

# Prevalencia de Trastornos de conducta alimentaria y factores asociados en adolescentes de un colegio de Lima-Perú

Elizabeth Grados <sup>1</sup>, Carlos D. Neyra-Rivera <sup>2</sup>, Ericson L. Gutierrez <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú; <sup>2</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica del Perú, Lima, Perú; <sup>3</sup> Universidad San Ignacio de Loyola, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Lima, Perú.

---

## Resumen

**Fundamentos:** Los trastornos de conducta alimentaria están posicionados como una prioridad dentro de las enfermedades mentales en niños y adolescentes por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria y factores asociados en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria en un colegio de Lima-Perú.

**Métodos:** Estudio transversal analítico descriptivo realizado en un grupo de 151 adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de un colegio ubicado en La Molina (Lima, Perú) a quienes se aplicó un cuestionario autoadministrado con preguntas dirigidas a evaluar las actitudes antes la alimentación (EAT-26) y los factores de riesgo.

**Resultados:** El 14,6% de los estudiantes tuvieron puntajes positivos en la prueba ( $\geq 20$ ), los grupos más representativos con resultados positivos fueron mujeres (59,1%) con una edad entre 16 a 18 años (68,2%), en base al rendimiento académico el 54,5% estaba dentro del tercio medio, el 90,9% presentó un peso por debajo o dentro de lo normal para su talla y el 63,6% tuvo algún nivel de disfunción familiar.

**Conclusiones:** Se determinó una prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) similar a estudios previos realizados en Perú. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de los TCA y los factores asociados estudiados.

**Palabras clave:** Conducta Alimentaria; Trastornos de la Conducta Alimentaria; Estado Nutricional; Rendimiento Académico.

## Prevalence of Eating Disorders and Associated Factors in Adolescents from a School in Lima, Peru

### Summary

**Background:** Eating disorders are positioned as a priority within mental illnesses in children and adolescents by the World Health Organization (WHO). The objective of this study was to determine the prevalence of eating disorders and associated factors in adolescents in the fourth and fifth year of high school in a school in Lima, Peru.

**Methods:** A cross-sectional, analytical, descriptive study was carried out on a group of 151 adolescents in the fourth and fifth year of high school from a school located in La Molina (Lima, Peru) who were given a self-administered questionnaire with questions aimed at assessing attitudes towards food (EAT-26) and risk factors.

**Results:** 14.6% of students had positive scores on the test ( $\geq 20$ ), the most representative groups with positive results were women (59.1%) with an age between 16 and 18 years (68.2%), based on academic performance 54.5% were within the middle third, 90.9% had a weight below or within normal for their height and 63.6% had some level of family dysfunction.

**Conclusions:** A prevalence of Eating Disorders (ED) was determined similar to previous studies conducted in Peru. No statistically significant association was found between the prevalence of ED and the associated factors studied.

**Key words:** Eating behavior; Eating disorders; Nutritional status; Academic performance.

---

**Correspondencia:** Ericson L. Gutierrez  
E-mail: egutierrez@usil.edu.pe

**Fecha envío:** 29/01/2025  
**Fecha aceptación:** 30/07/2025

## Introducción

La conducta alimentaria se define como el comportamiento relacionado con los hábitos alimentarios, su selección, preparación y cantidad ingerida y cuando ocurre una alteración grave en estos hábitos se denomina trastorno alimentario<sup>1</sup>. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) tienden a aparecer como consecuencia de una mezcla de factores individuales, socioculturales, familiares y biológicos; y dentro de estos trastornos dos son los más definidos, la anorexia nerviosa, que se refiere a una aversión extrema a la comida hasta llegar al punto de inanición acompañado por una distorsión de la imagen corporal, y la bulimia, que implica atracones, consumo de comida en gran cantidad en un tiempo inferior al normal, seguido por purgas como vómitos auto-inducidos, uso de laxantes o diuréticos, o ejercicio excesivo<sup>2,3</sup>. Otro gran grupo son los TCA no especificados (TCA-NE) que, aunque no corresponden con los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y bulimia, se encuentran con frecuencia en la práctica clínica<sup>4</sup>.

La adolescencia es una etapa caracterizada por transformaciones profundas que incluyen cambios biológicos, psicológicos y sociales, los que pueden generar inseguridades. Durante este periodo, los adolescentes comienzan a construir sus valores y conceptos propios. Aunque una dieta equilibrada es crucial para su desarrollo físico y mental, muchos adolescentes enfrentan trastornos alimentarios relacionados con la insatisfacción corporal, lo que afecta negativamente su crecimiento integral<sup>5,6</sup>.

En la actualidad, estos trastornos constituyen un problema de salud pública, la OMS los considera como enfermedades mentales de abordaje prioritario en niños y adolescentes ya que el número de casos está en aumento,

así como también su mortalidad<sup>7</sup>. Entre 2000 y 2018, la prevalencia en la población general pasó del 3,4% al 7,8%. Un análisis reciente reportó que alrededor del 22,4% de niños y adolescentes presentan TCA. En los Estados Unidos, las visitas médicas por TCA en menores de 17 años se duplicaron entre 2018 y 2022, mientras que en Europa también se registraron aumentos significativos, atribuidos en parte a la pandemia de la COVID-19<sup>8</sup>.

De manera similar, la situación de los pacientes con TCA en Perú refleja un aumento significativo. Según el seguro social de salud - Essalud, actualmente cinco de cada diez pacientes que asisten al servicio de Psiquiatría del hospital Almenara tienen un TCA, en contraste con años anteriores, cuando solo dos de cada diez presentaban este diagnóstico. Por otro lado, se estima que el 11,5 % de los peruanos padece estas condiciones, siendo las mujeres jóvenes el grupo más afectado. En este contexto, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" indica que entre el 7 % y el 11 % de los adolescentes podría sufrir un TCA<sup>9</sup>.

Debido al acelerado incremento de esta patología en el Perú y al riesgo que representa en la salud de los adolescentes este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria y factores asociados en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria en un colegio de Lima-Perú.

## Material y métodos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres del Perú (Oficio N° 945-2017-CIEI-USMP-CCM) y la recolección de datos se realizó previo consentimiento informado firmado por los

padres y asentimiento informado de los adolescentes.

El estudio fue descriptivo analítico de corte transversal. La población estuvo conformada por un total de 151 adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de un colegio mixto situado en el distrito de La Molina, Lima, Perú. Los datos se recolectaron durante una evaluación integral a los estudiantes en la segunda y tercera semana de octubre del 2017. La obtención de la muestra se realizó de forma no aleatoria por conveniencia.

Dentro de las variables sociodemográficas se evaluaron la edad y sexo, medidas antropométricas de talla y peso. Con los datos de peso y talla se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) para evaluar el estado nutricional de cada estudiante, clasificándolos en peso bajo (<18,5), peso normal (18,5-24,9), sobrepeso (25-29,9), obesidad grado I (30-34,9), obesidad grado II (35-39,9), obesidad mórbida ( $\geq 40$ ). El rendimiento académico fue evaluado según el ponderado final del trimestre pasado del estudiante y su ubicación acorde a este en tercios realizado por el mismo colegio.

Para la valoración de la funcionalidad familiar se aplicó el test APGAR Familiar que consta de 5 elementos que son la adaptabilidad, participación, gradiente de desarrollo, afectividad y resolución. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos. Se suman los puntos asignados y se asigna el grado de función familiar según la siguiente escala: Alta funcionalidad familiar (17-20), disfunción familiar leve (16-13), disfunción moderada (12-10), y disfunción familiar severa (0-9). En la validación española la fiabilidad del cuestionario fue superior a 0,750 y una buena consistencia interna con una alfa de Cronbach de 0,840, concluyendo que el cuestionario de función familiar APGAR-familiar era válido y fiable <sup>10</sup>.

En Perú en un estudio que hizo un análisis psicométrico de la Escala APGAR para valorar la percepción del funcionamiento familiar se obtuvo una moderada consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach=0,788)<sup>11</sup>.

Para evaluar los TCA se empleó el cuestionario EAT-26 que consta de 26 ítems y cada uno admite 6 posibles respuestas que van desde nunca hasta siempre. Las respuestas se puntuaban 3, 2, 1, 0, 0, 0 en la dirección positiva, asignando 3 a las respuestas que más se aproximan a una dirección sintomática. Solo el ítem 26 se puntuaba de manera opuesta, siendo 0, 0, 0, 1, 2, 3 donde 3 era igual a nunca. El punto de corte es 20, una puntuación por encima de este sugería mayor investigación, siendo lo ideal una entrevista por un clínico experimentado. Sin embargo, no discriminaba el tipo de trastorno de la conducta alimentaria que afectaba a la persona. La confiabilidad de la prueba fue óptima con un alpha de Cronbach de 0,850 <sup>12</sup>. Un estudio realizado en Perú indicó que el EAT-26 presenta una consistencia óptima ( $\alpha$  de Cronbach= 0,860) <sup>13</sup>.

Para el procesamiento y análisis de los datos se usó el programa SPSS versión 24.0. Se realizó estadística descriptiva basada en el cálculo de porcentajes y frecuencias. La asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

## Resultados

La edad de los 151 estudiantes encuestados estuvo entre los 14 a 18 años de los que el 57,6% fueron hombres y 55,6%, el 33,8% se encontraba en el tercio superior, el 45% en el tercio medio y el 21,2% en el tercio inferior, respecto al estado nutricional de los estudiantes el 85,4% se encontraba dentro de los valores normales de peso para su talla, el 3,3% se encontraba por debajo del peso para

su talla, el 9,9% presentó sobrepeso y el 1,3% se encontrada en el grado I de obesidad (2 casos), también se encontró que el 37,1% presentaba una familia funcional, mientras

que el 62,9% presentaba algún grado de disfunción familiar presentando el 20,5% una disfunción severa (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución por características sociodemográficas, rendimiento académico, estado nutricional y funcionalidad familiar.

Variable	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	87	57,6%
Femenino	64	42,4%
<b>Edad</b>		
14-15	84	55,6%
16-18	67	44,4%
<b>Rendimiento académico</b>		
Tercio superior	51	33,8%
Tercio medio	68	45,0%
Tercio inferior	32	21,2%
<b>IMC</b>		
Peso bajo	5	3,30%
Peso normal	123	85,4%
Sobrepeso	15	9,90%
Obesidad grado I	2	1,30%
<b>APGAR Familiar</b>		
Normofuncional	56	37,1%
Disfuncional leve	41	27,2%
Disfuncional moderada	23	15,2%
Disfuncional severa	31	20,5%
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0%</b>

La Tabla 2 muestra la distribución y frecuencia de las respuestas de cada pregunta del cuestionario EAT-26, donde las preguntas que destacaron con un mayor número de respuestas afirmativas de “siempre” equivalente a 3 puntos fueron “el pensar en quemar calorías al hacer ejercicio” (23,2%), “el preocuparse mucho por la comida” (15,9%) y “preocuparse por la idea de estar demasiado gordo” (12,6%).

La prevalencia de diagnóstico probable de TCA fue 14,6% tras analizar los resultados del EAT-26. Esto se presentó en el 20,3% de las mujeres y el 10,3% de los varones, los alumnos con edades entre 16-18 años presentaron un mayor número de casos con una proporción del 17,9%. Según el

rendimiento académico el tercio medio presentó un mayor número resultados positivos (17,6%), según el estado nutricional el 88,7% presentó un IMC por debajo o dentro de lo esperado para su talla, y dentro de este grupo el 14,9% presentó un diagnóstico probable de TCA. Por último, la mayoría reveló desarrollarse dentro de una familia disfuncional (62,9%) donde el 14,7% obtuvo un resultado positivo en el EAT-26. Al hacer el análisis bivariado a través de tablas cruzadas mediante la prueba de chi-cuadrado no se encontró asociación entre las variables independientes propuestas tales como el rendimiento académico, el estado nutricional y la funcionalidad familiar con el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (EAT-26 positivo) (Tabla 3).

**Tabla 2.** Cuestionario EAT-26, distribución según pregunta.

EAT-26	Siempre		Casi siempre		Bastantes veces		Algunas veces		Casi nunca		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Me preocupa la idea de estar demasiado gordo.	19	12,6	17	11,3	7	4,6	42	27,8	30	19,9	36	23,8
2. Procuro no comer, aunque tenga hambre.	0	0,0	6	4,0	9	6,0	36	23,8	41	27,2	59	39,1
3. Me preocupo mucho por la comida.	24	15,9	11	7,3	23	15,2	40	26,5	31	20,5	22	14,6
4. A veces me he “atrachado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	9	6,0	6	4,0	12	7,90	22	14,6	35	23,2	67	44,4
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	20	13,2	11	7,30	12	7,90	36	23,8	33	21,9	39	25,8
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	14	9,30	3	2,00	16	10,6	29	19,20	35	23,20	54	35,8
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc.).	8	5,30	7	4,60	11	7,30	26	17,2	43	28,5	56	37,1
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	7	4,60	8	5,30	5	3,30	22	14,6	27	17,9	82	54,3
9. Vomito después de haber comido.	0	0,00	0	0,00	1	0,70	4	2,60	3	2,00	143	94,7
10. Me siento muy culpable después de comer.	3	2,00	3	2,00	3	2,00	15	9,90	15	9,90	112	74,2
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	8	5,30	5	3,30	8	5,30	30	19,9	33	21,9	67	44,4
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	35	23,2	13	8,60	17	11,3	36	23,8	21	13,9	29	19,2
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	9	6,00	11	7,30	11	7,30	29	19,2	26	17,2	65	43,0
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	13	8,60	15	9,90	11	7,30	33	21,9	33	21,9	46	30,5
15. Tardo en comer más que las otras personas.	12	7,90	6	4,00	12	7,90	30	19,9	38	25,2	53	35,1
16. Procuro no comer alimentos con azúcar.	10	6,60	3	2,00	6	4,00	35	23,2	37	24,5	60	39,7
17. Como alimentos de régimen (dieta).	5	3,30	4	2,60	15	9,90	37	24,5	25	16,6	65	43,0
18. Siento que los alimentos controlan mi vida.	7	4,60	6	4,00	9	6,00	17	11,3	28	18,5	84	55,6
19. Me controlo en las comidas	19	12,6	16	10,6	21	13,9	48	31,1	20	13,2	28	18,5
20. Noto que los demás me presionan para que coma.	1	0,70	6	4,00	5	3,30	14	9,30	31	20,5	94	62,3
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	6	4,00	4	2,60	6	4,00	17	11,3	40	26,5	78	51,7
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	4	2,60	11	7,30	5	3,30	23	15,2	29	19,2	79	52,3
23. Me comprometo a hacer régimen (dieta).	15	9,90	10	6,60	14	9,30	34	22,5	24	15,9	54	35,8
24. Me gusta sentir el estómago vacío.	4	2,60	4	2,60	4	2,60	13	8,60	21	13,9	105	69,5
25. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	0	0,00	4	2,60	2	1,30	11	7,30	11	7,30	123	81,5
26. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	83	55,0	27	17,9	13	8,60	13	8,60	5	3,30	10	6,60

**Tabla 3.** Trastornos de la conducta alimentaria en relación a las variables del estudio.

Variable	EAT (+)		EAT (-)		Valor p
	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	9	10,3%	78	89,6%	0,086
Femenino	13	20,3%	51	79,6%	
<b>Edad</b>					
14-15	7	10,4%	60	89,5%	0,200
16-18	15	17,9%	69	82,1%	
<b>Rendimiento académico</b>					
Tercio superior	5	9,8%	46	90,2%	0,478
Tercio medio	12	17,6%	56	82,3%	
Tercio inferior	5	15,6%	27	84,3%	
<b>Peso (IMC)</b>					
<25	20	14,9%	114	85,1%	0,728
≥ 25	2	11,8%	15	88,2%	
<b>APGAR Familiar</b>					
Normofuncional	8	14,3%	48	85,7%	0,939
Disfuncional	14	14,7%	81	85,3%	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>14,6</b>	<b>129</b>	<b>85,4</b>	

### Discusión

El presente estudio muestra que la frecuencia de diagnóstico probable de TCA fue de 14,6%. Según una reciente revisión sistemática<sup>14</sup>, la proporción global de niños y adolescentes con trastornos alimentarios fue del 22,3%. Las niñas tenían significativamente más probabilidades de informar trastornos alimentarios (30,0%) que los niños (16,9%). Estos se volvieron más elevados con el aumento de la edad y el IMC. En Perú en los últimos años se aprecia un aumento de la frecuencia de TCA, de esta manera se aprecia un porcentaje de 16,4% en el año 2003<sup>15</sup> hasta 21%<sup>16</sup> y 24,5%<sup>17</sup> en estudios más recientes. Estos datos revelan que al igual que en los países desarrollados en el Perú estos trastornos también constituyen un problema cuyo estudio y solución debe ser considerado una prioridad.

De los adolescentes estudiados se identificó que el 10,3% de los hombres y 20,3% de las mujeres presentaron riesgo de presentar TCA. Un estudio en Estados Unidos<sup>18</sup> estimó que la prevalencia de TCA en mujeres jóvenes

es de aproximadamente 19,7% y en hombres jóvenes es de 10,3%, resultados similares encontrados en el presente estudio. Este análisis confirma que las mujeres adolescentes tienen tasas significativamente mayores de TCA comparado con los hombres, especialmente en edades tempranas de desarrollo.

Respecto a la edad de presentación del TCA se halló que los adolescentes que se encontraban entre los 16 y 18 años presentaron un mayor número de casos en comparación del grupo con una edad entre los 14 y 15 años lo que revela que los casos se incrementan con la edad. Una reciente revisión sistemática muestra también que los casos de TCA se incrementan con la edad<sup>14</sup>. De manera similar, en Perú, un estudio realizado en adolescentes de la ciudad de Puno, demostró que la frecuencia de síntomas de TCA fue mayor en el rango de edad de más de 16 años<sup>19</sup>.

En el presente estudio no se encontró asociación entre la frecuencia de síntomas de TCA y el estado nutricional, sin embargo,

estudios recientes sugieren que los adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad presentaban un mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo en comparación con adolescentes con peso normal. Este hallazgo subraya que un mayor índice de masa corporal (IMC) puede ser un factor predisponente para desarrollar TCA <sup>20</sup>.

No se encontró asociación entre la disfuncionalidad familiar y síntomas de TCA, sin embargo, investigaciones previas muestran que adolescentes con TCA suelen percibir su entorno familiar como más disfuncional que aquellos sin TCA. Esto incluye una menor cohesión, comunicación deficiente, y altos niveles de rigidez y conflicto familiar. Estas características pueden aumentar el riesgo de presentar TCA en adolescentes <sup>21</sup>.

### Conclusiones

Se determinó una prevalencia de TCA similar a estudios previos realizados en el Perú y no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de los TCA y los factores asociados estudiados. Los resultados reportados en el presente estudio, junto con los datos encontrados en otras investigaciones realizadas tanto en el Perú como en otros países, muestran que la prevalencia de TCA es alta, se presenta en edades tempranas y confirman que este sigue siendo un serio problema de salud para los adolescentes.

### Referencias

1. Feng B, Harms J, Chen E, Gao P, Xu P, He Y. Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(14): 6325.
2. 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*. 2023; 11(1):8.

3. Keski-Rahkonen A. Eating disorders: etiology, risk factors, and suggestions for prevention. *Curr Opin Psychiatry*. 2024; 37(6): 381-387.
4. Mader K, Kelly C. Anxiety, Depressive, and eating disorders in Adolescents. *Prim Care*. 2024; 51(4):645-659.
5. Mills JS, Minister C, Samson L. Enriching sociocultural perspectives on the effects of idealized body norms: Integrating shame, positive body image, and self-compassion. *Front Psychol*. 2022; 13: 983534.
6. Zaccagni L, Gualdi-Russo E. The Impact of Sports Involvement on Body Image Perception and Ideals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(6):5228.
7. Suarez-Albor CL, Galletta M, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomed*. 2022; 93(3): e2022253.
8. Pastore M, Indrio F, Bali D, Vural M, Giardino I, Pettoello-Mantovani M. Alarming Increase of Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Pediatr*. 2023; 263:113733.
9. Ames AE. Self-Esteem and the Development of Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. [Trabajo de suficiencia profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima 2022.<https://hdl.handle.net/20.500.12724/15830>
10. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validity and reliability of the Apgar-family questionnaire on family function. *Aten Primaria*. 1996; 18(6): 289-96.
11. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Perception of family functioning: psychometric analysis of Family APGAR Scale in adolescents in Lima. *Propósitos y Representaciones* 2014; 2 (1): 49-63.
12. Janahi S, Alkhater N, Bucheer A, Hashem Y, Alothman K, Alsada A. A Reliability Generalization Meta-Analysis of the Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) Scale. *Cureus* 2024; 16(11): e73647.
13. Hueras J, Masias Y. Psychometric Evidence of the Eating Attitudes Test (EAT-21) in Adolescents from Metropolitan Lima, 2022. [Tesis para optar el Título Profesional de

Licenciado en Psicología, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional de la Universidad Cesar Vallejo 2022. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/117247>

14. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2023; 177(4):363-372.

15. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderon A. Epidemiologic study of eating disorders and related factors in Lima. *Revista de Psicología de la PUCP.* 2003; 21(2): 234-269.

16. Gomez-Sanchez P, Gutierrez K, Gutierrez E. Frequency of risk factors that develop anorexia and bulimia in a private educational institution in Lima, Perú, 2017. *Apuntes Universitarios* 2020; 10(3): 197–206.

17. Quiñones-Negrete M, Arhuis-Inca W, Pérez-Moran, G, Coronado-Fernandez J,

Cjuno J. Symptoms of anxiety, aggressive behaviors and eating disorders in adolescents in northern Peru. *Apuntes Universitarios* 2021, 12(1), 92–107.

18. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW. Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA Netw Open.* 2019; 2(10): e1912925.

19. Torres-Cruz E, Torres-Cruz F. Eating disorders in secondary school students. *Rev Innova Educ.* 2021; 3(2): 349-59.

20. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, Jankauskienė A, Lurbe E. Obesity and Eating Disorders in Children and Adolescents: The Bidirectional Link. *Nutrients.* 2021; 13(12):4321.

21. Fuentes J, Herrero-Martín G, Montes-Martínez M, Jáuregui-Lobera I. Family food habits: influence on development and maintenance of eating disorders. *JONNPR.* 2020; 5(10): 1221-1244.

