

Maltrato infantil y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio transversal en adultos jóvenes

Childhood Neglect and Disordered Eating: A Cross-Sectional Study in Young Adults

Guillermo Insfran¹, Benjamín Lezcano Díaz², Nadia Giménez³, Liz Ortega⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i171.975>

Resumen

Introducción: Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) se han asociado con experiencias de trauma infantil. Este estudio explora la relación entre distintas formas de maltrato y la presencia de CAR en adultos jóvenes. **Métodos:** Estudio transversal en 186 estudiantes universitarios. Se aplicaron los cuestionarios CTQ-SF (cinco dimensiones de maltrato infantil) y CB-CAR. Se realizaron análisis bivariados con nivel de significancia $p < .05$. **Resultados:** El 36 % presentó CAR. Se observaron asociaciones significativas con negligencia física (OR = 2.9), abuso emocional (OR = 2.1) y negligencia emocional (OR = 2.4). No se hallaron asociaciones significativas con el abuso físico ni con el abuso sexual ($p = 0.9$ y $p = 1.0$, respectivamente). **Conclusión:** Algunas formas de maltrato infantil, especialmente la negligencia y el abuso emocional, se asocian significativamente con CAR en adultos jóvenes. La detección temprana de estas experiencias puede ser clave en la prevención de trastornos alimentarios.

Palabras clave: trastornos alimentarios, anorexia nerviosa, negligencia infantil, maltrato infantil

Abstract

Introduction: Risky eating behaviors (REB) are often linked to childhood maltreatment. This study examined the association between various types of childhood trauma and REB in young adults. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 186 university students using the CTQ-SF (five trauma dimensions) and the CB-CAR. Bivariate analyses were performed, with significance set at $p < .05$. **Results:** REB was present in 36% of participants. Emotional abuse (OR = 2.1), emotional neglect (OR = 2.4), and physical neglect (OR = 2.9) were significantly associated with REB. No significant associations were found with physical nor sexual abuse ($p = 0.9$ and $p = 1.0$, respectively). **Conclusion:** Emotional and physical neglect and emotional abuse are significantly associated with REB in young adults. Early identification of trauma history may help prevent eating disorders in at-risk populations.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, child neglect, child abuse

RECIBIDO 11/4/2025 - ACEPTADO 11/8/2025

¹Médico cirujano, Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0000-0002-4222-1739>

²Médico cirujano, Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0009-0009-9462-8248>

³Médica cirujana, Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0009-0005-2649-1578>

⁴Médica cirujana, Universidad del Pacífico, Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0009-0000-2115-4779>

Autor correspondiente

Guillermo Insfran

ginsfran96@gmail.com



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como cualquier forma de abuso o negligencia hacia personas menores de 18 años, incluyendo el abuso físico, emocional y sexual, la negligencia y la explotación, todos los cuales afectan negativamente la salud y la dignidad de los niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Las principales categorías de maltrato incluyen la negligencia, el abuso físico, el abuso psicológico y el abuso sexual. El abuso implica un acto por comisión, mientras que la negligencia representa una omisión; ambos generan consecuencias perjudiciales a largo plazo (González et al., 2023). Según el estudio BECAN, la prevalencia del maltrato infantil, considerando sus diferentes formas, se estima en un 20,3 % (Nikolaidis et al., 2018a). De acuerdo con esta clasificación, la negligencia se define como la falta de provisión de atención médica, educación, protección y necesidades básicas como alimentación y vestimenta, siendo esta la forma más común de maltrato infantil (Nikolaidis et al., 2018a). El abuso físico incluye actos como golpear, morder o quemar; el abuso psicológico abarca la humillación, el maltrato verbal y conductas que generan miedo, con potencial para desencadenar trastornos psicológicos (Miller et al., 2018). Por su parte, el abuso sexual comprende actos sexuales no consensuados, desde el contacto genital hasta la exposición a contenido explícito.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso corporal y la figura, lo cual afecta de manera significativa tanto la salud física como mental. Estos trastornos presentan alta morbilidad y mortalidad, y suelen manifestarse como condiciones psicológicas graves. El DSM-5 los clasifica dentro de los “Trastornos de la Alimentación y la Ingesta de Alimentos” (FED, por sus siglas en inglés), con ocho categorías principales, entre ellas la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno por atracón y el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) (Liu & Merritt, 2018). En su edición más reciente, el DSM-5 introdujo cambios relevantes en los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa (Kim et al., 2025). El rol del médico es fundamental no solo en el diagnóstico de estos trastornos, sino también en la coordinación del tratamiento y la derivación a servicios adecuados. El abordaje en niños y adolescentes resulta especialmente complejo, ya que los recursos terapéuticos son limitados, lo que agrava los efectos negativos sobre el crecimiento y desarrollo (Hay, 2020).

Los TCA suelen aparecer durante la adolescencia (Chew et al., 2021), una etapa crítica para el desarrollo cerebral. Cada vez se los reconoce más como trastornos neuropsiquiátricos con consecuencias tanto a corto como a largo plazo. En Estados Unidos, la prevalencia de los TCA varía entre el 0,2 % y el 0,8 % en la población general, alcanzando el 2 % en mujeres adolescentes. En Paraguay, según Barrios et al. (2021), el 13,6 % de las personas presenta signos compatibles con un TCA, siendo las mujeres 2,4 veces más propensas a desarrollarlos. De acuerdo con Bhattacharya (2020), el diagnóstico temprano y la intervención oportuna son esenciales para prevenir la evolución crónica de estos trastornos.

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) suelen reportar antecedentes de experiencias traumáticas. Sin embargo, aún persiste el debate sobre si ciertos tipos de trauma son más frecuentes en subtipos específicos de TCA. La evidencia muestra que, aunque una amplia gama de traumas se asocia con conductas de atracón, ciertas formas de maltrato infantil —como la negligencia y el abuso físico— tienen una correlación más fuerte con la anorexia nerviosa (Gonzalez et al., 2023; Miller et al., 2018; Nikolaidis et al., 2018a). Estos hallazgos sugieren que la relación entre trauma y conductas alimentarias de riesgo (CAR) puede variar en su naturaleza y en los mecanismos subyacentes. Comprender estas diferencias podría ofrecer claves importantes para el diseño de tratamientos personalizados. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre el maltrato infantil y las conductas alimentarias de riesgo en adultos jóvenes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño muestral se calculó utilizando el *software* Epi Info™ versión 7.5.6.0, considerando una población finita de 650 individuos, una proporción esperada del 20,3 % (Nikolaidis et al., 2018a) y un nivel de confianza del 95 %, lo que arrojó un tamaño mínimo requerido de 180 participantes. Finalmente, se incluyeron 186 personas que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad media de los participantes fue de 20 años (DE = 1,9). En cuanto al sexo, el 79,5 % (148/186) fueron mujeres y el 20,4 % (38/186) hombres. Se incluyeron jóvenes de entre 18 y 25 años que otorgaron su consentimiento informado y aceptaron participar voluntariamente. Se excluyeron aquellos con diagnósticos

previos de TCA, condiciones médicas que afectaran la alimentación o dificultades de comunicación que impidieran completar el cuestionario.

La recolección de datos se realizó a través de encuestas autoadministradas en Google Forms, difundidas por plataformas de mensajería instantánea (WhatsApp, Twitter) y mediante códigos QR en aulas universitarias.

Instrumentos

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CB-CAR) (Barrios et al., 2021)

Un instrumento autoadministrado compuesto por 10 ítems que exploran la frecuencia de conductas asociadas al riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, que va de 0 ("nunca o casi nunca") a 3 ("muy frecuentemente"). La puntuación total posible del cuestionario oscila entre 0 y 30 puntos.

Según lo establecido por los autores del instrumento, las puntuaciones se interpretaron de la siguiente manera:

- 0–9 puntos: riesgo bajo de TCA.
- ≥ 10 puntos: riesgo alto de desarrollar un TCA.

Estas categorías fueron utilizadas para analizar la asociación entre el nivel de riesgo alimentario y otras variables del estudio.

Adicionalmente, se calcularon las puntuaciones correspondientes a las tres dimensiones teóricas del CB-CAR:

- Restricción (ítems 1, 6 y 7; rango 0–9),
- Atracón-Purgas (ítems 2, 3, 4 y 5; rango 0–12),
- Medidas Compensatorias (ítems 8, 9 y 10; rango 0–9).

Cada dimensión se analizó como variable continua con fines exploratorios, a fin de describir los patrones específicos de riesgo alimentario en la muestra. El CB-CAR ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en población universitaria, incluyendo consistencia interna, validez estructural y utilidad como herramienta de tamizaje clínico.

Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003)

El CTQ-SF es un cuestionario autoadministrado de 28 ítems que evalúa abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Las respuestas se recogen en una escala Likert de 5 puntos que va de "nunca" a "casi siempre". La puntuación

dicotomizada clasifica la exposición como negativa (ausente-leve) o positiva (moderada-severa), según los puntos de corte establecidos por Bernstein y Fink: abuso emocional ≥ 13 , negligencia física ≥ 10 , abuso físico ≥ 10 , negligencia emocional ≥ 15 y abuso sexual ≥ 8 . Se aplicaron además criterios adicionales de severidad y una escala de negación/minimización (0–3). El CTQ-SF cuenta con validación psicométrica para su confiabilidad y validez discriminante en el estudio del maltrato infantil.

Procesamiento estadístico de los datos

Los datos se organizaron en Microsoft Excel (Microsoft® Excel® LTSC MSO versión 2409) y se analizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson en Epi Info™ 7.2.6.0. Las variables cuantitativas se resumieron utilizando la media y la desviación estándar, cuando correspondía. En el caso del puntaje total del CB-CAR, aunque originalmente es una variable cuantitativa, se categorizó en dos niveles (riesgo bajo y riesgo alto) para su análisis descriptivo y de asociación. Se analizaron variables demográficas (sexo y edad) y las puntuaciones de los cuestionarios. Los resultados del CB-CAR se trataron como variable resultante, dicotomizada en bajo riesgo (puntaje < 10) y alto riesgo (puntaje ≥ 10) de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, de acuerdo con los puntos de corte establecidos por los autores del instrumento. En el caso del CTQ-SF, la negligencia emocional y física, así como el abuso emocional, físico y sexual, se consideraron factores predictivos.

Este estudio cumplió con los principios éticos establecidos, garantizando la confidencialidad y anonimato de los participantes. Todos firmaron un consentimiento informado antes de su inclusión. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Pacífico.

Resultados

Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CB-CAR) (ver Tabla 1)

Restricción

Dentro de esta dimensión, la mayor proporción de respuestas en la categoría de mayor frecuencia se observó en el ítem 1, donde el 41,9 % (78/186) de los participantes manifestó una preocupación intensa por el aumento de peso. Asimismo, el 22,0 % (41/186) reportó realizar ejercicio físico con fines compensatorios con mucha frecuencia (ítem 7), y el 12,9 % (24/186) indicó haber hecho dietas para bajar de peso con igual frecuencia (ítem 6).

Atracón-purga

En cuanto a esta dimensión, el 11,8 % (22/186) de los encuestados informó haber tenido episodios de atracones con mucha frecuencia (ítem 2), mientras que el 9,1 % (17/186) señaló haber perdido el control sobre la ingesta alimentaria (ítem 3). La conducta de purga mediante vómito fue reportada como muy frecuente por el 2,2 % (4/186) (ítem 4). Por otro lado, el 13,4 % (25/186) refirió realizar ayunos como forma de restricción con mucha frecuencia (ítem 5).

Medidas compensatorias

Las conductas compensatorias farmacológicas mostraron una baja frecuencia en la categoría de mayor gravedad. Ningún participante reportó el uso frecuente o muy frecuente de pastillas para adelgazar (ítem 8), diuréticos (ítem 9) o laxantes (ítem 10). El 94,6 %, 96,2 % y 89,8 % de los participantes, respectivamente, negó completamente el uso de estas conductas.

Tabla 1. Frecuencia de respuestas por ítem y distribución de puntajes por dimensión del CB-CAR (n = 186)

Dimensión / Ítem	Nunca (%)	A veces (%)	Frecuente (%)	Muy frecuente (%)	Puntaje total por dimensión
Restricción					
Me ha preocupado engordar	8.60 (16)	26.88 (50)	22.58 (42)	41.94 (78)	Distribucion de puntajes 0: 11 (5.91 %) 1: 15 (8.06 %) 2: 20 (10.75 %) 3: 19 (10.22 %) 4: 25 (13.44 %) 5: 33 (17.74 %) 6: 17 (9.14 %) 7: 22 (11.83 %) 8: 10 (5.38 %) 9: 14 (7.53 %)
He hecho dietas para bajar de peso	31.72 (59)	38.17 (71)	17.20 (32)	12.90 (24)	
He hecho ejercicio para bajar de peso	19.35 (36)	41.40 (77)	17.20 (32)	22.04 (41)	
Atracón-purgas					
Me he atascado de comida	25.81 (48)	45.16 (84)	17.20 (32)	11.83 (22)	Distribucion de puntajes 0: 26 (13.98 %) 1: 35 (18.82 %) 2: 29 (15.59 %) 3: 21 (11.29 %) 4: 23 (12.37 %) 5: 18 (9.68 %) 6: 10 (5.38 %) 7: 11 (5.91 %) 8: 5 (2.69 %) 9: 5 (2.69 %) 11: 3 (1.61 %)
He perdido el control al comer	43.55 (81)	38.17 (71)	9.14 (17)	9.14 (17)	
He vomitado para bajar de peso	83.33 (155)	11.29 (21)	3.23 (6)	2.15 (4)	
He hecho ayunos para bajar de peso	45.16 (84)	27.42 (51)	13.98 (26)	13.44 (25)	
Medidas compensatorias					
He usado pastillas para adelgazar	94.62 (176)	5.38 (10)	0.00 (0)	0.00 (0)	Distribucion de puntajes 0: 157 (84.41 %) 1: 25 (13.44 %) 2: 1 (0.54 %) 3: 3 (1.61 %)
He tomado diuréticos	96.24 (179)	3.76 (7)	0.00 (0)	0.00 (0)	
He tomado laxantes	89.78 (167)	10.22 (19)	0.00 (0)	0.00 (0)	

Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF)

Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF)

Abuso y negligencia emocionales

Las frecuencias de abuso emocional, obtenidas a partir del cuestionario CTQ-SF, mostraron que la puntuación más frecuente fue 5 (ausente-leve), reportada por el 22,04 % (41/186) de los encuestados. La segunda puntuación más común fue 6 (ausente-leve), correspondiente al 12,37 % (23/186) de los participantes. En conjunto, el 47,85 % (89/186) obtuvo puntuaciones entre 5 y 8, todas por debajo del umbral considerado como “positivo” para abuso.

Las puntuaciones superiores a 12 (límite superior para abuso moderado) fueron menos frecuentes, siendo 16 la puntuación más alta registrada, alcanzada por solo el 1,08 % (2/186) de los participantes. De forma más relevante, 54 personas (29,03 %) obtuvieron una puntuación igual o superior a 13, cumpliendo con el criterio establecido para clasificar el abuso emocional como de intensidad moderada a severa, según el punto de corte propuesto (Tabla 2).

En la dimensión de abandono emocional, el 47,85 % (89/186) de los participantes presentó puntajes correspondientes a niveles ausentes o leves de maltrato (puntuaciones ≤ 14). Por otro lado, el 16,13 % (30/186) obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 15, lo que se interpreta como indicativo de abandono emocional moderado a severo. Esto sugiere que la mayoría de los participantes no reportó experiencias significativas de este tipo de maltrato en la infancia (Tabla 2).

Abuso y negligencia física

En relación con el abuso físico, el 85 % (160/186) de los participantes obtuvo puntuaciones correspondientes a niveles ausentes o leves de maltrato, mientras que el 14 % (26/186) presentó puntajes en el rango de moderado a severo, lo que indica una menor proporción

de exposición significativa a esta forma de violencia en la muestra. Por otro lado, en cuanto a la negligencia física, el 39 % (73/186) de los encuestados reportó niveles moderados a severos, una proporción considerablemente mayor que la observada para el abuso físico, mientras que el 61 % (113/186) se ubicó en el rango de ausente o leve (Tabla 3).

Abuso sexual

En la subescala de abuso sexual, la mayoría de los participantes obtuvo puntuaciones correspondientes a niveles ausentes o bajos de maltrato. En concreto, el 67,2 % (125/186) se ubicó en la categoría de ausencia de abuso sexual (puntaje = 5), y el 9,7 % (18/186) presentó niveles bajos (puntajes entre 6 y 7). Por otro lado, el 14,0 % (26/186) de los participantes obtuvo puntajes en el rango moderado (8–12), y el 9,1 % (17/186) alcanzó niveles severos de abuso sexual infantil (puntajes entre 13 y 25). Estos datos indican que aproximadamente uno de cada cuatro participantes (23,1 %) reportó experiencias de abuso sexual de intensidad moderada o severa durante la infancia.

Asociación de variables

Conductas alimentarias de riesgo y sexo

En relación con los resultados del CB-CAR y la variable sexo, la proporción de varones con alto riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo (CAR) fue del 21 % (8/38), mientras que en mujeres alcanzó el 39 %, es decir, un 18 % más ($p < .05$) (Tabla 4).

Conductas alimentarias de riesgo y maltrato infantil

El análisis estadístico mostró una relación significativa entre el abuso emocional y la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) ($p < .001$). En particular, el 48,1 % (26/54) de los participantes con niveles moderados o severos de maltrato emocional presentó CAR, en comparación con el 30,3 % (40/132)

Tabla 2. Frecuencias de maltrato y negligencia emocionales

Dimensión emocional	
Puntuación de abuso emocional	
≤ 13 Ausente-leve	71 % (132/186)
≥ 13 Moderado-severo	29 % (54/186)
Total	100 % (186)
Puntuación de negligencia emocional	
≤ 15 Ausente-leve	84 % (156/186)
≥ 15 Moderado-severo	16 % (30/186)
Total	100 % (186)

Tabla 3. Frecuencias abuso y negligencia físicas

Dimensión física	
Puntuación de abuso físico	
≤ 10 Ausente-leve	85 % (160/186)
≥ 10 Moderado-severo	14 % (54/186)
Total	100 % (186)
Puntuación de negligencia física	
≤ 10 Ausente-leve	61 % (113/186)
≥ 10 Moderado-severo	39 % (73/186)
Total	100 % (186)

Tabla 4. Asociación entre sexo y CAR

Femenino	58 (39.18 %)	90 (60.81 %)	148
Masculino	8 (21.05 %)	30 (78.94 %)	38
Total	35 % (66)	120 (65 %)	186

de quienes no reportaron este tipo de abuso. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4,5$; OR = 2,1), lo que indica que los participantes con antecedentes de maltrato emocional tuvieron más del doble de probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo en comparación con quienes no lo experimentaron (Tabla 5).

En relación con la negligencia emocional, el 38 % (10/26) de los participantes con niveles moderados o severos presentó CAR, frente al 32 % (50/156) entre quienes no reportaron este tipo de maltrato. Aunque las diferencias porcentuales son menores, el análisis mostró una asociación significativa ($p < .05$; $\chi^2 = 4,0$; OR = 2,4), lo que indica que la probabilidad de pre-

sentar CAR fue más del doble en los participantes expuestos a abandono emocional infantil (Tabla 5).

Respecto a la negligencia física, el 51 % (37/73) de los participantes con niveles moderados o severos presentó CAR, frente al 25,66 % (29/113) de aquellos sin antecedentes de este tipo de maltrato. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < .001$; $\chi^2 = 11,6$), con un OR de 2,9, lo que implica que las personas expuestas a negligencia física durante la infancia tienen casi tres veces más probabilidades de presentar conductas alimentarias de riesgo (Tabla 5).

En contraste, no se observó una asociación significativa entre el abuso físico y las CAR. El 38 % (10/26) de los participantes expuestos a abuso físico presentó CAR, comparado con el 35 % (56/160) de aquellos sin dicha experiencia ($p = 0,9$; $\chi^2 = 0,01$; OR = 1,1). Esta OR cercana a 1 indica que no hubo una diferencia significativa en la probabilidad de presentar CAR entre ambos grupos. Caso similar ocurrido con el abuso sexual y las CAR (ver Tabla 5).

Tabla 5. Asociación de trauma infantil con CAR por dimensiones

	Conducta alimentaria de riesgo			Valor p, χ^2 , OR
	Alto riesgo	Sin riesgo	Total	
Negligencia emocional				
Moderado-severo	38 % (10/26)	62 % (16/26)	26 (14 %)	p<.05, $\chi^2=4,0$ OR=2.4
Leve-ausente	32 % (50/156)	68 % (106/156)	156 (83 %)	
Total	66	120	186 (100 %)	
Abuso emocional				
Moderado-severo	48.1 % (26/54)	51.9 % (28/54)	54 (29.1 %)	p<.05, $\chi^2=4,5$, OR=2.1
Leve-ausente	30.3 % (40/132)	69.5 % (92/132)	132 (70.9 %)	
Total	66	120	186 (100 %)	
Negligencia física				
Moderado-severo	51 % (37/73)	49 % (36/73)	73 (39.2 %)	p<.05 $\chi^2=11.6$, OR=2.9
Leve-ausente	25.66 % (29/113)	74,34 % (84/113)	113 (60 %)	
Total	66	120	186 (100 %)	
Abuso físico				
Moderado-severo	38 % (10/26)	61,54 % (16/26)	26 (13.9 %)	p=0.9, $\chi^2=0,01$, OR=1.1
Leve-ausente	35 % (56/160)	65 % (104/160)	160 (86 %)	
Total	66	120	186 (100 %)	
Abuso sexual				
Moderado-severo	16.6 % (11/66)	16.6 % (20/120)	31 (17 %)	p=1.0, $\chi^2= 0.0$, OR= 1.00
Leve-ausente	83.3 % (55/66)	83.3 % (100/120)	155 (83 %)	
Total	66	120	186	

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre el maltrato infantil y la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adultos jóvenes. Los resultados evidenciaron asociaciones significativas entre tres de las cinco dimensiones evaluadas mediante el CTQ-SF (abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física) y la presencia de CAR en la adultez.

En particular, la negligencia física mostró una de las asociaciones más robustas, con una razón de probabilidades (OR) de 2,9, lo que indica que los participantes con antecedentes de este tipo de maltrato tuvieron casi tres veces más probabilidad de presentar conductas alimentarias de riesgo. De manera similar, se observaron asociaciones significativas para el abuso emocional (OR = 2,1) y la negligencia emocional (OR = 2,4), lo que sugiere que los déficits afectivos y relacionales durante la infancia podrían desempeñar un papel importante en la configuración de conductas alimentarias desadaptativas en etapas posteriores del desarrollo.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Convertino et al. (2022), quienes, en una muestra representativa de Estados Unidos, demostraron que diversos tipos de trauma infantil se asocian con trastornos como el atracón, la anorexia nerviosa y otras conductas alimentarias de riesgo, según la definición de la OMS. Asimismo, estudios como el metaanálisis de Alarcón-Rabito (2021) y la investigación multicéntrica BECAN liderada por Nikolaidis et al. (2018a) también reportaron una fuerte relación entre el abuso infantil y diversas formas de psicopatología alimentaria.

Aunque la dimensión de abuso físico no mostró una asociación estadísticamente significativa en este estudio ($p = 0,90$; OR = 1,1), el análisis descriptivo reveló que un 38 % de los participantes expuestos a esta forma de maltrato presentaron CAR, un porcentaje considerable. Este hallazgo podría explicarse por factores contextuales o por la coexistencia de otras formas de maltrato más influyentes, como la negligencia. La ausencia de significancia estadística no excluye su relevancia clínica, por lo que se sugiere abordarlo en investigaciones futuras con muestras más amplias o diseños longitudinales.

Diversos autores han planteado la existencia de factores intervinientes entre el trauma infantil y las CAR, incluyendo síntomas depresivos, alexitimia, desregulación emocional, insatisfacción corporal, au-

tocrítica y sintomatología postraumática. Estos factores podrían funcionar como mecanismos psicológicos que median o moderan la relación observada, y merecen ser explorados en estudios futuros. En este sentido, una infancia libre de abuso podría actuar como factor protector, como se refleja en este estudio: los participantes sin antecedentes de negligencia física presentaron una prevalencia significativamente menor de CAR (25,7 %).

En consonancia con lo planteado por Monteleone et al. (2020), quien subraya el rol del trauma infantil severo y persistente como predictor de trastornos psiquiátricos, los hallazgos de este trabajo refuerzan la necesidad de diseñar e implementar estrategias preventivas y de detección temprana del abuso infantil. Este tipo de intervenciones no solo tendría impacto en la salud física y emocional inmediata de los niños, sino también en la prevención de trastornos alimentarios y otras formas de psicopatología en etapas posteriores de la vida.

En cuanto al abuso sexual infantil, aunque en este estudio no se observó una asociación estadísticamente significativa con las CAR ($p = 1,0$; OR = 1,0), la evidencia reciente sugiere que este tipo de trauma puede tener un impacto clínico importante en el desarrollo de trastornos alimentarios. Convertino et al. (2022), en una muestra representativa de adultos jóvenes en Estados Unidos, hallaron que el trauma sexual interpersonal se asociaba con un mayor riesgo de desarrollar tanto trastorno por atracón (OR = 2,22) como anorexia nerviosa (OR = 2,64). De manera similar, un metaanálisis conducido por Solmi et al. (2021) reveló que el abuso sexual infantil se asociaba con una probabilidad casi tres veces mayor de desarrollar bulimia nerviosa (OR = 2,73; IC95%: 1,96–3,79). Además, Hazzard et al. (2022) encontraron que las estudiantes universitarias que habían experimentado abuso sexual en el último año presentaban mayor prevalencia de conductas de purga (PR = 1,71; $p = 0,009$) y sobrevaloración del peso corporal.

Estos hallazgos, aunque no replicados en nuestra muestra, refuerzan la necesidad de considerar el abuso sexual como un factor de riesgo clínicamente relevante, cuya influencia podría no haber sido detectada aquí debido al tamaño reducido del subgrupo afectado, sesgos de reporte o factores contextuales no controlados. Estudios con mayor poder estadístico y diseños longitudinales permitirán esclarecer mejor esta relación.

Conclusión

Los hallazgos de este estudio respaldan la existencia de una asociación significativa entre el maltrato infantil, particularmente la negligencia emocional, la negligencia física y el maltrato emocional, y la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adultos jóvenes. Estos resultados refuerzan la evidencia previa sobre el impacto duradero de las experiencias adversas en la infancia sobre la salud mental, especialmente en relación con los hábitos y conductas alimentarias.

Si bien no se observó una asociación estadísticamente significativa con el maltrato físico, la prevalencia de CAR en este grupo sugiere que su rol no puede descartarse completamente y merece ser explorado en estudios futuros. En conjunto, los resultados subrayan la necesidad de implementar estrategias de detección y prevención del maltrato infantil, así como de considerar estas experiencias tempranas en el abordaje integral de los trastornos de la conducta alimentaria.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés. Este estudio fue autofinanciado por los autores.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. (n.d.). Child maltreatment [Fact sheet]. Retrieved September 12, 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- González, D., Bethencourt Mirabal, A., & McCall, J. D. (2023). Child abuse and neglect. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442230/>
- Nikolaïdis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., & the BECAN Study Group. (2018a). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: The BECAN study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0208-x>
- Miller, G. F., Chiang, L., & Hollis, N. (2018). Economics and violence against children: Findings from the Violence Against Children Survey in Nigeria. *Child Abuse & Neglect*, 85, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.013>
- Liu, Y., & Merritt, D. H. (2018). Familial financial stress and child internalizing behaviors: The roles of caregivers' maltreating behaviors and social services. *Child Abuse & Neglect*, 86, 324–335. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.003>
- Kim, Y. R., Murray, H. B., Thomas, J. J., & Eddy, K. T. (2025). Eating disorders: Evaluation and management. In *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (pp. 386–405). Elsevier.
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Chew, C. S. E., Kelly, S., Baeg, A., Oh, J. Y., Rajasegaran, K., & Davis, C. (2021). First presentation of restrictive early-onset eating disorders in Asian children. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 81–87. <https://doi.org/10.1002/eat.23274>
- Barrios, I., Piris-Jara, A., Montiel-Alfonso, M. Á., Ríos-González, C., Solís-Avalos, D., García, O., Navarro, R., González-Urbieta, I., O'Higgins, M., Melgarejo, O., Almirón-Santacruz, J., Ruiz Díaz, N., Villalba-Arias, J., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A., & Torales, J. (2021). Associated factors and screening for eating disorders and food intake in the Paraguayan general population. *Revista Nacional (Itaúguá)*, 13(1), 4–18. Retrieved October 16, 2024, from <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/36>
- Bhattacharya, A., DeFilipp, L., & Timko, C. A. (2020). Feeding and eating disorders. In *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 387–403). Elsevier.
- Nikolaïdis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., & the BECAN Study Group. (2018b). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to violence in 9 Balkan countries: The BECAN study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0208-x>
- Padrós Blázquez, F., Pintor Sánchez, B. E., Martínez Medina, M. P., & Navarro Contreras, G. (2022). Confirmatory factor analysis of the Brief Questionnaire on Eating Risk Behaviors in Mexican university students: CBREB AFC. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 26(1), 83–91. <https://doi.org/10.14306/renhyd.26.1.1487>
- Behn, A., Vöhringer, P. A., Martínez, P., Domínguez, A. P., González, A., Rebesco, M. I., et al. (2020). Validation of the Spanish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form in Chile, in a sample of patients with clinical depression. *Revista Médica de Chile*, 148(3), 336–343. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Convertino, A. D., Morland, L. A., & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 1079–1089. <https://doi.org/10.1002/eat.23757>
- Monteleone, A. M., Tzischinsky, O., Cascino, G., Alon, S., Pellegrino, F., Ruzzi, V., et al. (2022). The connection between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A network analysis study in people with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 27(1), 253–261. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01169-6>
- Affif, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., et al. (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.22783>
- Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., et al. (2021). Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1180>
- Hazzard, V. M., Ziobrowski, H. N., Borg, S. L., Schaefer, L. M., Mangold, A. C., Herting, N. A., Lipson, S. K., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2022). Past-year abuse and eating disorder symptoms among U.S. college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15–16), NP13226–NP13244. <https://doi.org/10.1177/08862605211005156>