actuar como mecanismos de afrontamiento ante el trauma. Asimismo, Sanci et al., (2008) afirman que las conductas de purga, restricción alimentaria y atracón funcionan como estrategias destinadas a mitigar el malestar emocional, canalizar la ira o como purificación simbólica para recuperar la sensación de control.

Se identifican la búsqueda de consuelo, la distracción, la sedación emocional, el aumento de la energía, la llamada de atención, la rebeldía y la descarga de la rabia como funciones de la sintomatología alimentaria. De la misma forma, pueden responder a intentos de afirmar una identidad, mantener la autoestima, recuperar el control, autocastigo, contención del sufrimiento o una forma de disociar pensamientos y emociones dolorosas o una descarga de la tensión que acumula la hipervigilancia. De este modo, las víctimas internalizan la culpa y el malestar, desplazando la responsabilidad del abuso hacia sí mismas (Behar y de la Barra, 2021).

Por otro lado, Losada y Saboya (2013) defienden que los trastornos de la conducta alimentaria permiten a las víctimas protegerse de vivencias estresantes como el abuso sexual. Dirigen la atención a la preocupación por la alimentación de forma que se ignoran los efectos del abuso.

En los esfuerzos de la investigación por intentar explicar la relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria surge el concepto de la disregulación emocional. Con regulación emocional nos referimos a la “capacidad de identificar y manejar de forma adaptativa los estados emocionales negativos, no solo su mera experiencia”. Se plantea desde esta hipótesis que los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, funcionan como estrategias para la distracción ante emociones negativas o como una manera de calmarse a uno mismo. De esta forma, las alteraciones en las conductas alimentarias se plantean como maneras de afrontar la disregulación emocional que aparece tras la experiencia de abuso sexual en la infancia (Burns et al., 2012).

3.3.2. Violencia en pareja y trastornos de la conducta alimentaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la violencia en pareja se refiere a las conductas llevadas a cabo por la pareja o expareja que generan un perjuicio físico, sexual o psicológico en las que se incluyen la violencia física, la coacción sexual, el abuso psicológico y cualquier acción destinada a ejercer control sobre la otra persona.

En España, las cifras acerca de esta problemática resultan llamativas. Según los datos publicados, el 27% de las mujeres que han tenido una relación afectiva, han sido víctimas alguna vez de violencia física o sexual (Infocop, 2024). Asimismo, según el Instituto Nacional de Estadística (2025), en el año 2024 se registraron 34.684 mujeres víctimas de violencia de género en nuestro país.

En las relaciones de pareja caracterizadas por dinámicas violentas, habitualmente coexisten distintas manifestaciones de violencia. Generalmente, el maltrato se inicia a través de conductas de control, desprecio o descalificaciones hacia la mujer. Más tarde, es común que aparezcan conductas de violencia sexual y en casos en los que no se alcanza el grado de sometimiento u obediencia deseado, la violencia puede evolucionar hasta la agresión física. En este sentido, cuando nos referimos a la violencia en pareja no hablamos de hechos aislados sino de un proceso progresivo que se establece y se mantiene a lo largo del tiempo (Blanco et al., 2004).

Para comprender el estado emocional y las consecuencias que experimentan las personas que han sido víctimas de violencia en una relación afectiva, resulta importante conocer el ciclo que suele suceder en las relaciones de esta naturaleza. Según Yugueros (2015), el inicio del ciclo de violencia en la pareja es a través de la violencia psicológica disfrazada de muestras de cariño o preocupación. Se trata de conductas de carácter restrictivo y controlador como el control de las relaciones sociales o de la forma de vestir entre otras que, deterioran la capacidad de decisión y autonomía de la víctima. Con el paso del tiempo, estas conductas favorecen el desarrollo de la dependencia emocional y el aislamiento social que en un principio, no son experimentados como agresivos pero van generando indefensión en la persona.

Más tarde, comienza la fase denominada como “exposición violenta” en la que comienzan a aparecer las manifestaciones de violencia física (golpes, patadas, puñetazos o insultos) y de violencia sexual. En este punto, el control y el poder del agresor es tan elevado

que la víctima no se siente con los recursos psicológicos para defenderse entrando en una dinámica de indefensión aprendida de la que la mujer no es capaz de salir (Yugueros, 2015).

Tras esta fase, suele producirse la etapa conocida como “luna de miel” o reconciliación en la que el agresor busca restablecer la relación íntima con actitudes de afecto y arrepentimiento. Una vez que la víctima ha recuperado la confianza, comienza la escalada de la violencia en la que se reinicia el ciclo, que generalmente tiende a intensificarse progresivamente (Yugueros, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, (1999, citado en Blanco et al., 2004), existen diferentes consecuencias de la violencia en pareja en la salud de las víctimas que incide tanto en el bienestar psicológico como en su salud física, sexual y reproductiva.

En el plano psicológico y conductual, la violencia en pareja puede generar sintomatología depresiva o ansiosa, sentimientos persistentes de culpa y vergüenza así como una importante disminución de la autoestima y del cuidado personal. De la misma forma, son habituales los trastornos somáticos, las crisis de pánico, el trastorno de estrés post traumático, las fobias y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria así como, un mayor riesgo de consumo abusivo de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 1999, citado en Blanco et al., 2004).

Asimismo, se observan consecuencias en el ámbito sexual y reproductivo, tales como la disminución del deseo sexual o la pérdida de la autonomía en las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual y urinarias o la presencia de dolores pélvicos crónicos. En el plano físico, se pueden observar dolores crónicos, cansancio persistente, fibromialgia, síndrome de colon irritable y otros problemas gastrointestinales que reflejan la somatización del maltrato (Organización Mundial de la Salud, 1999, citado en Blanco et al., 2004).

La evidencia científica señala una relación significativa entre la violencia en la pareja y los trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio reciente llevado a cabo por Rodríguez (2024), se encuentran correlaciones positivas entre ambas variables, de forma que se pone de manifiesto que a medida que aumenta la violencia en la pareja, aumentan también las probabilidades de que aparezcan conductas alimentarias desadaptativas.

Según los resultados obtenidos en el estudio de Jonas et al., (2014, citado en Bretaña et al., 2025) las mujeres que habían sufrido violencia en pareja, presentaban 2,5 veces más probabilidades de desarrollar sintomatología alimentaria cuando eran comparadas con las

mujeres que nunca habían sido víctimas de violencia. Del mismo modo, en su estudio, Huston et al., (2019) con una muestra de mujeres veteranas, encontraron que el 49,42% de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria informaron haber sufrido violencia en la pareja a lo largo de la vida.

Esta posible relación entre la violencia en la pareja y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria ha sido explicada desde diferentes teorías o modelos psicológicos. En primer lugar, las teorías cognitivo-conductuales de los trastornos de la conducta alimentaria de manera general, explican que el núcleo de la sintomatología alimentaria reside en una autoevaluación negativa que, favorece la aparición de conductas de control sobre el peso o la imagen corporal mediante la sintomatología alimentaria. Sin embargo, en contextos de violencia destacan el papel de la capacidad de la persona para tolerar estados emocionales negativos. En este sentido, se plantea que, en ocasiones, es la incapacidad de autorregular la emoción la que desencadenan la sintomatología, más que la propia preocupación por el peso. De esta forma, las conductas alimentarias funcionan como estrategias desadaptativas para afrontar situaciones dolorosas (Huston et al., 2019).

En esta línea, es importante la “teoría del escape” del atracón. El atracón, presente en los trastornos por atracón y la bulimia nerviosa, se concibe como una conducta orientada a aliviar el malestar emocional generado por elevados niveles de autoconciencia negativa, que surgen tras las experiencias de violencia. Esta conducta, permite una desconexión temporal del malestar emocional (Huston et al., 2019).

Según el estudio realizado por Huston et al., (2019), las participantes presentaban sintomatología específica de bulimia nerviosa o trastorno por atracón pero no tanto de anorexia nerviosa por lo que concluyen que, el trauma psicológico derivado de la violencia en pareja, se asocia con mayor frecuencia a los trastornos que presentan episodios de atracones o conductas de purga como forma de desconexión del malestar (Huston et al., 2019). En este sentido, Wong y Chang (2016, citado en Bretaña et al., 2025) encontraron que el 15,7% de las mujeres que habían sufrido violencia en pareja, presentaban conductas de atracón o purga mientras que, era únicamente el 5,4% de las mujeres las que afirmaban tener esta sintomatología, cuando no habían sufrido experiencias de violencia en la relación afectiva. De la misma forma, Lacey y Mouzon (2016, citado en Bretaña et al., 2025) encontraron resultados significativos con respecto a la existencia de una mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres que habían sido víctimas de este tipo de situaciones

frente a las que no, principalmente cuando hablamos de los trastornos de bulimia nerviosa o por atracón.

Asimismo, la literatura apunta a que esta relación entre las variables no es del todo directa. Parece que se encuentra mediada por otros factores psicopatológicos como el trastorno de estrés postraumático o la depresión. Holmes et al., (2022), confirman las hipótesis previamente planteadas y describen que los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden desempeñar un papel explicativo en la asociación entre la violencia en la pareja y los trastornos de la conducta alimentaria justificando dicha relación con la teoría del escape y presentando los atracones como estrategias para evitar el malestar psicológico.

De esta forma, se han identificado otra serie de factores que median esta relación entre ellas, se incluyen otros factores psicológicos o interpersonales como el temor a la soledad, la impulsividad o el aislamiento social, el consumo de sustancias u otras conductas de riesgo. Hablamos por tanto de un modelo multifactorial para explicar esta relación en el que se entienden las conductas alimentarias como una respuesta compleja ante el sufrimiento derivado de la victimización o el trauma (Bretaña et al., 2025).

También en el estudio realizado por Wong y Chang (2025), se hace referencia al uso de la alimentación como recurso para afrontar o regular emociones, aliviar el sufrimiento psicológico o desconectarse de experiencias internas dolorosas derivadas de las experiencias de violencia en la pareja. Asimismo, analizan el uso de la comida como mecanismo de autocastigo, describiendo el cuerpo como un escenario en el que se externalizan las emociones de culpa o vergüenza derivadas de este tipo de relaciones.

También, se han encontrado diferencias en la asociación de dichas variables en función a la edad. Rodríguez (2024), pone de manifiesto que las mujeres adultas presentan mayores niveles de conductas alimentarias de riesgo que las mujeres jóvenes o adolescentes debido a que la percepción de la violencia es mayor. Las mujeres de menor edad, tienden a normalizar en mayor medida las microgresiones o conductas de control. Por ello, los resultados del estudio también sugieren que las consecuencias de las vivencias de violencia en una relación afectiva, no se manifiestan de forma inmediata sino que pasado un tiempo, si el trauma generado tras la violencia no es tratado, mediado por la sintomatología de estrés postraumático o depresiva, puede aparecer el trastorno de alimentación.

Por último, se ha estudiado la repercusión de la violencia en la pareja en la gravedad de la sintomatología alimentaria cuando esta aparece. Lacey et al., (2015, citado en Bretaña et al., 2025) encontraron que la violencia en pareja estaba asociada a mayores puntuaciones en las escalas diagnósticas de los trastornos de la conducta alimentaria lo que se traduce en una mayor severidad de la sintomatología. Por tanto, podemos afirmar que las experiencias de violencia en la pareja no solo se asocian a la aparición de trastornos alimentarios sino que también, a una mayor severidad de la sintomatología cuando estos aparecen.

En conjunto, la evidencia indica que la violencia en la pareja puede constituirse como un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria. Esta relación se encuentra mediada por variables como la autoevaluación negativa, la desregulación emocional o la sintomatología postraumática y depresiva sobre los que la sintomatología alimentaria actúa como mecanismo de afrontamiento.

4. DISCUSIÓN

Los resultados de la literatura revisada nos han permitido confirmar nuestra hipótesis principal acerca de una posible relación entre la vivencia de experiencias de violencia (abuso sexual infantil y violencia en la pareja) y los trastornos de la conducta alimentaria. Tal y como hemos descrito a lo largo de la revisión, los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen multifactorial es decir, no podemos hablar de relaciones causa- efecto sino que, son el conjunto de factores socioculturales, psicológicos, genéticos, interpersonales (familiares o sociales) los que pueden favorecer circunstancias vitales con mayores vulnerabilidades a desarrollar este tipo de trastornos.

En este sentido, la revisión bibliográfica nos ha permitido conocer cómo las experiencias de abuso sexual en la infancia o violencia en la pareja pueden incidir en la aparición de sintomatología alimentaria. Resulta muy interesante la forma en la que esta sintomatología, se postula como mecanismo disfuncional de afrontamiento ante situaciones muy estresantes para una persona que, no encuentra otros recursos más adaptativos para afrontar el malestar emocional derivado de este tipo de experiencias. Es decir, el control o el descontrol en la alimentación tienen una clara función en la regulación emocional de la persona.

En primer lugar, haciendo referencia a la relación entre las experiencias de abuso sexual en la infancia, hemos conocido cómo el trauma sexual no tiene únicamente

consecuencias a nivel psicológico o emocional sino también a nivel biológico. La investigación sugiere que el impacto de las experiencias sexuales traumáticas en la infancia tiene consecuencias a largo plazo en la biología de nuestro cerebro a nivel de regulación emocional, control de impulsos o procesamiento emocional de las personas y por tanto, favorecen el desarrollo de diagnósticos psiquiátricos como los trastornos de la alimentación. Esta relación podría ser explicada por el estrecho vínculo de las variables psicológicas afectadas, con las características de este tipo de trastornos.

Por otro lado, resulta interesante la relación que se expone en la investigación científica acerca del trastorno de la conducta alimentaria como mecanismo de protección frente al trauma sexual. La sintomatología alimentaria en muchas ocasiones aparece cumpliendo funciones específicas de afrontamiento ante el sufrimiento derivado de la situación traumática como puede ser, la sedación o distracción emocional, la descarga de la rabia o la sensación de control entre otras.

En segundo lugar, la revisión bibliográfica realizada acerca de la relación entre la violencia en pareja y los trastornos de la conducta alimentaria nos habla de factores similares a lo referente al abuso sexual infantil. Se considera interesante la teoría del escape que hace referencia a la función que cumplen las conductas de atracones presentes en los trastornos por bulimia nerviosa o trastorno por atracón. La literatura describe la conducta de atracón como una forma de desconexión temporal del malestar emocional que es insostenible para la persona en un momento determinado. De esta manera, la investigación ha encontrado mayores relaciones entre estos trastornos y la violencia en pareja que en la anorexia nerviosa.

Es importante destacar el papel mediador de la sintomatología postraumática en esta relación ya que, la bibliografía describe la sintomatología alimentaria como una manera de escapar del malestar psicológico derivado de las vivencias previas de situaciones de violencia en la pareja. De esta forma, resulta interesante conocer cómo se explica esta relación de una forma indirecta en la que las distintas variables psicológicas derivadas de la experiencia de violencia como, la desregulación emocional, la impulsividad, la baja autoestima, el miedo a la soledad, la culpa o la vergüenza, juegan un papel mediador en dicha asociación.

Entender el trastorno de alimentación como una manera de afrontar eventos estresantes subyacentes nos habla de la importancia del trabajo en otros aspectos además de un trabajo conductual con la sintomatología más visible. Con el objetivo de intervenir sobre el motivo subyacente al trastorno de alimentación, debemos asegurarnos en primer lugar, que

la vida de la persona no está en riesgo. Una vez que la salud física de la persona está salvaguardada, debemos atender al trauma o el evento estresante que el trastorno de alimentación está enmascarando con el objetivo de evitar posibles recaídas y proporcionar nuevos recursos de afrontamiento del malestar.

A lo largo del desarrollo del presente trabajo se han identificado diversas limitaciones. En primer lugar, la elección de un tema tan específico ha supuesto dificultades a la hora de encontrar evidencia científica que aborde de manera concreta la relación entre el abuso sexual infantil, la violencia en pareja y los trastornos de la conducta alimentaria. La bibliografía existente sobre esta asociación, específicamente en cuanto a la relación de este tipo de trastornos con la violencia en pareja, resulta aún limitada y en ocasiones, no actualizada.

Asimismo, a medida que se avanzaba en la revisión de la literatura, resultó necesario realizar ajustes en la estructura inicial del trabajo. Los hallazgos encontrados, llevaron a incorporar variables que en un primer momento no se habían contemplado, como el trastorno de estrés postraumático. Aunque no se ha podido profundizar de manera exhaustiva en estas variables, la investigación sugiere que podría desempeñar un importante papel mediador en la relación entre la vivencia de eventos potencialmente traumáticos y el desarrollo de la sintomatología alimentaria. Por ello, resultaría pertinente profundizar en esta cuestión en futuras investigaciones.

En este sentido, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se plantean diversas líneas de investigación que podrían contribuir a precisar el conocimiento en este ámbito. En primer lugar, resultaría interesante analizar cómo las diferencias entre sexos pueden influir en la relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria ya que esta variable no se ha contemplado a lo largo de la revisión. En esta misma línea, se propone ampliar la investigación en el estudio de la violencia en pareja cuando la víctima es el hombre, debido a que la mayor parte de la literatura revisada aborda esta cuestión desde la perspectiva femenina.

Por otro lado, aunque no forma parte del objetivo central del presente trabajo, resulta interesante considerar en futuras investigaciones el impacto que la violencia ejercida dentro del núcleo familiar puede tener no únicamente sobre la víctima directa, sino también sobre los menores que presencian dichas situaciones.

Asimismo, en función a la información obtenida durante la revisión, se consideran interesantes algunos estudios realizados acerca de una posible relación bidireccional entre la violencia en pareja y los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, resultaría interesante cambiar la perspectiva en futuras investigaciones y atender a una posible asociación entre el hecho de padecer o haber sufrido un trastorno de alimentación y ser víctima de violencia en la pareja, considerando el trastorno de la conducta alimentaria como un factor de riesgo para que la persona se involucre en dinámicas de violencia dentro de la relación afectiva.

Por último, se plantea ampliar la investigación sobre la influencia que puede tener la vivencia de eventos traumáticos en la adherencia al tratamiento psicológico de las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Diversos estudios sugieren que las personas con sintomatología alimentaria que han sido víctimas de violencia, pueden presentar mayores niveles de desconfianza o dificultades para vincular pudiendo favorecer el abandono terapéutico.

5. CONCLUSIONES

A lo largo de la revisión bibliográfica se ha puesto de manifiesto que en numerosas ocasiones, los trastornos de la conducta alimentaria no se reducen únicamente a una problemática relacionada con la comida. Existen casos en los que la báscula no es el verdadero problema. Esta cuestión invita a la reflexión acerca de los casos en los que el número que indica la báscula, no es capaz de medir el dolor, la culpa, la ansiedad o el miedo que se encuentra enmascarado en ese peso.

En este sentido, la experiencia de violencia en cualquiera de sus formas pone a la persona en una situación de especial vulnerabilidad frente al desarrollo de diferentes trastornos psicológicos entre ellos, los trastornos de la conducta alimentaria. Tras la experiencia de violencia, además de la sintomatología depresiva y post traumática, pueden aparecer sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima o el rechazo al propio cuerpo entre otros. Todos estos configuran un escenario de especial riesgo que puede favorecer el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos.

En relación a esta vulnerabilidad, es importante tener en cuenta la variable de la edad, especialmente en la violencia en la pareja. Según la bibliografía, hemos conocido que las mujeres adultas tienen una mayor percepción de la violencia que las mujeres jóvenes quienes

tienden a normalizar las microagresiones. Esta cuestión es importante ya que puede influir en la forma en la que se reconoce el daño, se solicita ayuda y se expresa el malestar. Además, nos hace ser conscientes de que el riesgo de desarrollar conductas alimentarias desadaptativas no se limita únicamente a edades tempranas, sino que puede ocurrir de igual forma en mujeres adultas.

Por otro lado, como hemos mencionado a lo largo del trabajo, en los niños que han sufrido abuso sexual infantil, es especialmente relevante el síndrome de acomodación a la violencia que favorece que el daño psicológico se mantenga en el tiempo. Además, hemos conocido que el secreto es uno de los principales factores que favorecen el mantenimiento de la situación de violencia. Podemos establecer cierta relación con las características propias de los trastornos de alimentación ya que, son frecuentes el aislamiento social y la ocultación del trastorno por sentimientos de vergüenza o culpa. De esta forma, vemos una relación que podría ser interesante abordar entre la violencia silenciada y el trastorno de alimentación como un sufrimiento tan duro para la persona que no es capaz de verbalizar de otro modo.

A través de la revisión hemos podido confirmar que estas dos vivencias influyen en la aparición de los trastornos alimentarios. Ante este escenario, surge una cuestión clave: ¿Cómo intervenimos en este punto? Resulta muy importante tener en cuenta que la intervención en este tipo de trastornos de forma general suele ser prolongada en el tiempo y que las personas que lo padecen, generalmente, presentan una notable resistencia al cambio.

En este contexto, podemos afirmar que no se trata de procesos terapéuticos sencillos ya que, la persona en cierto modo ha llegado al punto de pensar que su salud física, es decir, su vida, carece de valor. Además, atendiendo a los casos en los que las causas subyacentes residen en la violencia, pueden aparecer grandes dificultades tanto en la adherencia al tratamiento como en el establecimiento de una buena relación terapéutica. Esto se debe a la desconfianza derivada de dichas experiencias de violencia que pueden interferir en el establecimiento del vínculo con el profesional, dificultando el proceso terapéutico.

A pesar de las dificultades que podemos encontrar, la intervención es crucial ya que se trata de un trastorno que pone en riesgo la vida de la persona. Por ello, es importante que en primer lugar, nos aseguremos que la persona logre una situación de salud física estable a través de la reeducación alimentaria optando por una intervención de carácter más conductual. Una vez lograda la estabilidad en términos de salud física, es importante enfocar la intervención en la función del síntoma. En este sentido, debemos explorar la vivencia

traumática y los sentimientos derivados de ella con el objetivo de dar un significado al trastorno de alimentación en la historia vital de la persona.

Asimismo, resulta muy importante intervenir sobre la identidad de la persona ya que, es común que fusione su identidad con la del trastorno y que no pueda concebirse como algo separado al trastorno de alimentación de forma que, su vida pierde valor hasta el punto de ponerla en riesgo.

Además, se considera muy importante intervenir en la capacidad de regulación emocional. Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, una de las funciones que cumple la sintomatología alimentaria es la de suplir la “disregulación emocional” derivada de la experiencia de violencia. Por ello, es fundamental facilitar a la persona estrategias más saludables de afrontamiento del malestar con el objetivo de lograr la autonomía sin el síntoma. De esta manera, lograremos proporcionar al paciente aquello que verdaderamente necesita: una forma de sostener el sufrimiento derivado de la experiencia de violencia de manera más saludable o adaptativa.

Atendiendo a esta perspectiva que nos ofrece la revisión realizada, es importante comprender que en muchas ocasiones el trastorno de alimentación no tiene que ver con adelgazar, sino con ser capaz de sobrevivir a un malestar emocional que la persona no ha podido gestionar de otra manera. Hemos podido observar cómo la sintomatología alimentaria aparece como un intento de controlar lo que resulta incontrolable para la persona que finalmente, concluye en un mayor descontrol psicológico.

Tras el análisis de estas cuestiones, podríamos plantearnos la siguiente pregunta: ¿Podrían ser los trastornos de la conducta alimentaria una forma de detección de maltrato? según todo lo analizado en la revisión bibliográfica podríamos intuir que aunque los trastornos de la conducta alimentaria no tengan una relación causal con las experiencias de violencia, sí es cierto que en ocasiones se correlacionan. Por ello, se intuye que este tipo de trastornos podrían, en determinados casos, ser una posible vía de detección de experiencias de violencia silenciadas o no verbalizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). *Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample*. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281–1296. <https://doi.org/10.1002/eat.22781>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Behar, Rosa. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 177-185. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300177>
- Behar, R., & de la Barra, F. (2021). *Abuso sexual infantil y adolescente y su relación con trastornos alimentarios*. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 59(4), 308–320. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000400308>
- Berny Hernández, M. C., Rodríguez López, D., Cisneros-Herrera, J., & Guzmán-Díaz, G. (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 15-21. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/atotonilco/issue/archive>
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 182-188.
- Bretaña, I., Mendia, J., Díaz-Gorriti, V., & Rotaetxe, O. (2025). Intimate partner violence and eating disorders: a systematic review. *Current Psychology*, 44(3), 1696–1716. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-07164-1>
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). *Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms*. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>
- Canals, J., & Arija Val, V. (2022). *Factores de riesgo y estrategias de prevención en los trastornos de la conducta alimentaria*. *Nutrición Hospitalaria*, 39(N.º Extra 2), 16–26. <https://doi.org/10.20960/nh.04174>

- Carolina, L. G., & Janet, T. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). *The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa*. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 257–269. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004>
- Castañeda Quirama, L. T. (2020). *Perfil clínico de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. *Journal of Science, Humanities and Arts (JOSHA)*, 7(2). <https://doi.org/10.17160/josha.7.2.648>
- Day, S., Hay, P., Tannous, W. K., Fatt, S. J., & Mitchison, D. (2024). A Systematic Review of the Effect of PTSD and Trauma on Treatment Outcomes for Eating Disorders. *Trauma, violence & abuse*, 25(2), 947–964. <https://doi.org/10.1177/15248380231167399>
- Echeburua, E., de Corral, P., & Amor, P. J. (2002). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*. *Clínica y Salud*, 13(2), 137–159.
- Espín Falcón, J. C., Valladares González, A. M., Abad Araujo, J. C., Presno Labrador, C., & Gener Arencibia, N. (2008). *La violencia, un problema de salud*. *Revista Médica Cubana*, 12(3), 1–6.
- Fuentes, G. (2012). *Abuso sexual infantil intrafamiliar: el abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Tucumán]. Repositorio Institucional. <https://www.margen.org>
- Galán Jiménez, J. S., & Figueroa Varela, M. del R. (2017). Gaslighting. La invisible violencia psicológica. *UARICHA Revista de Psicología*, 14(32), 53–60. Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Henao Rojas, Y. E., Ponce García, J. A., Zuluaga Gil, I., Posada Gómez, S., & Zapata Zabala, M. E. (2020). *Experiencias traumáticas y resiliencia en población expuesta a la violencia*. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 2(1), 28–40. <https://doi.org/10.46634/riics.42>
- Holmes, S. C., King, K. C., Gonzalez, A., Norton, M. K., Silver, K. E., Sullivan, T. P., & Johnson, D. M. (2022). Associations among Intimate Partner Violence, Posttraumatic

- Stress Disorder Symptoms, and Disordered Eating among Women Intimate Partner Violence Survivors Residing in Shelter. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), 2135–2158. <https://doi.org/10.1177/08862605221098968>
- Huston, J., Grillo, A., Iverson, K., & Mitchell, K. (2019). Associations between disordered eating and intimate partner violence mediated by depression and posttraumatic stress disorder symptoms in a female veteran sample. *General Hospital Psychiatry*, 58, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.03.007>
- Infocop. (2024, 5 de septiembre). *La OMS advierte de la alarmante prevalencia de violencia contra las adolescentes por parte de sus parejas*. <https://www.infocop.es/la-oms-advierde-de-la-alarante-prevalencia-de-violencia-contr-a-las-adolescentes-por-parte-de-sus-parejas/>
- Infocop. (2024, 3 de diciembre). *Es clave prevenir y detectar de forma temprana los trastornos de la conducta alimentaria*. *INFOCOP*. <https://www.infocop.es/en-portada-diciembre-2024/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2024). *Trastornos de la alimentación: Lo que debe saber (NIH Núm. 24-MH-4901S)*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud. <https://www.nimh.nih.gov/espanol>
- Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Boven, A., Gill, S., Dimitropoulos, G., & MacMillan, H. L. (2017). Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC psychology*, 5(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>
- López C., C., & Treasure, J. (2011). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85–97.
- Losada, A. V., & Saboya, D. (2013). *Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102–134. <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- Ministerio de Juventud e Infancia. (2025). *Prevalencia de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España*. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. <https://violenciainfancia.gob.es>

- Morales Fonseca, C. F., Romero Machuca, S. G., Jaramillo Mantilla, J. F., & Ayala Granja, J. E. (2023). *Implicaciones psicológicas de la violencia*. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 131–142. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.599>
- National Eating Disorders Association. (2025, November 10). *Eating Disorders in Midlife and beyond- National Eating Disorders Association*. https://www.nationaleatingdisorders.org/eating-disorders-and-midlife-and-beyond/?utm_source=chatgpt.com
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014, 10 de diciembre). *La violencia puede afectar a cualquiera*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/violence-can-affect-anyone>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, 10 de marzo). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 1 de septiembre). *Salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia infligida por la pareja*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/comprender-abordar-violencia-contra-mujeres-violencia-infligida-pareja>
- Orjuela López, L., & Rodríguez Bartolomé, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas: Abuso y explotación sexual infantil*. Guía de material básico para la formación de profesionales. Save the Children España. <https://www.savethechildren.es>
- Pereda Beltran, N., (2009). *Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil*. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 135-144.

- M. O. Pinheiro, & V. Bustamante (2025). *Intimate partner sexual violence and the self from an intersectional perspective: a case study*. *Estudios de Psicología*(Campinas), 42, e 230060. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202542e230060>
- Rodríguez Rodríguez, J. A. (2024). *Psico XXI: descifrando la mente del nuevo milenio*.
- Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C., & Halley Castillo, M. E. (2013). *Factores familiares asociados a los trastornos alimentarios: Una revisión*. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45–57. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71992-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71992-X)
- Salvador Sánchez, L., Rodríguez Conesa, N., Sánchez Ramón, S., & Rey Novoa, M. (2024). *La violencia sexual y su abordaje en el sistema de salud*. *Atención Primaria*, 56, 102837. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102837>
- Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J. B., & Patton, G. (2008). *Childhood sexual abuse and eating disorders in females: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(3), 261–267. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.58>
- Unikel-Santoncini, C., Ramos-Lira, L., & Juárez-García, F. (2011). *Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas*. *Revista de Investigación Clínica*, 63(5), 475–483.
- Valdebenito, L. (2015). *La violencia le hace mal a la familia*. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*. <https://www.unicef.cl>
- Vilariño Besteiro, P., Unzeta Conde, B., Pérez Franco, C., López Moya, B., Uría Rivera, T., & Baños Martín, I. (n.d.). BULIMIA NERVIOSA y TRAUMA: ¿ASOCIACIÓN CASUAL o MECANISMO PERPETUADOR? In *XXI Congreso Virtual Internacional De Psiquiatría, Psicología Y Enfermería En Salud Mental*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-36-COMU8.pdf>
- Wong, S. P. Y., & Chang, J. C. (2015). Altered eating behaviors in female victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(20), 3490–3505. <https://doi.org/10.1177/0886260515585535>

World Health Organization. (2021, March 9). *Violence against women*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Yugeros García, A. J. (2015). Mujeres que ha padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia. *Revista Poiésis*, 30, 13-19.