

VALORACIÓN PSICOLÓGICA Y ANTROPOMÉTRICA EN ESTUDIANTES DE DANZA CON TRASTORNO ALIMENTARIO

ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
GEORGINA LETICIA ÁLVAREZ RAYÓN
XOCHITL LÓPEZ AGUILAR
M. TRINIDAD OCAMPO TÉLLEZ-GIRÓN
JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
e-mail: rvamap@servidor.unam.mx
*Universidad Nacional Autónoma de México**

RESUMEN: El estudio de poblaciones con alto riesgo de trastorno alimentario es necesario para poder realizar valoraciones adecuadas, debido a que en disciplinas como la danza se comparten características con las pacientes con anorexia nerviosa que podrían dificultar el diagnóstico. Por ello el objetivo del presente trabajo es valorar la presencia de trastornos alimentarios y de algunos de sus factores asociados en estudiantes mexicanas de danza. Participaron 72 estudiantes de danza con un rango de edad de 10 a 18 años. Los resultados señalan la importancia de considerar en valoraciones semejantes el índice de masa corporal, la insatisfacción corporal, sentimientos de ineffectividad y miedo a madurar.

PALABRAS CLAVE: trastornos alimentarios, estudiantes de danza, valoración antropométrica.

ABSTRACT: The study of populations with high risk of eating disorder is necessary to be able to make suitable valuations, due to the fact that in disciplines as dance, characteristics are shared with patient with anorexia nervosa that might impede the diagnosis. For that reason, the objective of the present work is to value the presence of eating disorders and of some associate factors. 72 students of dance between the ages of 10 and 18 participated. The results indicate the importance of considering in similar valuations the index of corporal mass, body dissatisfaction, ineffectiveness and fear or reaching maturity.

KEY WORDS: eating disorders, dance students, antropometric valuation

A finales del siglo XIX la alta sociedad inglesa se convirtió en iniciadora del "movimiento deportivo", pretendiendo hacer al deporte sinónimo de vida sana. De acuerdo con Yates (1991), este movimiento se extendió rápidamente por los Estados Unidos buscando la proliferación de la gimnasia y el deporte de competición en toda la población. Actualmente la actividad física y el deporte son prácticas instauradas socialmente en casi todo el mundo, debido a sus connotaciones de salud, juventud, fuerza, etc., de modo que el éxito de un deportista tiene importante impacto en lo social y en lo económico, además de convertirse en un modelo a seguir.

* Este artículo se ha podido realizar con la ayuda PAPIIT IN301901. Trabajo apoyado por CONACyTJ27830-H.

Si bien es cierto que se ha comprobado empíricamente que la actividad física practicada con regularidad y moderación puede beneficiar en el control y mejoramiento de síntomas de algunos trastornos o enfermedades como: la hipertensión sistémica, la obesidad, los trastornos emocionales, la incapacidad por senectud, osteoporosis y diabetes mellitus entre otros (Toro, 1996). También encierra riesgo si es practicado intensamente, sobre todo en niños y adolescentes. De hecho, Yates (1991) propone la creación de una categoría diagnóstica denominada *trastornos por actividad*, debido a la semejanza que existe entre corredores compulsivos y sujetos con trastornos del comportamiento alimentario, respecto a la presencia de una excesiva preocupación por la "delgadez" y el empleo de métodos inadecuados para el control del peso corporal, como son el abuso de laxantes y diuréticos, así como la provocación del vómito.

Con características de disciplina deportiva, pero en conjugación con la música y la estética, la Danza se torna en un arte que confiere gran relevancia al cuerpo y a la armonía de sus movimientos, por lo que no se deslinda de la actual estética corporal de "extrema delgadez", por tanto que sea estrecho su vínculo con la psicopatología alimentaria. No obstante, debe recordarse que la "delgadez extrema" de la bailarina actual es una adquisición reciente. El siglo XIX contempla la transición de una disciplina que representaba personajes cotidianos, a personajes etéreos: sílfides, ninfas y otros seres fantásticos, asimismo los ideales de belleza impuestos al cuerpo sufren transformaciones que afectan el perfil que adopta la institución de la danza, cuya materia prima es la imagen del cuerpo en movimiento, sustentada en la fantasía y el deseo.

La aspiración de un bailarín es "dominar" la técnica y en última instancia su cuerpo. Esto le exige una severa autodisciplina en su entrenamiento y un control sobre otras esferas de su vida, particularmente sobre su dieta. Su cuerpo debe reflejar los "ideales estéticos", que tocan con lo mítico y perfecto, prueba de ello es que en promedio su peso está 14% debajo del ideal para su peso y talla, además la mayoría de ellas presenta un retraso considerable en la menarca (Hamilton, Brooks-Gunn, Warren y Hamilton, 1988). Estas características aunadas con la preocupación por su figura son factores predisponentes para un trastorno alimentario, que pueden

visualizarse como la alternativa para responder a la idealización que exige el medio respecto a la figura del bailarín o la bailarina.

En consideración a los antecedentes antes mencionados, el objetivo del presente artículo es mostrar los resultados de una investigación realizada con estudiantes mexicanas de danza, cuyo objetivo fue evaluar la presencia de trastornos alimentarios, así como de algunos factores asociados: actitudes alimentarias, insatisfacción corporal, influencia de los modelos estéticos, aspectos cognitivos y comportamentales. Además, debido a que se conoce poco acerca de indicadores antropométricos que brinden información sobre la distorsión de la percepción corporal, consideramos parámetros antropométricos.

La muestra estuvo constituida por 72 mujeres estudiantes de danza con un rango de edad de 10-18 años ($\bar{X} = 13.3$, $DE = 1.82$), provenientes de una población urbana y de un nivel socioeconómico medio. En promedio la población tenía 4 años de estudiar danza y realizaban estudios académicos en la misma institución.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- 1) **Cuestionario de actitudes alimentarias (EAT-40)**. Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979). Tiene por objetivo identificar los síntomas asociados con los trastornos alimentarios, su punto de corte es >30 . Consta de 40 preguntas, 26 de ellas forman tres factores: control oral, dieta y bulimia. Este cuestionario ha sido traducido y validado en su versión al español por Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991).
- 2) **Cuestionario de bulimia (BULIT)**. Bulit Test, Smith y Thelen, 1984). Consta de 36 ítems, cuya finalidad es detectar la sintomatología de bulimia nerviosa, su punto de corte es > 102 . En el presente estudio se consideró > 88 como punto de corte, por ser el referido por los autores como riesgo de sintomatología bulímica. Este cuestionario ha sido traducido y adaptado en su versión española por Mora y Raich en 1993.

- 3) **Cuestionario de influencia sobre el modelo estético corporal (CIMEC.** Toro, Salamero y Martínez, 1994). Es un cuestionario elaborado y validado en una población española, consta de 40 preguntas que valoran la ansiedad por la imagen corporal, así como la influencia de los modelos estético corporales y situaciones sociales sobre el modelo de delgadez. Los autores también señalan como una alternativa de análisis 26 preguntas agrupadas en 5 factores: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de modelos sociales e influencia de situaciones sociales.
- 4) **Cuestionario de imagen corporal (BSQ.** Body Shape Questionnaire, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Evalúa la insatisfacción con el peso e imagen corporal, mediante 34 reactivos. Su punto de corte es >105.
- 5) **Inventario de trastornos alimentarios (EDI.** Eating Disorders Inventory , Garner, Olmstead y Polivy, 1983). Es un cuestionario de 64 preguntas, diseñado para evaluar las características cognitivas y conductuales de la anorexia y bulimia nerviosa. Cuenta con 8 subescalas: motivación para adelgazar, identificación de la interocepción, bulimia, insatisfacción corporal, inefectividad, miedo a madurar, perfeccionismo y desconfianza interpersonal. Fue adaptado a la población española por Guimerá y Torrubia (1987).
- 6) **Entrevista para el diagnóstico de trastornos alimentarios (IDED.** Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV, de Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz 1998). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y sobreingesta compulsiva, partiendo de los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).
- 7) **Indicadores antropométricos:**
Índice de masa corporal (IMC)
Índice cintura-cadera (ICC)
Índice de percepción corporal (IPC).—(Que se detallarán más adelante)

Cabe señalar que todos los instrumentos fueron adaptados para la población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala. En el caso de los indicadores antropométricos se consideró los estudiados y/o estandarizados para población mexicana.

1. PREVALENCIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Considerar la mayor presencia de psicopatología alimentaria en disciplinas como la danza fue establecido desde el clásico estudio de Garner y Garfinkel (1980), quienes señalaban que las bailarinas tenían 6,5 veces más probabilidad de desarrollar anorexia nerviosa que estudiantes de la misma edad de otras profesiones. Posteriores investigaciones han confirmado la mayor frecuencia de la psicopatología alimentaria en esta población (Holderness, Brooks-Gunn y Warren, 1994; Le Grange, Tibbs, Noakes, 1994; Neumaerker, Bettel, Bettel, Dudeck y Neumaerker, 1998). Por ello en el presente trabajo uno de los objetivos fue evaluar la presencia de trastorno alimentario en estudiantes mexicanas de danza, además de evaluar la efectividad en la detección de casos por los cuestionarios de autorreporte EAT (Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979) y BULIT (Bulit Test, Smith y Thelen, 1984), los resultados se presentan en el Cuadro 1.

El trastorno alimentario con mayor presencia fue la anorexia nerviosa (18%), y tan sólo 4% de casos de bulimia nerviosa. Estos resultados coinciden con estudios previos en señalar a la anorexia nerviosa y los trastornos alimentarios no específicos como las psicopatologías más frecuentes en este tipo de población (Le Grange, Tibbs y Noakes, 1994; Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000); sobre todo en lo referente a estudiantes de danza, ya que Abraham (1996) ha encontrado que la bulimia nerviosa parece estar más presente entre las bailarinas profesionales.

Con respecto a la eficacia de los cuestionarios EAT y BULIT, pudimos observar que la información brindada por el EAT fue satisfactoria en la detección de casos con posible riesgo de psicopatología alimentaria, y de forma más clara para la anorexia nerviosa. Siendo los trastornos alimentarios no especificados

Cuadro 1

Presencia de trastorno alimentario y su coincidencia con la detección de sintomatología a través de los cuestionarios EAT y BULIT.

	DIAGNÓSTICO ENTREVISTA	N.º DE CASOS CLASIFICADOS CORRECTAMENTE	
		EAT	BULIT
Sin trastorno alimentario	43	40	42
Con trastorno alimentario:	29	17	3
	DIAGNÓSTICO ENTREVISTA	N.º DE CASOS QUE SUPERARON EL PUNTO DE CORTE	
		EAT ≥ 30	BULIT ≥ 88
Sin trastorno alimentario	43 (60%)	3 (4%)	1 (1.3%)
Anorexia nerviosa	13 (18%)	8 (11%)	-
Bulimia nerviosa	3 (4%)	2 (3%)	2 (2.7%)
TANE	13 (18%)	7 (10%)	-
TOTAL	72 (100%)	20 (24%)	3 (4%)

TANE: Trastorno de la alimentación no especificado.

donde se detectó mayor rango de error, lo cual se puede deber a que la sintomatología no es tan acentuada como en un trastorno específico. En el caso del BULIT, la detección fue eficaz para dos de los tres casos que se presentaron; si bien la detección es alta (66%), debido a la baja presencia de "sintomatología bulímica" en esta población, no parece muy pertinente su aplicación en estudiantes de danza que inician o que son niñas o prepúberes.

Por otra parte, la utilización del EAT debe considerar también el sexo del individuo. Con relación a ello, Neumarker, Bettel, Bettel, Dudeck y Neumarke (1998) han encontrado que los hombres y mujeres provenientes de una escuela de ballet con alto desempeño en Alemania obtuvieron puntuaciones mayores en el EAT-40, que los provenientes de escuelas consideradas con bajo desempeño. Asimismo, detectaron que el 21,6% de las mujeres estudiantes de ballet de escuelas de alta competencia rebasaban el punto de corte del EAT-40, en comparación con los hombres, de los cuales ninguno rebasó el punto de corte.

También se ha detectado que la cultura juega un papel importante, debido a que las bailarinas de escuelas americanas de alta competencia informan significativamente más problemas alimentarios, conductas anoréxicas y antecedentes de obesidad familiar, en comparación con las bailarinas de escuelas de ballet de la República de China (Hamilton, Brooks-Gun, Warren y Hamilton, 1988). En otro estudio al evaluar a 55 bailarinas blancas y 9 bailarinas negras de América y Europa, se encontró que ninguna de las bailarinas negras americanas presentaron trastorno alimentario. En tanto que en las bailarinas blancas se encontró un 15% de anorexia y un 19% de bulimia. Asimismo, se encontró que las bailarinas anoréxicas calificaron alto en el EAT-40. Los datos sugieren que los niveles de competencia se relacionan con la anorexia nerviosa y con la cultura a la que pertenecen las bailarinas (Hamilton, Brooks-Gunn y Warren, 1985).

2. ANTROPOMETRÍA

Una de las etapas en la que se presentan cambios notables en la morfología es la adolescencia y/o pubertad, durante la cual el dimorfismo sexual se agudiza y la mujer queda definida por su cuerpo, cuya imagen ya no sólo es biológica, también está determinada por la mirada de los otros, que captan su apariencia.

En la sociedad actual, la diversidad de estímulos, la cobertura de los medios de comunicación y el desarrollo tecnológico entre otros, imprimen en esta etapa un sello particular, por lo que la adolescente no escapa a la presión de "estar en forma"; el cuerpo es objeto de valoración social y la atención se centra en determinadas partes o dimensiones, generalmente constitutivas de los caracteres sexuales secundarios. En el medio de la danza esto se magnifica, ya que se les exige tener un cuerpo armonioso y delgado, cumpliendo así con las cualidades estético-visuales, que no necesariamente corresponden al desarrollo espontáneo y natural del cuerpo.

Particularmente el cuerpo de la estudiante de danza es sobrevalorado, pues es el elemento central en la autovaloración, en la medida que a través de éste se expresa y manifiesta su individualidad, concibiéndolo como un instrumento provisto de

propiedades dinámicas, sobre el cual se estructura su desempeño. La estudiante de danza se embarca en un proceso continuo y disciplinado de construir un cuerpo al que ha de sujetar a múltiples exigencias, pues las características de un físico ideal para una bailarina son: ser alta, magra y muy delgada (Freedson, 1988). Esto las ubica en la delgada línea que hay entre una actitud competitiva óptima y un comportamiento que deteriora la salud (Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999).

En el mundo de la danza se enfatiza la delgadez como símbolo de belleza, buena ejecución, éxito y calidad en el escenario, por lo que no resulta extraño que esta presión se refleje en su morfología. De manera general y para obtener una breve descripción de las características físicas de las estudiantes de danza, se realizó un estudio de corte transversal que comprendió diferentes indicadores antropométricos y de composición corporal, entre los que se encuentran: índice de masa corporal, índice cintura-cadera e índice de percepción corporal.

2.1. Índice de masa corporal (IMC)

El índice de masa corporal (IMC) es cada vez más utilizado en las investigaciones sobre patología alimentaria. A través de su fórmula ($\text{peso} / \text{estatura}^2$) establece una relación de proporción del peso con respecto a la estatura, por medio de la cual es posible obtener un diagnóstico rápido del déficit o exceso ponderal.

En la literatura internacional se señala un IMC igual o menor a 17, como indicador de anorexia nerviosa en población adulta (Welch, Nidiffer, Zager y Leyerla, 1992), sin embargo para adolescentes resulta elevado, por lo que para estudiantes mexicanas de danza fue considerada la clasificación de Saucedo y Gómez (1997), sugerida para población adolescente mexicana:

Menor a 15	infrapeso
15 - 18,9	bajo peso
19 - 22,9	normal
23 - 27	sobrepeso
mayor a 27	obesidad

De acuerdo a estos indicadores, todas las estudiantes se situaron en el rango de bajo peso (ver cuadro 2), no obstante, las diagnosticadas con anorexia nerviosa tuvieron un IMC cercano al infrapeso, mientras que las diagnosticadas con bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado presentaron un IMC cercano al establecido como normal. A diferencia de todos los grupos, las que no presentan trastorno alimentario se ubicaron en puntos intermedios del rango de bajo peso (15-18,9).

Cuadro 2

Promedios del índice de masa corporal de acuerdo al diagnóstico realizado con la entrevista IDED, considerando los criterios del DSM-IV.

	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
ANOREXIA NERVIOSA (n = 13)	$\bar{X} = 15.34$ DE= 1.45
BULIMIA NERVIOSA (n = 3)	$\bar{X} = 18.80$ DE= 3.38
TANE (n = 11)	$\bar{X} = 18.38$ DE= 2.19
SIN TRASTORNO ALIMENTARIO (n = 41)	$\bar{X} = 16.74$ DE= 1.97
TANE= Trastorno alimentario no especificado \bar{X} = Promedio DE= Desviación Estándar	

Si bien debemos considerar que el IMC es dependiente de la edad en las preadolescentes, estos resultados cobran relevancia porque las edades se distribuyeron homogéneamente entre los grupos, de tal manera que el IMC como indicador de equilibrio o desequilibrio funcional —en la valoración de la relación que guardan el peso y la estatura— puede ser una herramienta de apoyo en la detección de trastornos alimentarios en estudiantes de danza y quizás en otras poblaciones de alto riesgo de psicopatología alimentaria, debido a que la evaluación de la condición actual del sujeto puede alertar de manera rápida sobre la posibilidad de padecer un trastorno o el riesgo de presentarlo. Por ello en poblaciones de disciplinas como la danza, la gimnasia, etc., el IMC podría agregarse como instrumento de tamizaje — o screening —,

ya que tanto un IMC que califique cercano al infrapeso como un IMC que califique cercano a las puntuaciones normales serían sujetos a ser valorados de manera inmediata y detallada.

2.2. Índice cintura-cadera (ICC)

El índice cintura-cadera (ICC = circunferencia cintura x100/ circunferencia cadera). Estima el grado de predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo. Su valoración se realizó de acuerdo a los criterios de Hartz, Rupley, Ronald, Kaalkhoff y Remm (1983).

*Menor a 72: alto predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo.
73 a 76: moderado predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo.
77 a 80: moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo.
Mayor a 80: alto predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo.*

Para mujeres mexicanas se consideran como valores normales entre 71 y 84 (Casillas y Vargas, 1993).

Con respecto al índice cintura-cadera, se observó que todas las estudiantes de danza se situaron dentro del intervalo considerado como normal para la población mexicana (ver Cuadro 3), de acuerdo con la clasificación de Casillas y Vargas (1993); sin embargo, el grupo de las bulímicas mostró una mayor tendencia hacia una distribución de la grasa corporal centrípeta es decir, en la parte superior del cuerpo; mientras que las que presentaron anorexia nerviosa, trastorno alimentario no especificado así como el grupo control coinciden en una tendencia de distribución periférica de la grasa, es decir, en la parte inferior del cuerpo, característica de la distribución de la grasa corporal femenina, que se hace evidente en la adolescencia.

En lo correspondiente al índice cintura-cadera (ICC), éste ha sido empleado como un indicador de la distribución de la grasa corporal y se le asocia con la propensión o desarrollo de diversas patologías. Sin embargo, recientemente se le ha incorporado en estudios relacionados con los trastornos alimentarios y de percepción de la imagen corporal; bajo este propósito, es usado no sólo como indicador de salud, sino como predictor de la percepción del atractivo físico.

Cuadro 3

Promedios del Índice Cintura-Cadera, de acuerdo al diagnóstico realizado con la entrevista IDED, considerando los criterios del DSM-IV.

	ÍNDICE CINTURA-CADERA
ANOREXIA NERVIOSA (n = 13)	$\bar{X} = 75.10$ DE= 2.78
BULIMIA NERVIOSA (n = 3)	$\bar{X} = 81.33$ DE= 7.98
TANE (n = 11)	$\bar{X} = 74.31$ DE= 2.40
SIN TRASTORNO ALIMENTARIO (n = 41)	$\bar{X} = 75.00$ DE= 2.79
TANE= Trastorno alimentario no especificado \bar{X} = Promedio DE= Desviación estándar	

Para las estudiantes de danza, el índice cintura-cadera representa un importante distintivo corporal, ya que su cuerpo no sólo es su herramienta de trabajo, sino que es constantemente observado y juzgado, por lo que las diferencias morfológicas en la distribución de la grasa corporal —independientemente del grado de adiposidad—, puede generar insatisfacción corporal (Moore, 1988), debido a que se les exige un tipo morfológico específico (extremadamente delgado). Los resultados de estudio con estudiantes de danza señalan que las estudiantes de danza tuvieron un ICC bajo, característicamente femenino y correspondiente a su desarrollo puberal; ya que, en esta etapa, en las mujeres este índice va reduciéndose gracias al progresivo aumento de la cadera, así como por el incremento del diámetro pelviano y el predominio de la grasa en los glúteos. Sólo el 4,6% de la muestra que corresponde al grupo de las bulímicas mostró una distribución centrípeta, es decir, una forma corporal menos curvilínea, que merece atención en un grupo más amplio. Cabe señalar que a pesar de que es difícil definir en qué momento el ICC pueda indicar un riesgo real para la salud, sí puede ser relevante por su relación con la insatisfacción corporal.

2.3. Índice de percepción corporal

Entre las variables que permiten describir el aspecto físico se encuentran, por un lado, las que se refieren al cuerpo real (medidas antropométricas) y, por el otro, las que consideran al cuerpo percibido. De esta manera, se establece una vinculación entre la realidad objetiva (estatura, peso, masa grasa, etc.) y los comportamientos que suscitan estos aspectos del cuerpo. En este sentido, la insatisfacción corporal puede conducir a percibir las dimensiones corporales reales equivocadamente, ya sea sobrestimándolas o subestimándolas, lo que con mayor frecuencia se limita a ciertas zonas o segmentos corporales, sin embargo también puede afectar a todo el cuerpo; mientras que la satisfacción corporal se establecerá en la medida en que el cuerpo se ajuste y se someta a los lineamientos sociales.

Los datos obtenidos brindaron la posibilidad de comparar las medidas antropométricas de cintura, cadera y espalda con las medidas subjetivas obtenidas a través del señalamiento con la cinta y el pizarrón (Cuadro 4) entre las estudiantes que presentaron trastorno alimentario y las que no lo presentaron.

Los resultados muestran que no hubo diferencias significativas entre las medidas antropométricas de cintura y cadera entre los grupos con trastorno alimentario y control; no obstante, sí se presentan diferencias significativas en las medidas subjetivas. Paradójicamente sí existe diferencia significativa en la medida antropométrica de la espalda, sin embargo no hay diferencias relevantes en la percepción subjetiva de ésta. Así la autopercepción es más relevante que la realidad objetiva cuando se trata de insatisfacción corporal.

Cabe resaltar que las medidas autoreportadas con la cinta presentan mayor posibilidad de distorsión que las medidas con señalamiento en pizarrón.

Cuadro 4

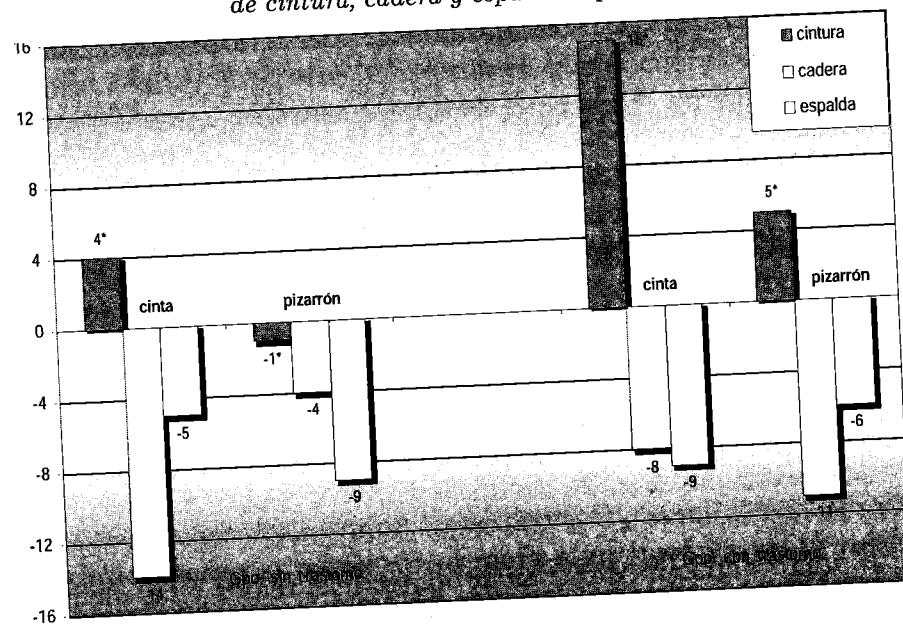
Comparación entre los grupos a través de la prueba "t" de Student, respecto a las medidas antropométricas y las medidas subjetivas de cintura, cadera y espalda

	SIN TRASTORNO ALIMENTARIO (n= 41)	CON TRASTORNO ALIMENTARIO (n= 27)	"t" DE STUDENT
CINTURA			
Medida antropométrica	\bar{X} = 31.39 DE= 2.61	\bar{X} = 32.03 DE= 3.56	$t = 0.87$ $p = 0.39$
Medida subjetiva con señalamiento en cinta	\bar{X} = 32.41 DE= 3.57	\bar{X} = 36.55 DE= 6.39	$t = 3.06$ $p \leq 0.001$
Medida subjetiva con señalamiento en pizarrón	\bar{X} = 30.82 DE= 3.79	\bar{X} = 33.21 DE= 4.72	$t = 2.23$ $p \leq 0.05$
CADERA			
Medida antropométrica	\bar{X} = 42.17 DE= 4.24	\bar{X} = 44.10 DE= 5.17	$t = 1.70$ $p = 0.09$
Medida subjetiva con señalamiento en cinta	\bar{X} = 36.82 DE= 5.58	\bar{X} = 40.40 DE= 9.13	$t = 2.01$ $p \leq 0.05$
Medida subjetiva con señalamiento en pizarrón	\bar{X} = 36.0 DE= 4.91	\bar{X} = 38.96 DE= 8.16	$t = 1.72$ $p = 0.09$
ESPALDA			
Medida antropométrica	\bar{X} = 41.97 DE= 2.70	\bar{X} = 43.39 DE= 2.86	$t = 2.09$ $p \leq 0.05$
Medida subjetiva con señalamiento en cinta	\bar{X} = 39.87 DE= 5.72	\bar{X} = 39.59 DE= 6.93	$t = 0.18$ $p = 0.85$
Medida subjetiva con señalamiento en pizarrón	\bar{X} = 38.34 DE= 5.17	\bar{X} = 40.71 DE= 6.82	$t = 1.64$ $p = 0.10$
\bar{X} = Promedio DE = Desviación estándar			

A partir de las medidas antropométricas reales y las medidas subjetivas con señalamiento en cinta y pizarrón pudimos obtener el índice de percepción corporal (IPC — (tamaño percibido / tamaño actual X 100), que supone la estimación del propio cuerpo y exige que la persona delimite dimensiones concretas de determinadas partes del cuerpo, las cuales se contrastan con las medidas antropométricas. Las puntuaciones mayores a 100 señalan una sobreestimación, mientras las puntuaciones menores a 100 señalan un subestimación. Este índice ha sido utilizado en México por Ocampo, López, Álvarez y Mancilla (1999).

Respecto al índice de percepción corporal (IPC) de los dos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la cintura (ver figura 1), considerando tanto la medida subjetiva de señalamiento con la cinta ($t = 2,54$ $p < 0.01$) como la de pizarrón ($t = 1,74$ $p < 0.01$). También es posible señalar una subestimación en ambos grupos de las medidas subjetivas de la cadera; en el grupo sin trastorno en el caso de la medida subjetiva de la cinta, mientras que en el grupo con trastorno se reflejó más a través de la medida subjetiva con señalamiento en pizarrón.

Figura 1
Índice de percepción corporal (IPC) de los dos grupos en las medidas de cintura, cadera y espalda. * $p < 0.01$.



3. INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES

Las niñas tempranamente se identifican con su género, es decir con las expectativas de su rol sexual. De acuerdo con Striegel-Moore (1993), la feminidad está marcada por dos características: la mayor orientación interpersonal de la mujeres y la belleza como aspecto central de la feminidad. Este último punto se comprueba en los hallazgos empíricos que demuestran que la autoestima de las

mujeres está estrechamente vinculada con la percepción de su apariencia física (Rolls, Fedoroff y Guthrie, 1991; Rosen, 1990; Striegel-Moore, Silverstein y Rodin, 1986; Striegel-Moore, 1993).

A su vez, sabemos que a partir de los años 60, la delgadez —y en especial la femenina—, es considerada como uno de los pilares más importantes del estándar de belleza (Rolls, Fedoroff y Guthrie, 1991; Striegel-Moore, 1993; Toro, 1996; Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens, 1992). Lo cual permite deducir lo temprano que las mujeres —o más bien las niñas— pueden internalizar un ideal estético corporal delgado y, por tanto, lo pronto que pueden comenzar a vivenciar la insatisfacción con su propio cuerpo (Wardle y Beales, 1986; Wardle y Marsland, 1990). La delgadez se convierte así, en reflejo del dominio corporal y en consecuencia de sí mismo. Este tipo de creencias son graves y con un alto riesgo de baja autoestima, práctica frecuente de dietas y la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario. Si en población general es frecuente encontrar la preocupación por el peso corporal, en disciplinas que suponen la ejercitación del cuerpo ésta se magnifica. Debido a ello se realizó una comparación entre los grupos respecto a la puntuación total de los cuestionarios BSQ y CIMEC, así como de cada uno de los factores de este último, que se presentan en el cuadro 5. En ésta se observa que el grupo con trastorno alimentario presentó significativamente mayores puntuaciones en el cuestionario de insatisfacción corporal y el cuestionario de influencia del modelo estético corporal, así como en cuatro de los cinco factores de este último: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales e influencia de situaciones sociales, destacando este último, que refiere a la presión social experimentada en situaciones alimentarias y la aceptación social atribuida a la delgadez.

De acuerdo a los datos, se observa una gran influencia de los modelos estéticos que aluden una estructura corporal muy delgada en todas las estudiantes —a través de CIMEC—, y en la medida en que tanto el grupo control como el grupo con trastorno alimentario rebasaron el punto de corte para este instrumento, podemos señalar que dicha influencia es semejante a la que presentan pacientes con trastorno alimentario de muestras comunitarias (Toro, Salamero y

Martínez, 1994). No obstante, es una variable que diferencia a los grupos, ya que las estudiantes con trastorno alimentario presentaron significativamente mayor influencia del modelo estético corporal prevaeciente que el grupo control, por tanto los resultados parecen sugerir que el punto de corte de este cuestionario (CIMEC) podría ser diferente para muestras de estudiantes de danza y quizá para otras profesiones de alto riesgo de trastorno alimentario.

Con respecto a los factores del CIMEC, se observa como coincidencia entre todas las estudiantes una acentuada influencia de los modelos sociales, que refiere al interés que despiertan los cuerpos de actrices, modelos e incluso los transeúntes por la calle. Destacan las diferencias entre las estudiantes que presentaron psicopatología alimentaria de las que no la presentan, en los siguientes aspectos:

Las estudiantes con trastorno alimentario mostraron:

- a) Ansiedad ante situaciones que ponen en cuestión la valoración corporal.
- b) Malestar por la imagen corporal (como se confirma en el BSQ, mayor insatisfacción corporal).
- c) Mayor influencia de artículos, reportajes, libros y/o conversaciones sobre el adelgazamiento.
- d) Percepción de mayor presión social para restringir su alimentación en eventos sociales.
- e) Creencia de que la gente delgada es más aceptada.

Dos aspectos son especialmente relevantes: la mayor influencia del entorno social cercano —amigos y/o familia— y la influencia de la publicidad.

Cuadro 5

Comparación entre los grupos respecto a los cuestionarios BSQ y CIMEC, así como de cada uno de los factores del cuestionario CIMEC, a través de la prueba "t" de Student.

	SIN TRASTORNO ALIMENTARIO (n = 41)	CON TRASTORNO ALIMENTARIO (n = 27)	"t" DE STUDENT
INSATISFACCIÓN CORPORAL (BSQ)	\bar{X} = 71.82 DE= 21.21	\bar{X} = 97.42 DE= 30.35	t = 4.13 p ≤ 0.001
INFLUENCIA DE MODELOS ESTÉTICOS (CIMEC)	\bar{X} = 28.95 DE= 11.26	\bar{X} = 38.60 DE= 15.19	t = 3.03 p ≤ 0.005
Factores del CIMEC			
I.- MALESTAR POR LA IMAGEN CORPORAL	\bar{X} = 5.15 DE= 3.12	\bar{X} = 7.17 DE= 3.70	t = 2.46 p ≤ 0.01
II.- INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD	\bar{X} = 3.41 DE= 3.04	\bar{X} = 6.04 DE= 4.50	t = 2.68 p ≤ 0.01
III.- INFLUENCIA DE LOS MENSAJES VERBALES	\bar{X} = 1.98 DE= 1.52	\bar{X} = 2.89 DE= 1.81	t = 2.27 p ≤ 0.05
IV.- INFLUENCIA DE MODELOS SOCIALES	\bar{X} = 4.02 DE= 1.23	\bar{X} = 4.53 DE= 1.62	t = 1.49 p = 0.14
V.- INFLUENCIA DE SITUACIONES SOCIALES	\bar{X} = 2.85 DE= 1.04	\bar{X} = 3.92 DE= 1.18	t = 3.99 p ≤ 0.001
\bar{X} = Promedio DE = Desviación estándar			

En lo referente a la influencia de la publicidad, las investigaciones en México que han utilizado el cuestionario CIMEC, han destacado su relación con mayor sintomatología de trastorno alimentario en muestras comunitarias, no siendo el caso de la influencia social —amigos y/o familia—, donde no existe tanta relevancia (López y Álvarez, 1998; Román, Mancilla, Álvarez y López, 1998). Mientras que en estudios realizados en otros países con muestras clínicas, sólo la influencia de la publicidad ha demostrado ser un aspecto que diferencia al grupo con trastorno alimentario del grupo control (Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich, 1998; Vázquez y Raich, 1997; Vázquez y Raich, 1998).

Por tanto, la influencia del entorno social parece ser más relevante para la presencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza, lo cual coincide con estudios recientes en este tipo de población (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000), y

debiera ser elemento primordial no sólo en el tratamiento, sino también para la formulación de programas preventivos en esta población.

Con respecto al cuestionario de insatisfacción corporal BSQ, se observa que la puntuación del grupo con trastorno alimentario fue significativamente más alta que la del grupo control. No obstante, en ninguno de los grupos se supera el punto de corte para este instrumento (≥ 105), por lo que, a diferencia de la población comunitaria, la insatisfacción corporal en las estudiantes danza con trastorno alimentario no fue tan elevada, a pesar del gran deseo de estar más delgadas.

4. FACTORES COGNITIVO-CONDUCTUALES

En lo que concierne a los factores cognitivo-conductuales, el estudio de Neumarke, Bettle, Neumarker y Bettle (2000) señala diferencias significativas entre las mujeres bailarinas y las controles en 5 subescalas del inventario de trastornos alimentarios (EDI): motivación para adelgazar, bulimia, identificación de la interocepción, ineffectividad y perfeccionismo. Asimismo detectaron diferencias entre hombres bailarines y los controles en la subescala de ineffectividad de este instrumento.

Al respecto Montanari y Zietkiewicz (2000) argumentan que:

- La preocupación por el peso y el seguimiento de dietas (motivación para adelgazar), así como el perfeccionismo es más acentuado en bailarinas jóvenes que en otras adolescentes.
- Las bailarinas son parecidas a las mujeres diagnosticadas con trastorno alimentario en 6 de las 9 subescalas del EDI: motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a madurar e identificación de la interocepción.
- Las bailarinas se asemejan a las anoréxicas en el miedo a madurar, insatisfacción corporal y en la presencia de conductas bulímicas.
- Al comparar a bailarinas con bulímicas se observan diferencias significativas en la motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, desconfianza interpersonal, miedo a madurar e identificación de la interocepción.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, los aspectos cognitivos que se presentan como relevantes porque mostraron diferencias entre las estudiantes de danza diagnosticadas con trastorno alimentario y las que no lo presentaron fueron: mayor motivación para adelgazar; insatisfacción corporal; miedo a madurar y sentimientos de ineffectividad. Mientras que a nivel conductual se observó un mayor número de conductas asociadas a la bulimia y a la dificultad para mantener relaciones interpersonales (ver cuadro 6).

Cuadro 6

Comparación entre grupos a través de la prueba "t" de Student, en cada una de las subescalas del inventario de trastornos alimentario (EDI)

SUBESCALAS DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)	GRUPO SIN TRASTORNO (CONTROL)	GRUPO CON TRASTORNO	VALOR DE LA PRUEBA DE STUDENT
1. Miedo a madurar	\bar{x} = 7.59 DE = 5.26	\bar{x} = 13.26 DE = 5.72	t=4.21 p<0.001
2. Insatisfacción corporal	\bar{x} = 4.78 DE = 4.81	\bar{x} = 9.52 DE = 6.34	t=3.50 p<0.001
3. Bulimia	\bar{x} = 0.27 DE = 0.77	\bar{x} = 1.19 DE = 0.40	t=2.56 p<0.05
4. Motivación para adelgazar	\bar{x} = 2.88 DE = 3.70	\bar{x} = 6.26 DE = 4.25	t=3.47 p<0.001
5. Identificación de la Interocepción	\bar{x} = 2.61 DE = 2.83	\bar{x} = 4.26 DE = 4.91	t=-1.58 p=0.084
6. Ineffectividad	\bar{x} = 3.05 DE = 2.01	\bar{x} = 4.19 DE = 2.13	t=2.23 p<0.05
7. Perfeccionismo	\bar{x} = 7.63 DE = 3.64	\bar{x} = 8.48 DE = 3.19	t=0.99 p=0.33
8. Desconfianza interpersonal	\bar{x} = 3.12 DE = 2.69	\bar{x} = 5.26 DE = 4.18	t=2.57 p<0.05
Media (\bar{x}) y desviación estándar (DE)			

Cabe destacar que en las subescalas de identificación de la interocepción y perfeccionismo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo cual contrasta

con los hallazgos de Neumarke, Bettle, Neumarker y Bettle (2000), que señalan diferencias entre las bailarinas y las controles en dichas subescalas. Sin embargo esto podría deberse a características de la población mexicana, debido a que en otros estudios con el EDI en muestras comunitarias de adolescentes mexicanas tampoco se han encontrado diferencias en estos factores (Álvarez, Franco, Mancilla, Alvarez, y López 2000; Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000), por lo que estudios transculturales podrían brindar mayor información al respecto.

Entre los factores cognitivos destacan por sus diferencias entre los grupos, el miedo a madurar, la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal.

1) *Miedo a madurar*: las demandas que exige la vida adulta parecen visualizarse con mucho temor por el grupo con psicopatología alimentaria, el puntaje obtenido por este grupo es considerablemente mayor al obtenido en población mexicana con sintomatología de trastorno alimentario (Mancilla y cols. 1998). Es claro que en el ambiente de la danza el desarrollo biológico normal es visto con recelo por los cambios corporales que contiene, esto va aunado a la evaluación de su preparación en la técnica, que puede ser más estresante cuando hay que decidir entre dedicarse a la danza, o a la enseñanza de ésta. Además, como señalan Montanari y Zietkiewicz (2000), la pérdida de masa y grasa corporal permite a las bailarinas de ballet retornar de alguna manera a la etapa prepuberal.

2) *Insatisfacción corporal*: la inconformidad con su aspecto físico es algo característico en los trastornos de la alimentación, así mismo en las estudiantes de danza parece sorprendente e interesante esta autovaloración, más aún porque la insatisfacción corporal es producto del deseo de estar más delgadas o tener menor volumen en algunas partes del cuerpo —de acuerdo con los indicadores antropométricos la cintura parece una zona especialmente ansiógena—. Sin embargo pese a encontrar una distorsión en algunas partes del cuerpo —espalda y cintura—, y que los datos coincidan con otros estudios (Ocampo, López, Álvarez y Mancilla, 1999; Unikel y Gómez, 1996), los resultados del cuestionario BSQ señalan que la insatisfacción corporal no es tan relevante como en población comunitaria con trastorno alimentario, debido a que no se rebasa el punto de corte de este instrumento.

3) *Motivación para adelgazar*: la preocupación por la dieta y el peso es común en todas las personas que presentan un trastorno alimentario, sin embargo fue una constante en todas las estudiantes de danza, por lo que parece indispensable investigar su asociación con otras variables y los niveles que puede alcanzar para que tome un carácter patológico en esta población.

Si agrupamos a las participantes de acuerdo al diagnóstico realizado con la entrevista IDED, encontramos que las estudiantes de danza diagnosticadas con anorexia nerviosa presentan puntuaciones más altas en las subescalas de miedo a madurar y desconfianza interpersonal del inventario de trastornos alimentarios (EDI). A diferencia de las estudiantes de danza diagnosticadas con bulimia nerviosa y con trastorno de la alimentación no especificado (TANE), quienes presentaron mayor motivación para adelgazar e insatisfacción corporal (ver cuadro 7). Lo anterior refuerza lo encontrado por Montanari y Zietkiewicz (2000), en cuanto a que las anoréxicas son parecidas a las bailarinas en el miedo a madurar, en tanto que las bulímicas son semejantes en la subescala de insatisfacción corporal.

Cuadro 7

Media (\bar{X}) y desviación estándar (DE) de las participantes de acuerdo a la entrevista IDED y el inventario de trastornos alimentarios (EDI).

SUBESCALAS EDI	GRUPO SIN TRASTORNO	GRUPO DE ANOREXIA	GRUPO DE BULIMIA	GRUPO DE TANE
1. Miedo a madurar	$\bar{X} = 7.58$ DE= 0.82	$\bar{X} = 14.23$ DE= 1.56	$\bar{X} = 16.0$ DE= 5.03	$\bar{X} = 11.36$ DE= 1.48
2. Insatisfacción corporal	$\bar{X} = 4.78$ DE= 0.75	$\bar{X} = 7.77$ DE=1.41	$\bar{X} = 14.33$ DE=6.33	$\bar{X} = 10.27$ DE= 1.86
3. Bulimia	$\bar{X} = 0.26$ DE= 0.12	$\bar{X} = 0.53$ DE= 1.66	$\bar{X} = 4.33$ DE= 2.18	$\bar{X} = 1.09$ DE= 0.39
4. Motivación por adelgazar	$\bar{X} = 2.87$ DE= 0.58	$\bar{X} = 5.15$ DE= 0.93	$\bar{X} = 9.67$ DE= 4.41	$\bar{X} = 6.64$ DE= 1.22
5. Identificación de la interocepción	$\bar{X} = 2.61$ DE= 0.44	$\bar{X} = 4.92$ DE= 1.4	$\bar{X} = 8.33$ DE= 4.63	$\bar{X} = 2.36$ DE= 0.78
6. Inefectividad	$\bar{X} = 3.04$ DE= 0.31	$\bar{X} = 4.31$ DE= 0.65	$\bar{X} = 6.0$ DE= 1.53	$\bar{X} = 3.54$ DE= 0.45
7. Perfeccionismo	$\bar{X} = 7.63$ DE= 0.57	$\bar{X} = 7.77$ DE= 0.82	$\bar{X} = 13.0$ DE= 0.57	$\bar{X} = 8.09$ DE= 0.89
8. Desconfianza interpersonal	$\bar{X} = 3.12$ DE= 0.42	$\bar{X} = 6.77$ DE= 1.20	$\bar{X} = 4.33$ DE= 3.84	$\bar{X} = 3.72$ DE= 0.86

Al correlacionar las subescalas del inventario EDI con el índice de masa corporal (IMC), podemos ver que sólo fue relevante la asociación entre mayor IMC y mayor sintomatología de bulimia y motivación para adelgazar (ver cuadro 8). Este dato marca la importancia del trabajo de intervención con las estudiantes de danza con IMC más altos, ya que tendrán mayor riesgo de presentar conductas inapropiadas para el control de peso, lo cual se confirma por su mayor motivación para adelgazar, aspectos que se han señalado en los indicadores antropométricos.

Cuadro 8

Correlaciones entre las subescalas del inventario de trastornos alimentarios (EDI) y el índice de masa corporal (IMC).

SUBESCALAS DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
1. Miedo a madurar	r= -0.14 p= 0.25
2. Insatisfacción corporal	r= 0.21 p= 0.089
3. Bulimia	r= 0.40 p<0.001
4. Motivación por adelgazar	r= 0.29 p<0.05
5. Identificación de la interocepción	r= -0.02 p= 0.87
6. Inefectividad	r= -0.13 p= 0.30
7. Perfeccionismo	r= 0.07 p= 0.57
8. Desconfianza interpersonal	r= - 0.37 p<0.01

5. EDAD Y TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA

Con la finalidad de ver la importancia de la edad y el tiempo de estudiar danza, se realizó una matriz de correlaciones entre estas dos variables y las puntuaciones totales de los cuestionarios utilizados en la presente investigación. Dicha información puede observarse en el cuadro 8. Los resultados señalan que la edad se

asocia de manera importante y positivamente con la influencia de los modelos de estéticos corporales (CIMEC), con la insatisfacción corporal (BSQ) y la presencia de sintomatología bulímica (BULIT). Mientras que el tiempo de estudiar danza sólo se asoció significativamente con la influencia del modelo estético corporal, siendo el estadístico poco relevante para predecir. Cabe señalar que la sintomatología de trastorno alimentario (EAT-40) no tuvo correlaciones significativas con ninguna de las dos variables analizadas.

Cuadro 8

Matriz de correlaciones entre las variables edad y tiempo de estudiar danza con cada una de las puntuaciones totales de los instrumentos (CIMEC, BSQ, EAT-40 y BULIT) y las subescalas del cuestionario EDI.

	TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA	EDAD
Total CIMEC	r= 0.27 p<0.05	r=0.64 p<0.0001
Total BSQ	r= 0.15 p= 0.20	r= 0.56 p<0.0001
Total EAT-40	r= 0.04 p= 0.74	r= 0.03 p= 0.82
Total BULIT	r=0.13 p= 0.26	r=0.50 p<0.0001
SUBESCALAS DEL INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EDI)		
1.Miedo a madurar	r= - 0.25 p<0.05	r = 0.23 p=0.64
2. Insatisfacción corporal	r= -0.03 p=0.79	r = 0.19 p=0.12
3. Bulimia	r= 0.13 p=0.30	r= 0.40 p<0.0001
4. Motivación por adelgazar	r= 0.07 p=0.55	r= 0.23 p=0.63
5. Identificación de la interocepción	r= 0.07 p=57	r= -0.05 p=0.71
6. Inefectividad	r= -0.17 p=0.19	r= -0.19 p=0.12
7. Perfeccionismo	r= 0.20 P=0.09	r= 0.19 p=0.13
8. Desconfianza interpersonal	r= - 0.26 p<0.05	r= - 0.45 p<0.0001

La preocupación por que un mayor tiempo de estudio de la Danza vaya acompañado con métodos inadecuados de control de peso y se desarrolle un trastorno alimentario como alternativa para lograr la figura exigida para la bailarina es ya señalada desde hace dos décadas por Garner y Garfinkel (1980); sin embargo, actualmente esto reviste importancia dada la necesidad de conocer con qué variables de riesgo está relacionada. Por ello, el *tiempo de estudio de danza* y la *edad* merecieron especial atención en el presente estudio. Los resultados señalan que la edad tiene una fuerte relación positiva con mayor insatisfacción corporal, mayor asimilación de modelos estéticos de "delgadez" y mayor presencia de conductas purgativas, lo cual señala que la *Edad*, más que el *tiempo de estudio de danza* es indicador de riesgo del trastorno alimentario. Al parecer, los cambios en el desarrollo se presentan amenazantes para las jóvenes estudiantes de danza, lo cual puede observarse también en el EDI, donde el grupo con trastorno alimentario presentó significativamente mayor miedo a madurar. Esto podría deberse al miedo a ganar peso corporal ante los cambios naturales que supone el desarrollo, ya que el reducir peso corporal es un deseo generalizado en todas las participantes. Lo anterior permite señalar la importancia que merece abordar adecuada y claramente los cambios del desarrollo por parte de profesores y personal de diferentes disciplinas que laboran en las instituciones donde se estudia Danza.

Otro dato importante que señala el presente estudio es la relación negativa entre la variable tiempo de estudiar danza y las subescalas de miedo a madurar y desconfianza interpersonal del inventario de trastornos alimentarios (EDI), de manera que a menos años de estudiar danza mayor miedo a enfrentar las demandas que exige la vida adulta y más desconfianza para establecer relaciones interpersonales duraderas.

El miedo a madurar fue mayor en las estudiantes más jóvenes. Aunado a ello, se observa que este factor fue relevante en el grupo con trastorno alimentario, específicamente en las anoréxicas, lo cual sugiere que es un aspecto que debe ser estudiado, porque podría ser un factor etiológico de los trastornos alimentarios en este tipo de población.

Por otro lado, como era de esperarse la motivación para adelgazar y la insatisfacción corporal están significativamente más presentes en el grupo con trastorno alimentario, aspectos centrales en el diagnóstico de la psicopatología alimentaria. La presencia de estos síntomas aunados con conductas alimentarias anómalas, o conductas compensatorias como el vómito o exceso de ejercicio —subescala de bulimia—, pueden señalarnos la presencia de trastorno alimentario o un alto riesgo de padecerlo, lo cual fue más frecuente en las estudiantes de mayor edad, las que tenían un mayor índice de masa corporal, o predominio de grasa corporal en la parte superior del cuerpo. Asimismo, una mayor dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas fue más frecuente en estudiantes danza con un índice de masa corporal bajo, que incluye a las estudiantes diagnosticadas con anorexia nerviosa.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, S. (1996a): "Characteristics of eating disorders among young ballet dancers", en *Psychopathology*, 29(4), 223-229.
- ABRAHAM, S. (1996b): "Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers", en *Psychopathology*, 29(4), 218-222.
- ÁLVAREZ, T. D.; FRANCO, P. K.; MANCILLA, D. J. M.; ÁLVAREZ, R. G. y LÓPEZ, A. X. (2000): "Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios", en *Revista Psicología Contemporánea*, 7 (1), 26-35.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4rd ed.) Washington, Copyright American Psychiatric Association.
- BAZ, M. (1996): *Metáforas del cuerpo: Un estudio sobre la mujer y la danza*. México, UNAM, UAM y Porrúa.
- CASILLAS, L. E. y VARGAS, L. A. (1993): "La distribución de la grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud", en *Cuadernos de Nutrición*, 16 (6), 7-15.
- CASTRO, J.; TORO, J.; SALAMERO, M. y GUIMERA, E. (1991): "The eating attitudes test: Validation of the spanish version", en *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- COHEN-TOVÉE, E. M. (1993): "Depressed mood and concern with weight shape in normal young woman", en *International Journal of Eating Disorders*, 14 (2), 223-227.
- COOPER, P. J., TYLOR, M., COOPER, Z. y FAIBURN, C. G. (1987): "The development and validation of the Body Shape Questionnaire", en *The Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494.
- DAVIS, C. (1992): "Body image, dieting behaviors, and personality factors in the development of anorexia nervosa", en *Psychological Medicine*, 10 (4), 647-656.
- FAIRBURN, C. y BEGLIN, S. (1990): "Studies of the epidemiology of bulimia nervosa", en *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
- FAULHABER, J. (1989): *Somatometría de la adolescencia*. México, UNAM.
- FAULHABER, J. y SÁENZ, M. E. (1994): *Terminando de crecer. Antropometría de subadultos*. México, IIA-UNAM.
- FRISANCHO, A. R. (1990): *Anthropometric Standards for the Assessment of growth and nutritional status*. Ann Arbor, The University of Michigan Press.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E. (1979): "The eating attitudes test an index of the symptoms of anorexia nervosa", en *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E. (1980): "Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa", en "Psychological Medicine", 10, (4), 647-656.
- GARNER, D. M. y GARFINKEL, P. E. (1982): "Body image in anorexia nervosa measurement, theory and clinical implications", en *International Journal of Psychiatric Medicine*, 11, 263-284.
- GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E.; ROCKERT, W. y OLMSTED, M. P. (1987): "A prospective study of eating disturbances in the ballet", en *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48 (1-4), 170-175.
- GARNER, M., OLMSTED, M. y POLIVY, I. (1983): "Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa and bulimia", en *International Journal Eating Disorders*, 2, 15-34.
- GÓMEZ, G. (1995): "Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa", en *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
- GUIMERÁ, Q. y TORRUBIA, B. (1987): "Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas", en *Anales de Psiquiatría*, 3, 185-190.
- HAMILTON, L. H.; BROOKS-GUNN, J.; WARREN, M. P. y HAMILTON, W. G. (1988): "The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers", en *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 20 (6), 560-565.
- HAMILTON, L. H.; HAMILTON, W.G.; MELTZER, J. D.; MARSHALL, P. y MOLINAR, M. (1989): "Personality, stress, and injuries professional ballet dancers", en *American Journal of Sports Medicine*, 17(2), 263-267.
- HARTZ, A. J.; RUPLEY, D. C.; KALKHOFF, R. K. y REMM, A. A. (1983): "Relationship of obesity level and body fat distribution", en *Preventive Medicine*, 12, 751-757.
- HILL, A., OLIVER, S. y ROGERS, P. J. (1992): "Eating in the adult world: The rise dieting in childhood and adolescence's", en *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 95-105.
- HOLDERNESS, C. C., BROOKS-GUNN, J. y WARREN, M. P. (1994): "Eating disorders and substance use: a dancing vs. a nondancing population", en *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26 (3), 297-302.
- KURTZMAN, F. D.; YAGER, J., LANDSVERK, J.; WIESMEIER, E. y BODURKA, D. C. (1989): "Eating disorders among selected female student populations at UCLA", en *Journal of the American Dietetic Association*, 89 (1), 45-53.
- KUTLESIC, V.; WILLIAMSON, D. A.; GLEAVES, D. H.; BARBIN, J. M. y MURPHY-EBERENZ, K. P. (1998): "The interview for the diagnosis of eating disorders-IV: application to DSM-IV diagnostic criteria", en *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- LE GRANGE, D.; TIBBS, J. y NOAKES, T. D. (1994): "Implications of a diagnosis of anorexia nervosa in a ballet school", en *International Journal of Eating Disorder*, 15 (4), 369-376.
- LEVINE, P.M. y SMOLAK, L. (1992): "Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence", en J. H. Crowther, D. L. Tennebaum, S.E. Hobfoll y M.P. Stephens (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa*. New York, Hemisphere Publishing Corporation, (pp. 59-80).
- LÓPEZ, X. y ÁLVAREZ, G. L. (1998). "Análisis de la personalidad e imagen corporal de comedoras compulsivas", en J. M. Mancilla y G. Vilaclara (Eds.): *Cuadernos de investigación interdisciplinaria en ciencias de la salud, la educación y el ambiente*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 1 (43-54).

- MANCILLA, J. M.; ÁLVAREZ, G. L.; LÓPEZ, X.; MERCADO, L.; MANRÍQUEZ, E. y ROMAN, M. (1998): "Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas", en *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 34-43.
- MONTANARI, A. y ZIETKIEWICZ, E. A. (2000): "Adolescent south african ballet dancers", en *South African Journal of Psychology*, 30 (2), 31-42.
- MOORE, D. C. (1988): "Body Image and Eating behavior in adolescent girls", en *American Journal Disorder Childred*, 142 (10), 1114 —1118.
- MORA, M. y RAICH, R. M. (1993): "Adaptació del Bulimia Test y Body Shape Questionnaire en una mostra univertsitaria". Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapía del Comportament i Medicina Conductual en la Práctica Clínica, Barcelona.
- NEUMAERKER, K. J.; BETTLE, N.; BETTLE, O.; DUDECK, U. y NEUMAERKER, U. (1998): "The eating attitudes test: comparative analysis of female and male students at the public ballet school of Berlin", en *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7 (1), 19-23.
- NEUMARKER, K. J.; BETTLE, N.; NEUMARKER, U. y BETTLE, O. (2000): "Age— and gender— related psychological characteristic of adolescent ballet", en *Psychopathology*, 33 (3), 137-142.
- OCAMPO, T-G. T.; LÓPEZ, A. X.; ÁLVAREZ, R. G. y MANCILLA, D. J. M. (1999): "Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin trastorno alimentario", en Peña S. F. y Ramos R. R. (Editores): *Estudios de Antropología Social*, IX, 521-535.
- ROLLS, B. J.; FEDOROFF, I. C. y GUTHRIE, J. F. (1991): "Gender differences in eating behavior and body weight regulation", en *Health Psychology*, 10 (2), 133-142.
- ROMÁN, F.; MANCILLA, J. M.; ÁLVAREZ, G. L. y LÓPEZ, X. (1998): "Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario", en *Revista de Psicología Contemporánea*, 5 (2), 22-29.
- ROSEN, J. C. (1990): *Body image: Development, deviance and changes*. New York, Guilford Press.
- SANDS, R.; TRICKER, J.; SHERMAN, C.; ARMATAS, C. y MASCHETTE, W. (1997): "Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children", en *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2), 159-166.
- SAUCEDO, T. J. y GÓMEZ, G. (1997): "Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en adolescentes mexicanas", en *Acta Pediátrica de México*, 188 (1), 19-27.
- SMITH, M. C. y THELEN, M. H. (1984): "Development and validation of a test bulimia", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (5), 863-872.
- STEIN, D.; MEYED, S.; BAR-HANIN, T.; BLANK, S.; ELIZUR, A. y WEIZMAN, A. (1997): "Partial eating disorders in a community sample of female adolescents", en *Journal of the American Academy of Child de Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1116-1123.
- STRIEGEL-MOORE, R. H. (1993): "Etiology of binge-eating: Developmental perspective", en C. G. Fairburn y W. T. Wilson (eds.): *Binge-eating: Nature, assessment and treatment*, (36-55) New York, Guilford Press.
- STRIEGEL-MOORE, R. H., SILVERSTEIN, L. R. y RODIN, J. (1986): "Toward and understanding of risk factors for bulimia", en *American Psychologist*, 41, 246-263.
- TIGGEMANN, M. (1992): "Body-size dissatisfaction: Individual differences in age and gender and relationship with self-esteem", en *Personality and Individual Differences*, 13, 39-43.
- TIGGEMANN, M.; WINEFIELD, H.; WINEFIELD, A. y GOLDNEY, R. (1994): "Gender differences in the psychological correlates of body-weight in young adults", en *Psychology and Health*, 9, 345-351.
- TORO, J. (1996): *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona, Ariel Ciencia.
- TORO, J.; SALAMERO, M. y MARTÍNEZ, E. (1994): "Assessment of sociocultural influencia on the aesthetic body shape modelo in anorexia nervosa" en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- UNIKEL, S. C. y GÓMEZ, P. G. (1991): "Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indeferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas", en *Psicología Conductual*, 7 (3), 417-426.
- UNIKEL, C. y GÓMEZ, G. (1996): "Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria", en *Psicopatología*, 16 (4), 121-126.
- UNIKEL, C. (1998): "Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales del Ballet". Tesis de Maestría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.
- VAISMAN, N.; VOET, H.; AKIVIS, A. y SIVE-NER, I. (1996): "Weight perception of adolescent dancing school students", en *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, 150 (2), 187-190.
- VARGAS, L.A. y CASILLAS, L. (1993): "Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo", en *Cuadernos de Nutrición*, 16 (5), 34-46.
- VÁZQUEZ, A. R.; ÁLVAREZ, R. G.; MANCILLA, D. J. M. y RAICH, R. M. (1998): "Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario", en *La Psicología Social en México*, México, AMEPSO, Vol. VII (pp. 357-362)
- VÁZQUEZ, A. R. y RAICH, R. (1998): "Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estético corporales en familias con trastornos alimentarios", en *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 59-66.
- VÁZQUEZ, A. R.; LÓPEZ, A. X.; ÁLVAREZ, R. G.; OCAMPO, T-G. T. y MANCILLA, D. J. M. (2000): "Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza", en *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 56-65.
- WARDLE, J. y BEALES, S. (1986): "Restraint, body image and food attitudes in children from 12 to 18 years", en *Appetite*, 7, 209-217.

WARDLE, J. y MARSLAND, J. (1990): "Adolescent concerns about weight and eating: A social developmental perspective", en *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 377-391.

WEEDA-MANNAK, W. L. y DROP, M. J. (1985): "The discriminate value of psychological characteristics in anorexia nervosa. Clinical and psychometric comparison between anorexia nervosa patients, ballet dancers and controls", en *Journal Psychiatric Research*, 19 (2-3). 285-290.

WELCH, T. M.; NIDIFFER, M.; ZAGER, K. y LEYERLA, R. (1992): "Attributes and perceived body image of students seeking nutrition counseling a university wellness program", en *Journal of the American Dietetic Assocation*, 92 (5), 609-612.

WISEMAN, C. V.; GRAY, J. J.; MOSIMANN, J. E. y AHRENS, A. H. (1992): "Cultural expectations of thinness in woman and update", en *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85-89.

YATES, A. (1991): *Compulsive exercisa and the eating disorders*. Nueva York, Brunner/Maze.