

Influencia de los medios de comunicación y el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares mujeres en Lima, Perú

Mass media influence and risk of developing eating disorders in female students from Lima, Peru

Lic. Yessenia Lazo Montoya^a, Lic. Alejandra Quenaya^a y Dr. Percy Mayta-Tristán^b

RESUMEN

Introducción. Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública y su relación con los medios de comunicación es aún controversial.

Objetivo. Evaluar si existe asociación entre los modelos de imagen corporal mostrados por los medios de comunicación y el riesgo de TCA en adolescentes escolares mujeres de Lima, Perú.

Metodología. Estudio transversal realizado en tres centros educativos del distrito de La Victoria, Lima, Perú. Se midió el riesgo de TCA con la prueba de actitud alimentaria (*Eating Attitudes Test-26*; EAT-26, por sus siglas en inglés) y la influencia de los medios de comunicación con el cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3*; SATAQ-3, por sus siglas en inglés), categorizada en terciles tanto en el puntaje global como en sus subescalas (acceso a la información, presión, internalización general y atlética). Se calcularon las razones de prevalencia ajustadas (RP_a) para TCA.

Resultados. Se incluyeron 483 escolares con edad mediana de 14 ± 3 años. El 13,9% presentó riesgo de padecer TCA. Las escolares que presentan mayor influencia de los medios de comunicación (tercil superior del SATAQ-3) tienen mayor probabilidad de tener un riesgo de TCA (RP_a: 4,24; IC 95%: 2,10-8,56), así como quienes tienen mayor acceso a la información (RP: 1,89; IC 95%: 1,09-3,25), mayor presión (RP: 4,97; IC 95%: 2,31-10,69), las que presentaron mayor internalización general (RP: 5,00; IC 95%: 2,39-10,43) y las que mostraron mayor grado de internalización atlética (RP: 4,35; IC 95%: 2,19-8,66).

Conclusión. A mayor influencia de los medios de comunicación, existe una mayor probabilidad de riesgo de padecer TCA en escolares mujeres en Lima, Perú.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, medios de comunicación, estudiantes, adolescente, Perú.

- a. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
- b. Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

Correspondencia:
Lic. Yessenia Lazo Montoya:
yessenia.lazo.montoya@gmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 12-5-2015
Aceptado: 30-7-2015

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) ocupan el tercer lugar dentro de las enfermedades

crónicas en adolescentes mujeres de países industrializados.¹ Se han incrementado y se han reportado prevalencias entre 0,5% y 1% en los últimos decenios.²

En el Perú, se ha registrado, desde 1998 a 2008, un aumento de ocho veces en el número de casos nuevos registrados en establecimientos del Ministerio de Salud.³ Asimismo, en Lima Metropolitana, se estimó que 16,4% de las adolescentes escolares tuvieron riesgo de presentar algún TCA.⁴ Identificar la población en riesgo permite realizar un diagnóstico precoz, aspecto necesario en el tratamiento para evitar que el trastorno se vuelva crónico.⁵ En este sentido, es un eje prioritario para las agendas del sector de salud conocer estos factores, así como el tratamiento de los TCA, y crear la necesidad de implementar estrategias preventivas con el fin de detener su propagación.

La patogénesis de los TCA no ha sido comprendida en su totalidad, ya que su desarrollo es multicausal.⁶ Entre los factores que se encuentran asociados, están la depresión, la ansiedad y la insatisfacción de la imagen corporal. Este último es el factor más frecuente.⁷ Dicha insatisfacción es por la brecha que existe entre la imagen corporal actual/real y la imagen corporal ideal, que es causada por la internalización del ideal corporal propuesto culturalmente a las adolescentes por los medios de comunicación (MC) y los estándares sociales, como la popularidad, moda, atractivo sexual y el rechazo a la gordura. Es lo que lleva a las

adolescentes a focalizarse en la apariencia externa y el resultado de esta figura en el éxito social.^{1,8,9} Por todo ello, es importante identificar los factores que condicionan los TCA y así contribuir a su prevención.

Los MC podrían generar una marcada influencia en el inicio y presencia de los TCA,¹ ya que suelen mostrar modelos de delgadez que podrían relacionarse con beldad y transmitir una idea errónea de la imagen corporal.¹⁰⁻¹² De este modo, los MC podrían emitir mensajes perjudiciales para la salud mental en la población juvenil, sobre todo en el riesgo de padecer TCA.^{13,14}

Las adolescentes están continuamente expuestas a estos modelos corporales mostrados en la televisión, las revistas y el cine por la relevancia que tienen para ellas.¹ Por eso, el objetivo del estudio es evaluar si existe asociación entre los modelos de imagen corporal mostrados por los MC y el riesgo de padecer TCA en adolescentes escolares mujeres de Lima, Perú.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Durante el tercer trimestre del año 2014, se realizó un estudio de corte transversal analítico, en tres centros educativos del distrito de La Victoria (Lima, Perú).

Población y muestra

Se incluyó a escolares adolescentes mujeres de entre 12 y 17 años de edad, de dos centros educativos públicos y uno privado, quienes, durante el año 2014, cursaban entre el primer y quinto año de secundaria. Se excluyó a las gestantes y a quienes no presentaron la autorización de los padres para participar del estudio.

Se calculó el tamaño de muestra usando el software PASS v13.0 para regresión de Poisson considerando una distribución binomial,¹⁵ con un poder de 90%, un nivel de confianza del 95%, una razón de prevalencias esperada de 1,5 y una prevalencia de TCA de 24% obtenida en un estudio piloto¹⁶ y un R2 de 0,3. Se obtuvo un número mínimo de 449 alumnas. Considerando las potenciales fichas mal llenadas, la no obtención del consentimiento por parte de los padres y el tamaño de los colegios, se decidió hacer un censo.

Mediciones

El riesgo de padecer TCA se midió usando la prueba de actitud alimentaria (*Eating Attitudes*

Test-26; EAT-26, por sus siglas en inglés)¹⁷ en versión en español, validada en Colombia. Este instrumento consta de 26 ítems con seis opciones de respuesta (“nunca”, “raramente”, “a veces”, “a menudo”, “muy a menudo” y “siempre”). Las tres primeras opciones reciben un puntaje de cero; la cuarta opción, un punto; la quinta, dos puntos; la sexta, tres puntos; y el ítem 25 recibe una puntuación inversa. Si el puntaje obtenido es igual a 20 o mayor, se considera como riesgo de TCA.¹⁸ Se encontró un alfa de Cronbach de 0,92% para este estudio.

La medición de la influencia de los MC se realizó con el cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia (*Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3*; SATAQ-3, por sus siglas en inglés)¹⁹ en versión en español, validada en España.²⁰ Tiene 30 ítems medidos en escala Likert del 1 al 5, divididos en cuatro subescalas: (1) información, que mide el conocimiento

TABLA 1. Características generales de las alumnas incluidas en el análisis (n= 483)

Características	n	(%)*
Año de estudio		
Primero	122	(25,3)
Segundo	106	(22,0)
Tercero	66	(13,7)
Cuarto	74	(15,3)
Quinto	115	(23,8)
Colegio		
Público	219	(45,3)
Privado	264	(54,7)
Edad (años)*	14	(3,0)
Talla (cm)*	157	(9,0)
Peso (kg)*	52,3	(11,0)
IMC*	21,4	(3,9)
TCA		
Sí	67	(13,9)
No	416	(86,1)
SATAQ-3		
Global*	86	(28,0)
Información*	28	(7,0)
Presión*	18	(10,0)
Internalización general*	25	(9,0)
Internalización atlética*	14	(6,0)

* Mediana y (rango intercuartílico).

IMC: índice de masa corporal.

TCA: trastornos de la conducta alimentaria.

SATAQ-3: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* (cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia).

general sobre los ideales de belleza del mundo occidental; (2) internalización general, que mide la internalización del ideal corporal; cada una contiene 9 ítems; (3) presión, que mide la opresión por múltiples medios por los ideales de belleza con 7 ítems; (4) internalización atlética, que mide la aceptación del ideal de la apariencia atlética con 5 ítems. El puntaje global va de 30 a 150; a mayor puntaje, existe una mayor influencia de los MC. Debido a que no existe un punto de corte para el SATAQ-3 y sus subescalas, se generaron terciles y se comparó el tercil superior y medio con el inferior (menor influencia).

Adicionalmente, se evaluó la edad, el tipo de colegio (público/privado), el año de estudio, el peso y la talla autorreportados, y se calculó el índice de masa corporal (IMC).

Procedimientos y aspectos éticos

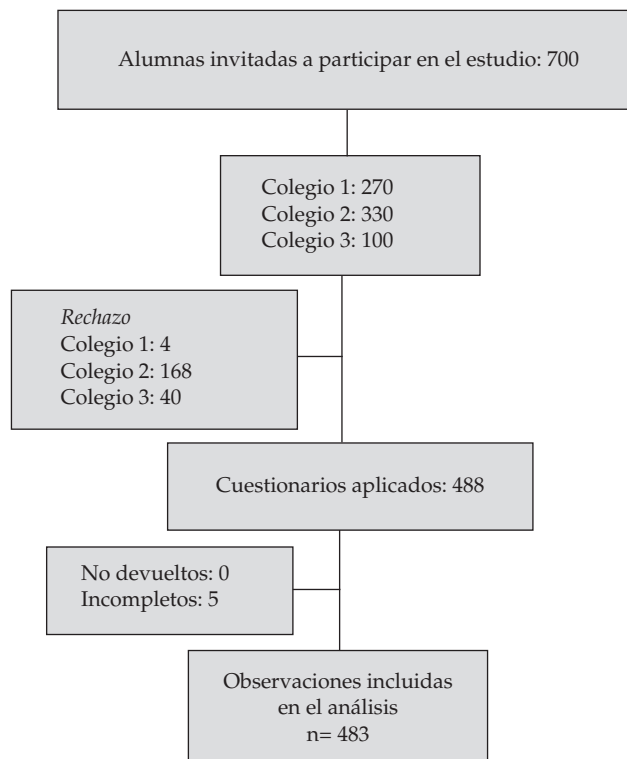
El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y se obtuvo la autorización de los directores de los tres centros educativos, elegidos por conveniencia, por las facilidades brindadas.

La participación de cada menor de edad se realizó contando con el asentimiento informado y el consentimiento informado. Luego llenaron las encuestas en forma anónima. Los resultados globales obtenidos se devolvieron a cada colegio a través de los Departamentos de Psicología.

Análisis de datos

Se generó una base de datos por doble digitación y fue analizada con el programa STATA v13.0. Después de realizar la verificación de “no normalidad” de las variables numéricas con la prueba de Shapiro-Wilk, estas se expresaron con medianas y rangos intercuartílicos (RIQ) y, posteriormente, se categorizaron en terciles. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Se calculó la prevalencia de riesgo de TCA y se evaluó la asociación usando la prueba de Chi² y la suma de rangos de Wilcoxon, según correspondía. Para evaluar la magnitud de la asociación entre el riesgo de TCA y SATAQ-3, tanto de manera global como con sus 4 subescalas, se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas (RPa) con sus intervalos de confianza

FIGURA 1. Flujo general de la selección de participantes incluidos en el análisis



al 95% (IC 95%) usando modelos de regresión de Poisson con varianza robusta. Los modelos ajustados para cada exposición (SATAQ-3 y subescalas) incluyeron las variables de edad, peso, talla y tipo de colegio. Se consideró como significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

De un total de 700 alumnas de tres colegios de Lima, 483 fueron incluidas en el análisis (Figura 1). La edad mediana fue de 14 años (RIQ: 3) y el IMC mediano fue de 21,4 (RIQ: 3,9). El 54,7% de las participantes pertenecieron a un colegio

privado; el 47,2% cursaban el primer y segundo año de secundaria. La mediana del puntaje del SATAQ-3 fue 86 y la mediana de las subescalas de información fue 28. La subescala de presión fue 18; la subescala de internalización general fue 25; y, finalmente, la subescala de internalización atlética fue 14. Se encontró un alfa de Cronbach de 0,73 para el SATAQ-3 y de 0,92 para el EAT-26.

El 13,9% de la población de alumnas presentaron riesgo de padecer algún TCA. No se identificó una asociación entre año de estudio, colegio, edad e IMC y el riesgo de padecer TCA ($p > 0,05$; Tabla 2).

TABLA 2. Asociación entre características de las escolares y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Lima, 2014

Características n	TCA (n= 67)		No TCA (n= 416)		P
	(%)	n	(%)		
Año de estudio*					0,522
Primero	17	(13,9)	105	(86,1)	
Segundo	11	(10,4)	95	(89,6)	
Tercero	13	(19,7)	53	(80,3)	
Cuarto	9	(12,1)	65	(87,8)	
Quinto	17	(14,8)	98	(85,2)	
Colegio*					0,668
Público	32	(14,6)	187	(85,4)	
Privado	35	(13,3)	229	(86,7)	
Edad (años)**	14	(3,0)	14	(3,0)	0,2324
Talla (cm)**	160	(8,0)	157	(9,0)	0,0251
Peso (kg)**	55	(10,0)	52	(11,0)	0,0241
IMC**	21,88	(3,6)	21,24	(3,9)	0,2046
Influencia de medios de comunicación (SATAQ-3 Global)*†					
Baja influencia (< 78 puntos)	9	(5,3)	162	(94,7)	< 0,001
Regular influencia (de 78 a 94 puntos)	22	(14,2)	133	(85,8)	
Alta influencia (> 94 puntos)	36	(22,9)	121	(77,1)	
Información*†					
Baja (< 27 puntos)	18	(10,0)	163	(90,1)	0,034
Media (de 27 a 30 puntos)	18	(12,6)	125	(87,4)	
Alta (> 30 puntos)	31	(19,5)	128	(80,5)	
Presión*†					
Baja (< 16 puntos)	8	(4,7)	163	(95,3)	< 0,001
Media (de 16 a 21 puntos)	25	(15,4)	137	(84,6)	
Alta (> 21 puntos)	34	(22,7)	116	(77,3)	
Internalización general*†					
Baja (< 23 puntos)	8	(4,8)	160	(95,2)	< 0,001
Media (de 23 a 28 puntos)	21	(13,3)	137	(86,7)	
Alta (> 28 puntos)	38	(24,2)	119	(75,8)	
Internalización atlética*†					
Baja (< 13 puntos)	10	(5,0)	189	(95,0)	< 0,001
Media (de 13 a 16 puntos)	29	(18,0)	132	(82,0)	
Alta (> 16 puntos)	28	(22,8)	95	(77,2)	

* Chi².

** Suma de rangos de Wilcoxon.

† Variables generadas a través de terciles.

IMC: índice de masa corporal.

SATAQ-3: *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3* (cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia).

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria.

Se encontró asociación entre los puntajes del SATAQ-3, tanto en su forma global como en sus subescalas, y el riesgo de TCA, aspecto que se mantiene luego de ajustar por otras variables (Tabla 3). Asimismo, se observó que presentan mayor riesgo de TCA aquellas participantes que reciben mayor influencia de los MC (RP: 4,24; IC 95%: 2,10-8,56), quienes tienen mayor acceso a la información (RP: 1,89; IC 95%: 1,09-3,25), mayor presión (RP: 4,97; IC 95%: 2,31-10,67), las que presentan mayor internalización general (RP: 5,0; IC 95%: 2,39-10,43) y, por último, las que mostraron mayor grado de internalización atlética (RP: 4,35; IC 95%: 2,19-8,66).

DISCUSIÓN

Encontramos que, a mayor influencia de los medios de comunicación sobre la imagen corporal de las escolares evaluadas, mayor fue la probabilidad de presentar riesgo de TCA, aspecto que corrobora lo planteado previamente, cuando se afirma que el ideal de delgadez mostrado por los MC y las presiones socioculturales se

relacionan con los índices más altos de TCA en las mujeres al generar efectos adversos en el ideal corporal.¹⁰ Además, la influencia de los MC puede llevar a que las adolescentes internalicen los ideales impuestos por la sociedad como deseables, que los reconozcan como estándares sociales y se produzca insatisfacción por no poseer el cuerpo ideal.²¹⁻²³ Es así que se produce la brecha entre lo ideal y la percepción que cada uno tiene sobre sí mismo y esto determina la satisfacción.²⁴ Asimismo, en diferentes estudios, se encontró que los MC suelen propalar ideas erróneas del ideal corporal,^{25,26} ya que transmiten una presión exagerada para estar delgadas, lo cual conduce a un mayor riesgo de desarrollar TCA.

El SATAQ-3 mide la influencia de los MC teniendo en cuenta la televisión, el cine y las revistas, mas no la publicidad ni internet. Sin embargo, no podemos negar que estos dos últimos medios también influyen en las adolescentes. En los últimos años, internet, en especial las redes sociales, ha jugado un papel importante en la comunicación y el acceso

Tabla 3. Asociación entre la influencia de los medios de comunicación y el riesgo de trastornos de conducta alimentaria en escolares mujeres, en Lima, Perú, 2014 (n= 483)*

Influencia de medios de comunicación	RP	Modelo crudo (IC 95%)	P	RPa	Modelo ajustado* (IC 95%)	p
SATAQ-3 global						
Baja influencia	1,00	Referencia	1,00	Referencia		
Regular influencia	2,70	(de 1,28 a 5,68)	0,009	2,71	(de 1,28 a 5,72)	0,009
Alta influencia	4,36	(de 2,17 a 8,76)	< 0,001	4,24	(de 2,10 a 8,56)	< 0,001
Información**						
Baja (< 27 puntos)	1,00	Referencia	1,00	Referencia		
Media (de 27 a 30 puntos)	1,27	(de 0,68 a 2,34)	0,453	1,22	(de 0,66 a 2,24)	0,529
Alta (> 30 puntos)	1,96	(de 1,14 a 3,37)	0,015	1,89	(de 1,09 a 3,25)	0,023
Presión**						
Baja (< 16 puntos)	1,00	Referencia	1,00	Referencia		
Media (de 16 a 21 puntos)	3,30	(de 1,53 a 7,11)	0,002	3,20	(de 1,48 a 6,88)	0,003
Alta (> 21 puntos)	4,84	(de 2,31 a 10,15)	< 0,001	4,97	(de 2,31 a 10,67)	< 0,001
Internalización general**						
Baja (< 23 puntos)	1,00	Referencia	1,00	Referencia		
Media (de 23 a 28 puntos)	2,79	(de 1,27 a 6,12)	0,010	2,77	(de 1,26 a 6,10)	0,012
Alta (> 28 puntos)	5,08	(de 2,45 a 10,56)	< 0,001	5,00	(de 2,39 a 10,43)	< 0,001
Internalización atlética**						
Baja (< 13 puntos)	1,00	Referencia	1,00	Referencia		
Media (de 13 a 16 puntos)	3,58	(de 1,80 a 7,14)	< 0,001	3,51	(de 1,76 a 7,01)	< 0,001
Alta (> 16 puntos)	4,53	(de 2,28 a 9,00)	< 0,001	4,35	(de 2,19 a 8,66)	< 0,001

* Ajustado por edad, peso, talla, tipo de colegio.

** Terciles.

SATAQ-3: Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (cuestionario sobre actitudes socioculturales con respecto a la apariencia).

RP: razones de prevalencia; RPa: razones de prevalencia ajustadas.

a la información mundial. Existen estudios recientes que evidencian que las redes sociales, específicamente el *Facebook*, incrementa la “exposición a la apariencia”, punto relacionado de forma positiva con la alteración de la imagen corporal y, por ende, los TCA.²⁷

Además, el grado de urbanización tiene un impacto significativo en la incidencia de estos trastornos. Sin embargo, la clase social, el nivel y el año de colegio no se asocian con un mayor riesgo de presentar TCA.²⁸ Se necesitarían estudios adicionales para explicar la asociación entre la influencia de TCA y el estado nutricional, la imagen corporal y el nivel socioeconómico.

Se conoce que, a mayor IMC, es mayor el riesgo de padecer TCA,^{29,30} a diferencia de nuestro estudio, en el que los datos arrojaron que no hay asociación. Si bien el autorreporte del peso está correlacionado con el peso real,³¹ este pudo ser el motivo por el cual no se encontró asociación entre el IMC y los TCA como se ha encontrado en estudios previos.^{29,30}

Además, existen factores asociados con el riesgo de TCA que no fueron medidos, como la depresión y la autoestima,^{4,14} la presión familiar, las burlas en relación con el peso, entre otros,²⁴ que podrían afectar la asociación entre TCA y la influencia de los MC, lo que podría disminuir la alta asociación identificada.

El test EAT-26 es el cuestionario resumido del EAT-40 y se utiliza para medir el riesgo de padecer un TCA detectando los síntomas y problemas característicos en muestras no clínicas. Si bien no puede ser utilizado para brindar un diagnóstico, se ha reconocido su eficiencia a pesar de su bajo valor predictivo positivo, ya que presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 92,1%.¹⁸ Se escogió el SATAQ-3 porque es el más específico disponible para medir la influencia de los MC, puesto que no existe un estándar de oro referente a esta variable. Existe el cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC-26), que mide aspectos relacionados, pero no directamente la influencia de distintos medios.

Como resultado de lo expuesto, los MC ejercen una alta influencia en las adolescentes y, a su vez, se demostró que las adolescentes con mayor grado de influencia tenían mayor probabilidad de riesgo de padecer TCA. Estos riesgos podrían disminuir notablemente si los MC evitaran transmitir modelos con delgadez extrema y mostraran modelos estándar. De esta manera, se impediría que las adolescentes se sintieran

presionadas por el entorno y utilizaran modelos erróneos como referentes, lo que evadiría la creación de un ideal del “cuerpo perfecto”.

No hemos encontrado intervenciones específicas sobre los modelos que presentan los MC y su regulación es difícil en escenarios democráticos, por lo que se podrían implementar mensajes en esos programas (por ejemplo: *realities* de competencia)¹⁵ similares a los mensajes disuasivos usados para el control del consumo de tabaco,³¹ pero en este caso, enfocados a la prevención de TCA.

Consideramos que el estudio realizado tuvo algunas limitaciones. Al ser un estudio transversal, nos permite evaluar una asociación, mas no una relación causa-efecto. Además, uno de los colegios públicos tuvo un alto porcentaje de rechazo (51%). En él, se encontró menor prevalencia de riesgo de TCA y menor puntaje del EAT-26. Sospechamos que hubo un sesgo de selección en ese colegio para los casos positivos, por lo que la frecuencia del riesgo de TCA pudo haber sido mayor a la reportada. Asimismo, estos colegios no representan a los escolares de Lima, de modo que no es posible extrapolar las prevalencias encontradas más allá de los colegios evaluados. Futuros estudios con muestreos probabilísticos podrían dar los estimados del riesgo de TCA en la ciudad.

Finalmente, es necesario evaluar la implementación de campañas de promoción y prevención con mensajes sobre estilos de vida saludable, capaces de orientar a los adolescentes que puedan estar en riesgo de padecer estos trastornos. Asimismo, es importante aconsejar a algunos programas televisivos que incluyan un espacio en el que se puedan dar mensajes adecuados sobre perder peso de manera saludable, a través de una buena alimentación y ejercicio, o fomentar que los MC incluyan a personas de medidas reales y no modelos corporales erróneos.

Por el momento, en el Perú, no existe ninguna estrategia de promoción de hábitos saludables que colabore a contrarrestar los mensajes emitidos por los MC. Sería importante adoptar estrategias como la de “Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases”. Esta nació como un piloto de investigación y fue realizada en España. En ella, se plantea un trabajo en equipo que parta de distintos puntos en los que los adolescentes se desenvuelven (el principal son los centros educativos). Esta estrategia trabaja tanto con los

padres de familia como con los adolescentes; de esta forma, brinda los conocimientos necesarios de estos trastornos y facilita la identificación de los primeros signos y síntomas.³³

CONCLUSIÓN

En este estudio, hemos encontrado que, a mayor influencia de los MC, existe una mayor probabilidad de riesgo de padecer TCA en una muestra de escolares mujeres en Lima, Perú. ■

REFERENCIAS

1. Peláez Fernández M, Labrador Encinas F, Raich Escursell R. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *Int J Psychol Physiol Ther* 2005;5(2):135-48.
2. Powers P, Santana C. Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Prim Care* 2002;29(1):81-98.
3. Perú. Ministerio de Salud. En los últimos 10 años el número de casos aumentó 10 veces. Recuperación depende del diagnóstico temprano de la enfermedad. Lima: MINSA; 2009. [Acceso: 10 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=7484.
4. Martínez P, Zusman L, Hartley J, Morote R, Calderón A. Estudio epidemiológico de los trastornos alimentarios y factores asociados en Lima Metropolitana. *Rev Psicol (Lima)* 2003;21(2):234-69.
5. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders: the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 2000;15(8):577-90.
6. Mitchison D, Hay PJ. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clin Epidemiol* 2014;6:89-97.
7. Pinheiro AP, Giugliani ER. Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2006;40(3):489-96.
8. Marín BV. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chile Nutr* 2002;29(2):86-91.
9. Merino Madrid H, Pombo MG, Godás Otero A. Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema* 2001;13(4):539-45.
10. Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *J Abnorm Psychol* 1994;103(4):836-40.
11. Guerra-Prado D, Barjau Romero JM, Chinchilla Moreno A. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29(6):403-10.
12. Derenne JL, Beresin EV. Body image, media, and eating disorders. *Acad Psychiatr* 2006;30(3):257-61.
13. Salinas Rellini D. Los medios de comunicación, los ideales de belleza y la manifestación de anorexia. *Punto Cero* 2011;16(23):18-24.
14. Munsch S. Study protocol: psychological and physiological consequences of exposure to mass media in young women – an experimental cross sectional and longitudinal study and the role of moderators. *BMC Psychol* 2014;2:37.
15. Signorini D. Sample size for Poisson regression. *Biometrika* 1991;78(2):446-50.
16. Lazo Y, Quenaya A, Mayta-Tristán P. Visualización de realidades de competencia y riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria en escolares. *Rev Chil Pediatr* 2015;86(1):66-7.
17. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Physiol Med* 1982;12(4):871-8.
18. Constaín GA, Ricardo Ramírez C, Rodríguez-Gázquez ML, Álvarez Gómez M, et al. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria* 2014;46(6):283-9.
19. Thompson K, Van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *Int J Eat Disord* 2004;35(3):293-304.
20. Llorente E, Warren CS, de Eulate LP, Gleaves DH. A Spanish version of the Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3): translation and psychometric evaluation. *J Clin Psychol* 2013;69(3):240-51.
21. Tiggemann M, Pickering AS. Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *Int J Eat Disord* 1996;20(2):199-203.
22. Cusumano DL, Thompson JK. Media influence and body image in 8-11-year-old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *Int J Eat Disord* 2001;29(1):37-44.
23. Field AE, Camargo CA, Taylor CB, Berkey CS, Colditz GA. Relation of peer and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(11):1184-9.
24. Facchini M. La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Arch Argent Pediatr* 2006;104(4):345-50.
25. Saucedo-Molina T, Unikel Santoncini C. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Ment* 2010;33(1):11-9.
26. Souza-Kaneshima A, França AA, Kneube D, Kaneshima EN. Ocorrência de anorexia nervosa e distúrbio de imagem corporal em estudantes do ensino médio de uma escola da rede pública da cidade de Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci Health Sci* 2006;28(2):119-27.
27. Meier P, Gray J. Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17(4):199-206.
28. Soh NL, Touyz S, Dobbins TA, Surgenor LJ, et al. Restraint and eating concern in North European and East Asian women with and without eating disorders in Australia and Singapore. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(6):536-45.
29. Unikel C, Saucedo-Molina T, Villatoro J, Fleiz C. Conductas alimentarias de riesgo y distribución de índice masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental* 2002;25(2):49-57.
30. Avila-Funes JA, Gutiérrez-Robledo LM, Ponce de León Rosales S. Validity of height and weight self-report in Mexican adults: results from the national health and aging study. *J Nutr Health Aging* 2004;8(5):355-61.
31. Crockett L, Shulemberg J, Petersen A. Congruence between objective and self-report data in a sample of young adolescents. *J Adolesc Res* 1987;2(4):383-92.
32. Wang AL, Ruparel K, Loughhead JW, Strasser AA, et al. Content matters: neuroimaging investigation of the brain and behavioral impact of televised anti-tobacco public service announcements. *J Neurosci* 2013;33(17):7420-7.
33. Casado Morales M, Helguera Fuentes M. Prevención de trastornos de alimentación. Un primer programa de prevención en dos fases. *Clínica y Salud* 2008;19(1):5-26.