

# Asociación entre acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo en población adolescente de Lima Metropolitana y Callao

Association between bullying and risky eating behaviors among adolescent population of Metropolitan Lima and Callao

Martin Clímaco Padilla Lay<sup>1,a</sup> , Yolanda Isabel Robles Arana<sup>1,b</sup> 

## RESUMEN

**Objetivos:** Exploración y eventual establecimiento de asociación entre el acoso escolar (AE) y las conductas alimentarias de riesgo (CAR) en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico basado en datos del estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») en 2012. La muestra incluyó a 1490 adolescentes de 12 a 17 años. Se utilizaron puntuaciones del Cuestionario de Acoso Escolar y el Cuestionario de las Conductas Alimentarias de Riesgo, además de variables sociodemográficas. Se realizaron análisis bivariados para evaluar la asociación entre el AE, las CAR y las variables sociodemográficas; y se propuso un modelo explicativo de las CAR mediante regresión logística binaria, complementado con *odds ratios* (OR) y prevalencias. **Resultados:** Las prevalencias anuales observadas fueron de 43,8 % para el AE y de 23,5 % para las CAR. Se encontró asociación significativa entre el AE con el nivel de pobreza ( $p < 0,01$ ), las CAR con el sexo y la edad ( $p < 0,05$  para ambas), y el AE con las CAR ( $p < 0,001$ ). El modelo explicativo de las CAR presentó un buen ajuste ( $p < 0,001$ ), teniendo como predictores significativos el AE ( $p < 0,001$ ), el sexo ( $p < 0,05$ ) y la edad ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** Se confirmó una asociación significativa entre el AE y las CAR. El modelo explicativo propuesto revela que ser mujer, tener entre 15 y 17 años, y haber sido víctima de AE son factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las CAR en adolescentes. Las estrategias preventivas de las CAR deben incluir el abordaje del AE en el entorno escolar, con especial atención en los grupos más vulnerables.

**Palabras clave:** acoso escolar; conducta alimentaria de riesgo; salud mental; adolescentes.

**Citar como:**  
Padilla MC, Robles YI. Asociación entre acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo en población adolescente de Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr. 2025; 88(2): 116-129. DOI: [10.20453/rnp.v88i2.6033](https://doi.org/10.20453/rnp.v88i2.6033)

**Recibido:** 28-11-2024  
**Aceptado:** 07-04-2025  
**En línea:** 26-06-2025

**Correspondencia:**  
Martin Padilla Lay  
 [mpadilla@insm.gob.pe](mailto:mpadilla@insm.gob.pe)



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores  
© Revista de Neuro-Psiquiatría

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Licenciado en Psicología.

<sup>b</sup> Magíster en Psicología.

## ABSTRACT

**Objectives:** Exploration and eventual establishment of an association between school bullying and risky eating behaviors (REB) in adolescents from Lima Metropolitan Area and Callao. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional, and analytical study, based on data from the Epidemiological Study conducted by the National Institute of Mental Health in 2012. The sample included 1,490 adolescents aged 12 to 17. Scores from the bullying scale and the REB Questionnaire, along with sociodemographic variables, were used. Bivariate analyses were conducted to evaluate the association between bullying, REB, and sociodemographic variables. A binary logistic regression model was proposed to explain REB, supplemented by Odds Ratios (OR) and prevalence data. **Results:** The observed annual prevalence rates were 43.8% for bullying and 23.5% for REB. Bullying showed a significant association with poverty level ( $p<0.01$ ), and REB with sex and age ( $p<0.05$  for both). Bullying and REB also showed a significant association ( $p<0.001$ ). The explanatory model for REB showed a good fit ( $p<0.001$ ), with significant predictors: bullying ( $p<0.001$ ), sex ( $p<0.05$ ), and age ( $p<0.05$ ). **Conclusions:** A significant association between bullying and REB was confirmed. The proposed explanatory model reveals that being female, aged 15 to 17, and being a victim of bullying are risk factors contributing to the presence of REB in adolescents. Preventive strategies for REB should include addressing bullying in the school environment, with special attention to vulnerable groups.

**Keywords:** bullying; feeding and eating disorders; mental health; adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La violencia es considerada un problema de salud pública (1, 2) debido a su magnitud, propagación y las graves consecuencias que afectan la salud mental de las personas que la padecen. Este problema es especialmente crítico, pues, según datos provenientes de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) (3), a nivel internacional, casi uno de cada tres estudiantes (32 %) fue víctima de acoso por parte de sus compañeros o compañeras de escuela al menos una vez en el último mes en que se realizó la encuesta. A nivel local, estudios confirman cifras preocupantes (4, 5).

El acoso escolar (AE), una de las expresiones de violencia en el ámbito educativo (6, 7), es especialmente grave en la adolescencia, ya que afecta el proceso de construcción de sus fortalezas personales, tales como la autoestima, la autoeficacia, las habilidades sociales e incluso el funcionamiento social y académico. Entre sus consecuencias se encuentran el ausentismo, los problemas psicosomáticos, la disminución del rendimiento escolar y de la autoestima, el insomnio, la depresión, la ansiedad o fobias, e incluso la presencia de pensamientos o intentos suicidas (8-11).

Los trastornos de la conducta alimentaria representan otra categoría de afecciones que pueden afectar profundamente el bienestar y desarrollo del adolescente (12). Si bien existen estudios al respecto (13, 14), estos se han centrado mayormente en la etapa de la patología ya establecida, y no en las etapas prodrómicas, como es el caso de las conductas alimentarias de riesgo (CAR), que incluyen la práctica de atracones, el seguimiento de dietas restrictivas, el uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos o enemas, la práctica excesiva de ejercicio y el vómito autoinducido, todas con la intención de perder peso corporal (15, 16). Esto, posteriormente, puede derivar en la presencia de trastornos como la anorexia nervosa y la bulimia. Estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») (5) refieren que la prevalencia actual de tendencia a presentar las CAR es de 4,9 %.

Si bien es cierto que tanto el AE como las CAR pueden manifestarse aisladamente, múltiples estudios demuestran su asociación (17-19). Unikel et al. (15) documentan esta relación desde una perspectiva global, analizando datos epidemiológicos de distintas regiones y contextos socioculturales. A nivel local, existe una notable ausencia de estudios que evalúan

esta asociación, lo que representa una importante brecha en el conocimiento contextualizado de esta problemática, especialmente si se considera que los factores socioculturales pueden influir significativamente en la manifestación de estas conductas.

Desde diferentes marcos teóricos, se puede comprender la relación entre el AE y las CAR. Baumeister y Leary (20) postulan que la necesidad fundamental de pertenencia, cuando se ve amenazada por experiencias de AE, genera un intenso malestar psicológico. En respuesta a esta angustia, los individuos pueden desarrollar CAR como mecanismo para regular sus emociones negativas, recuperar la sensación de control y, potencialmente, mejorar su aceptación social.

Desde otra perspectiva, Gratz y Roemer (21) plantean que la desregulación emocional constituye un factor determinante en el desarrollo de diversos trastornos psicológicos y conductuales. Esta se manifiesta como la dificultad para identificar, aceptar y modular eficazmente las experiencias emocionales, lo que compromete la capacidad del individuo para implementar estrategias adaptativas frente a estados emocionales intensos. Esta dificultad fundamental puede manifestarse a través de diversas expresiones sintomáticas, siendo los problemas alimentarios una de las posibles manifestaciones de esta desregulación emocional, donde la conducta alimentaria se utiliza como un mecanismo desadaptativo de control y gestión emocional.

Por último, Rieger et al. (22) evidencian que las experiencias interpersonales adversas impactan negativamente en la autoestima y los vínculos sociales del individuo, propiciando el surgimiento de conductas alimentarias problemáticas como estrategia compensatoria orientada a incrementar la aceptación social y mejorar la percepción subjetiva de la imagen corporal.

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre el AE y las CAR en una muestra de adolescentes, y proporcionar información para la comprensión de las variables sociodemográficas implicadas en la aparición de problemas de conducta alimentaria. Asimismo, busca aportar datos clave para la toma de decisiones en el desarrollo de estrategias de prevención e intervención.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio analizó datos del «Estudio epidemiológico de salud mental de Lima Metropolitana

y Callao en adolescentes. Replicación 2012» (23). Siguiendo la metodología del estudio original, se incluyó a 1490 adolescentes de 12 a 17 años, residentes en viviendas particulares de Lima Metropolitana y Callao en 2012.

La muestra fue de tipo compleja, probabilística, en etapas, con selección de conglomerados, proporcional al número de viviendas, selección de segmentos compactos y selección simple de personas. Se consideraron muestras independientes para Lima y Callao que fueron ponderadas para reflejar la estructura demográfica de la población adolescente estudiada.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1. «Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo»: Posee 9 ítems (Sí/No) que evalúan conductas (vomitar, laxarse, hacer ejercicios, tomar medicamentos para adelgazar, tomar diuréticos, tomar pastillas tiroideas, hacer dietas y realizar atracones) basadas en cuestionarios previamente validados (24, 25).
2. «Cuestionario de Acoso Escolar» elaborado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Defensor del Pueblo (España) (26): Fue modificado por el INSM «HD-HN» para estudios epidemiológicos, convirtiéndolo en entrevista. Esta escala considera las siguientes formas de AE: ser ignorado, relegado, insultado, apodado, criticado, esconderle objetos, romperle objetos, ser robado, agredido, amenazado, acosado, obligado, amenazado con objetos punzocortantes y amenazado con armas de fuego.

Cabe precisar que dichos instrumentos fueron aplicados mediante entrevistas estructuradas conducidas por personal capacitado del INSM «HD-HN», siguiendo protocolos estandarizados para estudios epidemiológicos.

A partir del estudio epidemiológico mencionado, se analizaron las CAR y el AE junto con las variables sociodemográficas (sexo, edad, grado de instrucción y nivel de pobreza). Se consideraron variables dicotómicas para el AE (haber recibido o no al menos una conducta de AE durante el último año) y para las CAR (haber mostrado o no al menos una CAR durante el último año).

Los procedimientos metodológicos incluyeron la extracción sistemática de datos de adolescentes, seguida de un proceso riguroso de depuración de la

base de datos y recodificación de variables. Para el tratamiento de los datos faltantes, se implementó el método de eliminación por lista (*listwise deletion*), en el cual los casos que presentaban valores perdidos en cualquiera de las variables de interés fueron excluidos automáticamente de los análisis correspondientes, garantizando así la integridad de los datos analizados.

La tasa de respuesta en el estudio epidemiológico original alcanzó el 89,2 %, mientras que, en el presente análisis, tras la depuración de datos, se obtuvo una tasa de respuesta final del 84,5 %.

Los análisis estadísticos comprendieron tanto estadística descriptiva (incluyendo distribuciones de frecuencias y porcentajes) como análisis inferenciales mediante pruebas de asociación y relación. Específicamente, se emplearon pruebas de chi-cuadrado para evaluar la independencia entre variables categóricas, cálculos de *odds ratios* (OR) para estimar la magnitud de las asociaciones, y modelos de regresión logística binaria para analizar las relaciones entre múltiples variables. Todos los análisis se realizaron utilizando el *software* estadístico SPSS versión 26.

El «Estudio epidemiológico de salud mental en Lima y Callao en adolescentes. Replicación 2012» (23) fue aprobado por el Comité de Ética del INSM

«HD-HN», el cual incluyó la aprobación del consentimiento informado de los participantes. El presente estudio también obtuvo la aprobación del mismo Comité. Se utilizaron datos anonimizados, sin riesgos para los participantes. Asimismo, los investigadores declararon no tener conflictos de intereses.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 1490 adolescentes de 12 a 17 años de Lima Metropolitana y Callao, distribuidos equitativamente por sexo, con un leve predominio de mujeres (50,5 %). La mayoría tenía entre 15 y 17 años (52,6 %). En cuanto al nivel educativo, predominaron aquellos que cursaban o habían completado la secundaria (81,1 %). Más de la mitad no presentaba condiciones de pobreza (72,1 %), según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). La prevalencia anual de AE fue de 43,8 % (47,4 % en mujeres y 52,6 % en varones), mientras que la de CAR fue de 23,5 % (55,0 % en mujeres y 45,0 % en varones).

Entre los adolescentes que recibieron AE, los componentes conductuales de CAR más prevalentes fueron realizar atracones (28,5 %), hacer ejercicios (3,7 %), vomitar (3,2 %) y hacer dietas (3,0 %) (tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de acoso escolar según componentes de las conductas alimentarias de riesgo.

Componentes de la conducta alimentaria de riesgo	Acoso escolar					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vomitar						
Sí	17	3,2	6	0,9	23	1,9
No	522	96,8	687	99,1	1209	98,1
Laxar						
Sí	5	0,9	7	1,0	12	1,0
No	535	99,1	686	99,0	1221	99,0
Hacer ejercicios						
Sí	20	3,7	15	2,2	35	2,8
No	520	96,3	678	97,8	1198	97,2
Tomar medicamentos						
Sí	1	0,2	2	0,3	3	0,2
No	539	99,8	691	99,7	1230	99,8
Tomar diuréticos						
Sí	1	0,2	0	0,0	1	0,1
No	539	99,8	693	100,0	1232	99,9
Tomar pastillas para tiroides						
Sí	1	0,2	0	0,0	1	0,1
No	539	99,8	693	100,0	1232	99,9
Hacer dietas						
Sí	16	3,0	4	0,6	20	1,6
No	524	97,0	689	99,4	1213	98,4
Realizar atracones						
Sí	154	28,5	92	13,3	246	20,0
No	386	71,5	601	86,7	987	80,0

n = 1233 (después de excluir casos con datos faltantes [*missing values*])

Entre los adolescentes que presentaron CAR, destacaron como formas de AE más prevalentes ser apodado (37,2 %), criticado (22,6 %) e ignorado (16,1 %) (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de conductas alimentarias de riesgo según formas de acoso escolar.

Formas de acoso escolar	Conducta alimentaria de riesgo					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ignorado						
Sí	48	16,1	84	8,7	132	10,5
No	250	83,9	877	91,3	1127	89,5
Relegado						
Sí	40	13,5	70	7,3	110	8,8
No	257	86,5	890	92,7	1147	91,2
Insultado						
Sí	40	13,5	70	7,3	110	8,8
No	257	86,5	890	92,7	1147	91,2
Apodado						
Sí	111	37,2	23	24,1	342	27,2
No	187	62,8	729	75,9	916	72,8
Criticado						
Sí	67	22,6	117	12,2	184	14,6
No	230	77,4	843	87,8	1073	85,4
Esconderle objetos						
Sí	30	10,1	85	8,8	115	9,1
No	268	89,9	876	91,2	1144	90,9
Romperle objetos						
Sí	8	2,7	16	1,7	24	1,9
No	290	97,3	945	98,3	1235	98,1
Robarle						
Sí	17	5,7	46	4,8	63	5,0
No	281	94,3	915	95,2	1196	95,0
Agredido						
Sí	21	7,0	34	3,5	55	4,4
No	277	93,0	926	96,5	1203	95,6
Amenazado						
Sí	11	3,7	20	2,1	31	2,5
No	287	96,3	941	97,9	1228	97,5
Acosado						
Sí	1	0,3	1	0,1	2	0,2
No	297	99,7	960	99,9	1257	99,8
Obligado						
Sí	3	1,0	4	0,4	7	0,6
No	295	99,0	957	99,6	1252	99,4
Amenazado con objeto punzocortante						
Sí	0	0,0	1	0,1	1	0,1
No	298	100,0	960	99,9	1258	99,9
Amenazado con arma de fuego						
Sí	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No	298	100,0	951	100,0	1259	100,0

n = 1259 (después de excluir casos con datos faltantes [*missing values*]).

### Asociación entre acoso escolar y las variables sociodemográficas

Respecto al AE, el nivel de pobreza fue la única variable asociada significativamente a este, presentando una direccionalidad positiva y débil ( $\chi^2[1, n = 1233] = 6,84$ ;  $p = 0,009$ ;  $\Phi = 0,07$ ). Las variables restantes (sexo, edad y grado de instrucción) mostraron ser no significativas ( $p > 0,05$ ).

Al considerar las diversas formas de AE, las adolescentes mujeres mostraron una mayor probabilidad de recibir críticas en comparación con los varones ( $OR = 1,61$ ; IC 95 % [1,17; 2,21];  $p = 0,003$ ), mientras que los varones presentaron una mayor probabilidad de recibir agresiones físicas ( $OR = 2,59$ ; IC 95 % [1,43; 4,84];  $p = 0,001$ ) y apodos ( $OR = 1,45$ ; IC 95 % [1,13; 1,86];  $p = 0,001$ ). Por otro lado, los adolescentes pobres tuvieron más probabilidad de ser ignorados en comparación con los no pobres ( $OR = 1,50$ ; IC 95 % [1,03; 2,19];  $p = 0,036$ ). Estos hallazgos revelan diferencias significativas según el sexo y el nivel de pobreza en las experiencias de AE.

### Asociación entre conductas alimentarias de riesgo y las variables sociodemográficas

Se observaron asociaciones significativas entre las CAR y las variables sociodemográficas sexo y edad ( $p < 0,05$ ), mas no con el nivel de instrucción ni con el nivel de pobreza ( $p > 0,05$ ). En ese sentido, las adolescentes tuvieron mayor probabilidad de presentar CAR que los varones ( $OR = 1,34$ ; IC 95 % [1,02; 1,77];  $p = 0,031$ ), así como los adolescentes de 15 a 17 años respecto al grupo menor de 12 a 14 años ( $OR = 1,36$ ; IC 95 % [1,02; 1,83];  $p = 0,036$ ).

### Asociación entre acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo

La tabla 3 muestra una asociación significativa entre el AE y las CAR. Los adolescentes que reportaron haber sufrido acoso presentaron una mayor prevalencia de CAR en comparación con aquellos que no lo experimentaron. Además, quienes fueron víctimas de acoso tuvieron 2,6 veces más probabilidades de desarrollar CAR, lo que sugiere una asociación positiva, aunque moderada, entre ambas variables ( $\Phi = 0,197$ ).

**Tabla 3.** Distribución y asociación entre acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo.

Formas de acoso escolar	Conducta alimentaria de riesgo						$\chi^2$	gl	p	Phi	OR <sup>a</sup>	IC 95 % OR						
	Sí		No		Total													
	n	%	n	%	n	%												
Sí	178	33,03	361	66,97	539	43,75	47,9	1	<0,001	0,197	2,56	[1,95; 3,35]						
No	112	16,16	581	83,84	693	56,25												
Total	290	23,5	942	76,5	1232	100,0												

OR: *odds ratio*. El valor p reportado corresponde tanto al estadístico  $\chi^2$  como al OR.

<sup>a</sup> Razón de ventajas para la variable bajo la condición (sí/no).

### Asociación entre acoso escolar y componentes de conductas alimentarias de riesgo

Los resultados muestran una asociación significativa entre el AE y tres componentes de las CAR: vómito, dietas y atracones (tabla 4). Los adolescentes que reportaron

haber sido víctimas de AE presentaron mayores probabilidades de seguir dietas estrictas ( $OR = 5,26$ ), recurrir al vómito ( $OR = 3,73$ ) y experimentar atracones ( $OR = 2,61$ ). Estos hallazgos sugieren que el AE se asocia con formas más severas de desregulación alimentaria.

**Tabla 4.** Asociación entre acoso escolar y componentes de las conductas alimentarias de riesgo.

Componentes de la conducta alimentaria de riesgo	$\chi^2$	gl	p	Phi	OR <sup>a</sup>	IC 95 % OR
Vomitar	8,66	1	0,003	0,083	3,73	[1,46; 9,52]
Laxar	0,02	1	0,881	0,004	0,916	[0,29; 2,9]
Hacer ejercicios	2,61	1	0,106	0,046	1,74	[0,88; 3,43]
Tomar medicamentos	0,13	1	0,715	0,01	0,641	[0,05; 7,09]
Tomar diuréticos	1,28	1	0,257	0,032	3,86	[0,15; 94,90]
Tomar pastillas para tiroides	1,28	1	0,257	0,032	3,86	[0,15; 94,90]
Hacer dietas	10,80	1	0,001	0,093	5,26	[1,75; 15,80]
Realizar atracones	44,20	1	<0,001	0,189	2,61	[1,95; 3,48]

n = 1232; OR: *odds ratio*. El valor p reportado corresponde tanto al estadístico  $\chi^2$  como al OR.<sup>a</sup> Razón de ventajas para la variable bajo la condición (sí/no).

### Asociación entre las formas de acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo

Los resultados muestran que ciertas formas de AE presentan una asociación significativa con las CAR, aunque de intensidad moderada a débil (tabla 5). En particular, ser criticado y apodado son las formas de

acoso con mayor fuerza de asociación. Notablemente, ser objeto de críticas presenta el mayor riesgo de CAR (OR = 2,10), mientras que ser agredido o ignorado incrementa el riesgo en dos veces, aproximadamente. Es destacable que las conductas de agresión verbal y el acoso de tipo indirecto muestran las asociaciones más fuertes con las CAR.

**Tabla 5.** Asociación entre formas de acoso escolar y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes.

Formas de acoso escolar	$\chi^2$	gl	p	Phi	OR <sup>b</sup>	IC 95% OR
Ignorado	13,20	1	<0,001	0,102	2,00	[1,37; 2,94]
Relegado	10,80	1	<0,001	0,092	1,98	[1,31; 2,99]
Insultado	10,80	1	<0,001	0,092	1,98	[1,31; 2,99]
Apodado	20,00	1	<0,001	0,126	1,87	[1,42; 2,47]
Criticado	19,50	1	<0,001	0,125	2,1	[1,5; 2,93]
Agredido	6,68	1	0,01	0,072	2,06	[1,18; 3,62]
Esconderle objetos	0,41	1	0,522	0,018	1,15	[0,74; 1,79]
Romperle objetos	1,26	1	0,261	0,031	1,63	[0,69; 3,85]
Robarle	0,40	1	0,525	0,017	1,2	[0,67; 2,13]
Amenazado	2,46	1	0,117	0,044	1,8	[0,85; 3,81]
Acosado sexualmente	0,77	1	0,381	0,024	3,23	[0,22; 51,8]
Obligado	1,43	1	0,231	0,033	2,43	[0,54; 10,9]
Amenazado con objetos	0,03	1	0,577	0,015	1,07	[0,04; 26,4]
Amenazado con arma de fuego <sup>a</sup>						

n = 1259. El valor de p reportado corresponde tanto al estadístico  $\chi^2$  como al OR.<sup>a</sup> Esta variable presenta frecuencia mínima.<sup>b</sup> Razón de ventajas para la variable bajo la condición (sí/no).

## Modelo explicativo de conductas alimentarias de riesgo

Se realizó una regresión logística binaria para evaluar la asociación entre las CAR y las variables de AE, controlado por variables sociodemográficas (sexo,

edad, nivel de pobreza y nivel de instrucción) (tabla 6). El modelo global fue estadísticamente significativo ( $\chi^2[7] = 59,7$ ;  $p < 0,001$ ), lo que indica que el conjunto de predictores explica una proporción significativa de la varianza en las CAR.

**Tabla 6.** Factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo: análisis multivariado mediante regresión logística binaria.

Predictor	p	OR	IC 95 % OR
Acoso escolar			
Sí (vs. no)	<0,001	2,634	[2,00; 3,46]
Sexo			
Mujer (vs. hombre)	0,031	1,348	[1,02; 1,77]
Edad			
15-17 (vs. 12-14)	0,036	1,366	[1,02; 1,83]
Nivel de instrucción			
Secundaria (vs. Sin/Inc./Prim.)	0,716	1,074	[0,73; 1,58]
Superior incompleta (vs. Sin/Inc./Prim.)	0,983	0,000	[0,00; $\infty$ ]
Nivel de pobreza			
No pobre (0 NBI) (vs. pobre ( $\geq 1$ NBI))	0,829	0,968	[0,71; 1,31]

n = 1232. NBI: necesidades básicas insatisfechas. Sin/Inc./Prim.: sin/incompleta/primaria. La categoría de referencia se indica entre paréntesis. OR > 1 indica una mayor probabilidad (*odds*) de presentar conductas alimentarias de riesgo en comparación con la categoría de referencia. Todos los resultados están ajustados por las variables acoso escolar, sexo, edad, nivel de instrucción y nivel de pobreza.

Los valores de pseudo- $R^2$  de Cox & Snell y Nagelkerke fueron 0,047 y 0,071, respectivamente, lo que sugiere que entre el 4,7 y el 7,1 % de la varianza en las CAR es explicada por el modelo. Los valores de AIC (1301) y BIC (1342) indicaron que el modelo presenta un ajuste razonable sin ser excesivamente complejo. El AIC más bajo sugiere un buen ajuste, mientras que el BIC refleja una penalización moderada por el número de parámetros incluidos. En conjunto, estos valores refuerzan que el modelo es adecuado para explicar la relación entre las variables estudiadas.

En el modelo explicativo formulado, el AE destacó como el predictor más relevante. Los adolescentes que experimentaron AE presentaron una razón de OR de 2,63 (IC 95 % [2,00; 3,46];  $p < 0,001$ ), lo que indica que tienen más de 2,6 veces mayor probabilidad de presentar CAR en comparación con aquellos que no fueron víctimas de acoso.

En cuanto a las variables sociodemográficas, el sexo también resultó ser un predictor significativo. Las adolescentes mostraron una mayor probabilidad

de presentar CAR en comparación con los varones (OR = 1,35; IC 95 % [1,02; 1,77];  $p = 0,031$ ). La edad fue otro factor significativo, ya que los adolescentes mayores (15-17 años) presentaron una mayor probabilidad de riesgo de CAR en comparación con el grupo de menor edad (12-14 años), con una OR de 1,70 (IC 95 % [1,02; 1,83];  $p = 0,036$ ). Las demás variables, como el nivel de instrucción y el nivel de pobreza, no mostraron asociaciones significativas con la aparición de CAR, ya que sus valores de p fueron mayores a 0,05.

Es importante destacar que al comparar los OR crudos (obtenidos mediante análisis bivariados) con los ajustados (derivados del modelo multivariado), se observa una notable estabilidad en los valores para los principales factores de riesgo. Para el AE, el OR varió mínimamente de 2,56 (crudo) a 2,63 (ajustado); para el sexo (mujer frente a varón), de 1,34 a 1,35; y para la edad (15-17 frente a 12-14 años), de 1,36 a 1,37. Esta consistencia sugiere que cada uno de estos factores ejerce un efecto independiente sobre las CAR, lo que refuerza su relevancia como predictores robustos del fenómeno estudiado.

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio corroboran la existencia de una asociación significativa entre el AE y las CAR en adolescentes, aportando evidencia de cómo la violencia en el entorno escolar puede influir en la salud mental y conductual de esta población. Este hallazgo coincide con estudios previos que han documentado el impacto del AE en diversas formas de desregulación emocional y comportamental, incluyendo los trastornos alimentarios (17, 19).

### Relación entre el acoso escolar y las conductas alimentarias de riesgo

El principal hallazgo de este estudio demuestra que los adolescentes que han sido víctimas de AE tienen una probabilidad significativamente mayor ( $OR = 2,6$ ; IC 95 % [1,95; 3,35];  $p < 0,001$ ) de presentar CAR en comparación con aquellos que no han sufrido este tipo de violencia. Este resultado puede interpretarse bajo el marco teórico del modelo de necesidad de pertenencia propuesto por Baumeister y Leary (20), el cual plantea que la exclusión social amenaza la sensación de aceptación y pertenencia, generando un malestar emocional que puede llevar a conductas desadaptativas, como las CAR, en un intento por recuperar el control percibido o mejorar la autoimagen.

Asimismo, el modelo de regulación emocional desarrollado por Gratz y Roemer (21) sugiere que la exposición al AE compromete la capacidad de los adolescentes para gestionar eficazmente sus emociones negativas, lo que favorece la adopción de patrones alimentarios disfuncionales como estrategia de afrontamiento.

Si bien el estudio no abordó directamente los contenidos específicos de la violencia verbal, los resultados destacan que las formas de AE como los apodos y las críticas podrían estar vinculadas a aspectos relacionados con la apariencia física, dada su alta asociación con las CAR. Este hallazgo subraya la importancia de incluir estas conductas en las estrategias de prevención.

Estudios previos, como los de Puhl y Suh (27) y Rubin et al. (28), han demostrado que los mensajes negativos relacionados con el peso y la figura corporal tienen un impacto significativo, especialmente en las adolescentes, lo que favorece el desarrollo de una imagen corporal negativa y el aumento del riesgo de CAR. Esto sugiere que, aunque no se evaluó de manera explícita, los comentarios despectivos sobre la apariencia podrían ser un factor contextual

importante en la asociación observada entre el AE y las CAR.

### Diferencias sociodemográficas: vulnerabilidades específicas

Nuestros hallazgos confirman que las adolescentes mujeres tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar CAR en comparación con los varones ( $OR = 1,34$ ; IC 95 % [1,02; 1,77];  $p < 0,05$ ), en línea con lo reportado por investigaciones previas (15, 29). Aunque el estudio no profundizó en los contenidos específicos de las experiencias de AE, la literatura sugiere que las mujeres están más expuestas a críticas relacionadas con el peso y la figura, mientras que los varones enfrentan, con mayor frecuencia, violencia física. Estas diferencias podrían estar influenciadas por roles de género y presiones socioculturales que enfatizan la delgadez como ideal en las mujeres, haciéndolas particularmente vulnerables al impacto emocional del AE y aumentando el riesgo de desarrollar CAR.

Los adolescentes mayores (15-17 años) mostraron una mayor prevalencia de CAR en comparación con los de 12-14 años, lo cual coincide con los hallazgos de Rohde et al. (30). La adolescencia tardía representa un período de mayor vulnerabilidad debido a las intensificadas presiones sociales y psicológicas, incluyendo la búsqueda de aceptación entre pares y la internalización de ideales corporales poco realistas.

Si bien el nivel de pobreza se asoció significativamente con el AE, no se observó una relación directa con las CAR. Este resultado contrasta con estudios como el de Yang et al. (9), quienes encontraron que los adolescentes de contextos desfavorecidos eran más propensos a desarrollar problemas de salud mental asociados al AE. En este caso, el impacto directo del AE podría haber predominado sobre las influencias contextuales, lo que sugiere que las CAR emergen principalmente como una respuesta al estrés y la exclusión social en el entorno escolar.

### Formas específicas de acoso escolar y su asociación con las conductas alimentarias de riesgo

Los datos muestran que la violencia verbal y la exclusión social son los predictores más fuertes de CAR, con OR elevados (no ajustados) para conductas como vómitos autoinducidos ( $OR = 3,73$ ; IC 95 % [1,46; 9,52];  $p < 0,01$ ), dietas restrictivas ( $OR = 5,26$ ; IC 95 % [1,75; 15,80];  $p < 0,01$ ) y atracones ( $OR = 2,61$ ; IC 95 % [1,95; 3,48];  $p < 0,001$ ). Estos hallazgos son

consistentes con el modelo de Rieger et al. (22), quienes plantean que las experiencias interpersonales negativas pueden deteriorar la autoestima, motivando comportamientos orientados a mejorar la percepción corporal o lograr la aceptación social. Los resultados subrayan la importancia de abordar no solo la violencia directa, como las agresiones físicas o verbales, sino también las formas indirectas de victimización, como la exclusión social en las estrategias de prevención e intervención. Esto resalta la necesidad de un enfoque integral que contemple todas las formas de AE, las cuales pueden afectar significativamente el bienestar emocional y conductual de los adolescentes.

### Implicaciones prácticas

Es fundamental implementar programas que aborden tanto la prevención del AE como la promoción de un entorno escolar inclusivo y respetuoso. Según Gaffney et al. (31), los enfoques más efectivos incluyen componentes basados en el marco socioecológico, como la participación informal de los pares en actividades grupales y la provisión de información a los padres sobre el AE. Estos elementos pueden complementarse con estrategias que fomenten habilidades socioemocionales, como la empatía y la regulación emocional, para fortalecer las relaciones interpersonales y promover una autoimagen positiva en los adolescentes.

Los esfuerzos preventivos deben ser personalizados para abordar las necesidades de las adolescentes mujeres y de los adolescentes mayores, quienes son los grupos más afectados por las CAR. Intervenciones dirigidas a reducir las presiones socioculturales sobre la imagen corporal y a desarrollar habilidades de afrontamiento emocional serían particularmente beneficiosas para las adolescentes.

La colaboración entre los sectores de salud y educación es crucial para desarrollar lineamientos que promuevan entornos escolares libres de violencia. Las campañas de concienciación deben enfocarse en reducir el estigma asociado al peso y a la figura, mientras que las normativas escolares deben reforzar sanciones claras contra todas las formas de AE.

### Limitaciones y futuras líneas de investigación

Si bien este estudio aporta evidencia significativa, su diseño transversal limita las inferencias causales. Esta característica impide establecer relaciones de causalidad entre el AE y las CAR. Por ello, se requieren estudios longitudinales, como los de Copeland et al. (32), y

enfoques metodológicos más rigurosos, como el propuesto por Jacobi et al. (33), que permitan diferenciar entre variables que simplemente se relacionan con el problema y aquellas que realmente lo provocan, es decir, factores que ocurren antes del trastorno y que contribuyen a su desarrollo. Asimismo, sería valioso incorporar estudios cualitativos que exploren cómo los adolescentes perciben el AE y cómo estas experiencias influyen en su salud mental y comportamientos alimentarios, como sugieren Hicks et al. (34).

Nuestro estudio identificó limitaciones relacionadas con la multicausalidad y complejidad del fenómeno estudiado, así como en la heterogeneidad de los procesos evaluativos utilizados. Respecto a las CAR, la dicotomización de esta variable —basada en la presencia de al menos una conducta— permitió realizar análisis estadísticos más directos, aunque en detrimento de la comprensión de la naturaleza compleja del fenómeno. Se recomienda que futuras investigaciones consideren dimensiones como la frecuencia, la intensidad y los patrones específicos de estas conductas. En esta línea, Peeters et al. (35) destacan que los comportamientos de riesgo en la adolescencia siguen trayectorias heterogéneas, lo que evidencia la necesidad de abordajes que consideren el desarrollo individual y la evolución diferenciada de estas conductas en lugar de asumir patrones únicos.

En relación con el AE, una limitación del presente estudio es que se centró únicamente en las víctimas, sin incluir a los agresores ni a quienes desempeñan roles mixtos. Esta omisión impide explorar trayectorias clínicas asociadas al fenómeno. Como señalan Kaltiala-Heino et al. (36), tanto víctimas como agresores pueden presentar problemas de salud mental, incluidas las CAR, por lo que un enfoque más amplio podría haber enriquecido la comprensión del fenómeno.

A pesar de que se utilizaron entrevistas estructuradas conducidas por personal capacitado, la naturaleza sensible de temas como el AE y las CAR podría haber influido en las respuestas de los adolescentes debido a factores como la deseabilidad social o el estigma asociado. Este aspecto debe considerarse al interpretar los resultados.

Adicionalmente, no se abordaron diferencias conductuales según el género, como la distinta participación de varones y mujeres en los roles de acoso, ni se consideraron variables escolares relevantes, como el rendimiento académico. Estas dimensiones, según Obregón-Cuesta et al. (37), se relacionan significativamente con el tipo de implicancia en el AE.

Tampoco se incluyeron variables socioculturales, como las actitudes tradicionales de género —que modelan las creencias sobre el comportamiento masculino y femenino— ni el nivel de apoyo entre pares, ambos señalados por Chen et al. (38) como factores clave en la aparición y mantenimiento del AE.

Otras áreas de investigación incluyen:

- El análisis de las diferencias urbano-rurales en la relación AE-CAR, dada la naturaleza predominantemente urbana de la muestra.
- La evaluación de los mecanismos específicos mediante los cuales el AE verbal afecta la percepción corporal y la autoimagen.
- La exploración de cómo factores protectores, como el apoyo familiar y escolar, pueden moderar la relación entre el AE y las CAR.

## CONCLUSIONES

Este estudio refuerza la importancia de abordar el AE como un factor crítico en la prevención de las CAR en adolescentes. Los hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones integrales que consideren las diferencias de género y edad, al tiempo que promuevan habilidades emocionales y valores de respeto y aceptación. Con estrategias preventivas adecuadas, es posible reducir significativamente el impacto del AE en la salud mental y física de los adolescentes, fomentando así un desarrollo más saludable y resiliente.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Aprobación de ética:** Trabajo exonerado de revisión de ética por tratarse de un estudio con uso de fuente secundaria, por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», con Oficio n.º 5-2022-CIEI/INMSM «HD-HN».

**Contribución de autoría:**

**MCPL:** conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de financiamiento, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, software, supervisión, validación, visualización, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

**YIRA:** análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, redacción (revisión y edición).

## REFERENCIAS

1. Forty-ninth World Health Assembly. Prevention of violence: public health priority [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996, 25 de mayo. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/179463>
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet [Internet]. 2002; 360(9339): 1083-1088. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
3. Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación. Más allá de los números: Poner fin a la violencia y al acoso en el ámbito escolar [Internet]. París: Unesco; 2021. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378398>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Encuesta Nacional sobre Relaciones Sociales ENARES 2019. Principales resultados [diapositivas en Internet]. Lima: INEI; 2019. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion\\_enares\\_2019.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion_enares_2019.pdf)
5. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018. An Salud Ment [Internet]. 2022; 38(1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>
6. Valadez IA. Violencia escolar: Maltrato entre iguales en escuelas secundarias de la zona metropolitana de Guadalajara. Informe de estudio [Internet]. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12104/216>
7. García MV, Ascencio CA. Bullying y violencia escolar: diferencias, similitudes, actores, consecuencias y origen. Rev Intercont Psicol Educ [Internet]. 2015;17(2):9-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80247939002>
8. Orte C. Nuevas perspectivas sobre la violencia y el bullying escolar. Panor Soc [Internet]. 2006; (3): 27-41. Disponible en: <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2020/12/003art03.pdf>
9. Yang T, Guo L, Hong F, Wang Z, Yu Y, Lu C. Association between bullying and suicidal behavior among Chinese adolescents: an analysis of gender differences. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2020; 13: 89-96. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S228007>
10. Zaen NA, Nuha RU, Veibiani NA. Meta analysis: The effect of bullying on adolescents

- on mental health and depression. *J Epidemiol Public Health* [Internet]. 2022; 7(1): 104-119. Disponible en: <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2022.07.01.09>
11. Hidayati E, Nihayatuzzulfah, Rahayu DA, Mubin MF, Abdullah BF. The impact of bullying on teenagers' depression level. *Malays J Med Health Sci* [Internet]. 2021; 17(Suppl 4): 48-51. Disponible en: [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2021061711350711\\_MJMHS\\_0289.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/2021061711350711_MJMHS_0289.pdf)
  12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.<sup>a</sup> ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
  13. Dufresne L, Bussières EL, Bédard A, Gingras N, Blanchette-Sarrasin A, Bégin C. Personality traits in adolescents with eating disorder: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2020; 53(2): 157-173. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23183>
  14. Hamadi L, Holliday J. Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2020; 53(1): 3-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23159>
  15. Unikel C, Díaz de León C, Rivera JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: Desarrollo y validación de instrumentos de medición [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2017. Disponible en: [https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectrónico/Conductas\\_alimentarias.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectrónico/Conductas_alimentarias.pdf)
  16. Altamirano MB, Vizmanos B, Unikel C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2011; 30(5): 401-407. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v30n5/401-407/es>
  17. Day S, Bussey K, Trompeter N, Hay P, Lonergan A, Mitchison D. Associations of weight -or shape- related bullying with diverse disordered eating behaviors in adolescents. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2021; 54(9): 1641-1651. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23573>
  18. Lee KS, Vaillancourt T. A four-year prospective study of bullying, anxiety, and disordered eating behavior across early adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 2019; 50(5): 815-825. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00884-7>
  19. Lie SØ, Rø Ø, Bang L. Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2019; 52(5): 497-514. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.23035>
  20. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull* [Internet]. 1995; 117(3): 497-529. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
  21. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 2004; 26: 41-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
  22. Rieger E, Van Buren DJ, Bishop M, Tanofsky-Kraff M, Welch R, Wilfley DE. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010; 30(4): 400-410. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.001>
  23. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. *An Salud Ment* [Internet]. 2013; 29(supl. 1). Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7>
  24. Rueda GE, Díaz LA, Campo A, Barros JA, Ávila GC, Oróstegui LT, et al. Validación de la encuesta SCOFF para tamizaje de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres universitarias. *Biomédica* [Internet]. 2005; 25(2): 196-202. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v25i2.1342>
  25. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapela I, Carreño-García S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2004; 46(6): 509-515. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10646603.pdf>
  26. Defensor del Pueblo (ES). Violencia escolar: El maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria 1999-2006 [Internet]. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 2007. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2007-01-Violencia-escolar-el-maltrato-entre-iguales-en-la-Educaci%C3%B3n-Secundaria-Obligatoria-1999-2006.pdf>

27. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2015; 17(3): 10. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0552-6>
28. Rubin AG, Schvey NA, Shank LM, Altman DR, Swanson TN, Ramirez E, et al. Associations between weight-based teasing and disordered eating behaviors among youth. *Eat Behav* [Internet]. 2021; 41: 101504. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101504>
29. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, et al. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord* [Internet]. 2023; 11: 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
30. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2015; 48(2): 187-198. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
31. Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *J Sch Psychol* [Internet]. 2021; 85: 37-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.12.002>
32. Copeland WE, Bulik CM, Zucker N, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2015; 48(8): 1141-1149. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/eat.22459>
33. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* [Internet]. 2004; 130(1): 19-65. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
34. Hicks AA, Pratt KJ, Cottrill C. The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite* [Internet]. 2018; 129: 62-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
35. Peeters M, Oldehinkel A, Veenstra R, Vollebergh W. Unique developmental trajectories of risk behaviors in adolescence and associated outcomes in young adulthood. *PLoS ONE* [Internet]. 2019; 14(11): e0225088. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225088>
36. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc* [Internet]. 2000; 23(6): 661-674. Disponible en: <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0351>
37. Obregón-Cuesta AI, Mínguez-Mínguez LA, León-del-Barco B, Mendo-Lázaro S, Fernández-Solana J, González-Bernal JJ, et al. Bullying in adolescents: differences between gender and school year and relationship with academic performance. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022; 19(15): 9301. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19159301>
38. Chen B, Wang X, Gao Y. Does friend support matter? The association between gender role attitudes and school bullying among male adolescents in China. *Children* [Internet]. 2022; 9(8): 1139. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children9081139>