



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS - IZTACALA

INFLUENCIA SOCIAL E INSATISFACCION CORPORAL
RELACIONADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS
EN ESTUDIANTES DE DANZA

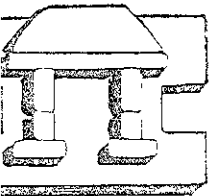
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LOPEZ CORDERO RAQUEL

DIRECTOR

DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO

SINODALES: DR JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
LIC XOCHITL LOPEZ AGUILAR



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO DE MEX

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la Consejo Nacional de
Ciencia y Tecnología (CONACYT J27830-H).

ÍNDICE.

Resumen	1
Introducción	2
1. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria.	
1. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria	5
1.1. Etiología de la Anorexia Nerviosa	12
1.2. Diagnóstico de la Anorexia Nerviosa	13
1.3. Etiopatogenia de la Anorexia Nerviosa	14
1.1.1. Historia de la Bulimia Nerviosa	16
1.1.2. Etiología de la Bulimia Nerviosa	17
1.1.3. Diagnóstico de la Bulimia Nerviosa	18
1.1.4. Etiopatogenia de la Bulimia Nerviosa	20
2. Cuerpo y Sociedad.	
2. El cuerpo como símbolo de poder y salud	22
2.1. Influencias culturales en los modelos estéticos	24
2.2. Imagen Corporal	27
3. Trastornos Alimentarios y Danza.	
3. Historia de la Danza	33
3.1. Trastornos alimentarios en la danza	36
4. Objetivos.	42
5. Método.	43
6. Métodos estadísticos.	49
7. Resultados.	51
8. Discusión.	78
9. Conclusiones.	89
10. Referencias.	92

RESUMEN.

Se ha observado que las estudiantes de danza, se preocupan considerablemente por su peso y su figura corporal, así como por el deseo de adquirir un ideal de delgadez, sinónimo de disciplina y de máxima ejecución, el cual conlleva a la practica de conductas alimentarias anómalas, similares a las señaladas en pacientes con trastorno alimentario.

El objetivo de la presente investigación fue evaluar las características socioculturales y la insatisfacción corporal relacionadas a la Anorexia y Bulimia Nerviosa, así como trastornos alimentarios subclínicos, en 68 estudiantes mexicanas de danza, para lo cual se aplicaron cuatro cuestionarios que permitieron evaluar la influencia por el modelo estético corporal (CIMEC), la insatisfacción corporal (BSQ) y la sintomatología de trastornos alimentarios (EAT y BULIT), cabe señalar que a todas las participantes se les hizo una entrevista de diagnóstico (I.D.E.D.) y se les tomaron sus medidas antropométricas, obteniendo así los índices de Masa corporal (IMC), Cintura-Cadera (ICC) y Percepción Corporal (IPC).

Los resultados indicaron una alta incidencia de trastornos alimentarios en las estudiantes de danza, de las cuales el 19.1% presentó Anorexia Nerviosa y un 4.4.% Bulimia Nerviosa, todas las participantes se situaron en el rango de bajo peso corporal, de acuerdo al IMC -el cual puede ser utilizado como un instrumento de tamizaje-. A través de las medidas antropométricas se observó que el perímetro más ansiógeno entre las estudiantes fue la cintura, también se apreció, de acuerdo al IPC, que el grupo con Anorexia Nerviosa presentó mayor alteración en su percepción corporal.

La edad fue más relevante que el tiempo de estudiar danza, de tal forma que las estudiantes de mayor edad presentaron mayor sintomatología de Bulimia. Los factores asociados a los trastornos alimentarios fueron la práctica de dietas restrictivas y motivación para adelgazar, mayor malestar por la imagen corporal, así como mayor sensibilidad a la influencia de los medios publicitarios.

La insatisfacción corporal no fue una constante en la población estudiada, sin embargo cuando se presentó se asoció con sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y frecuencia de dietas.

INTRODUCCIÓN.

La alimentación está cimentada en un requerimiento fisiológico, por ello se hace necesario distinguir los conceptos de alimentación y nutrición, que con frecuencia son usados como sinónimos. La alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, ésta se encuentra regulada por aspectos como: la cultura, la economía, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de elementos químicos que realiza el organismo con dichos insumos. A nivel fisiológico el proceso de nutrición es semejante entre un individuo y otro, no así el proceso de alimentación que adopta diferentes formas y estilos de un país a otro, de una familia a otra e incluso entre un miembro y otro de una misma familia (Higashida, 1991 cit. en Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

El ser humano es una identidad social y por consiguiente, su forma de alimentación también lo es, de modo tal que el vínculo que establezca un individuo con los alimentos, así como la noción de salud y bienestar, estará necesariamente mediada por las estructuras y medios socializantes en los cuales está inmerso. En la actualidad, por ejemplo adquiere más relevancia la cantidad de alimentos que se ingieren que la calidad de éstos, lo cual está relacionado a conseguir una figura corporal de "delgadez", aún cuando se tenga que recurrir a prácticas inapropiadas en la alimentación, las cuales pueden incidir en el desarrollo de trastornos alimentarios, siendo los más frecuentes la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa.

A través de las investigaciones se han identificado factores que predisponen la aparición de los trastornos alimentarios, como el introyectar un ideal de delgadez, el cual, en los últimos años se ha reforzado a través de los medios de comunicación, presentando al cuerpo como un organismo que debe ser sometido y controlado con el

propósito de adquirir una figura, sinónimo de triunfo, salud, admiración y belleza, es decir extremadamente delgada (Toro,1996)

Se ha observado una persecución mayor de este ideal corporal en actividades u ocupaciones que giran alrededor del cuerpo, como lo es la danza, disciplina en la cual los logros son valorados a través de la constancia y el buen desempeño, sin tomar en cuenta los requisitos que se demandan, como figura corporal extremadamente delgada -la cual puede conllevar insatisfacción por la imagen corporal-, pensamientos sobregeneralizados -en cuanto a la alimentación y el peso-, así como sentimientos de ineficacia -dadas las altas metas planteadas-, más aún cuando se vive en la etapa de la adolescencia, donde las estudiantes se encuentran más centradas en la valoración y atención de su figura corporal, además de tener una mayor susceptibilidad por la influencia de los modelos sociales (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000, Unikel y Gómez, 1996).

Parte de esta influencia por adquirir el modelo estético de delgadez, está dado por el ambiente escolar, en donde los entrenadores motivan a las estudiantes de danza a mantener una delgadez corporal, sinónimo de máxima ejecución, aún cuando se tenga que recurrir a la práctica de conductas alimentarias inapropiadas y similares a las señales en pacientes con trastorno alimentario (Abraham, 1996a; Unikel y Gómez,1996).

Por lo que el objetivo de la presente investigación consistió en evaluar las características socioculturales y la insatisfacción corporal relacionadas a la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, así como trastornos alimentarios no especificados, en estudiantes mexicanas de danza

Por lo que primeramente se señalan los antecedentes de la Anorexia y Bulimia Nerviosa, además de presentar los conceptos y los factores de riesgo en los trastornos alimentarios específicos y no

especificados (T.A.N.E.), así como los criterios que permiten diagnosticarlos, los cuales son señalados a través del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A continuación se describe de manera general como a través de la historia, la sociedad influye en el modelo y la imagen corporal, posteriormente se presenta una breve histórica de la danza y diferentes investigaciones de esta disciplina en su relación con los trastornos alimentarios. Finalmente se presentan los resultados derivados de la presente investigación.

CAPITULO 1.

HISTORIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

La historia de los trastornos alimentarios se encuentra en los antecedentes de la Anorexia Nerviosa, en donde investigadores como Guillemont y Laxanaire (1994), detectan tres momentos históricos importantes: los ayunos practicados a Dios, las doncellas milagrosas y el comienzo de un estudio científico, a través de una serie de testimonios y autobiografías:

1.-LOS AYUNOS PRACTICADOS A DIOS.

La literatura teológica revela que la alimentación estaba relacionada al ser humano en un acto de humildad, pureza y castidad, con el fin de poder recibir un beneficio divino. Como ejemplo tenemos que durante los años 700 - 1000 a. C. reyes de países como Portugal y Hungría decidieron dedicar la vida de sus hijas a Dios, entregándolas a una completa austeridad, privando su cuerpo del sueño y del alimento, lo cual provocó la aparición de caracteres sexuales secundarios como bigote, vello en la piel, sentir repulsión por los alimentos y tener un periodo de vida no mayor a los 28 años. Estos sacrificios no sólo eran ofrecidos por mujeres, la literatura refiere que un grupo de hombres también decidió sacrificar su cuerpo a la voluntad de Dios, como ejemplo se señala que los llamados "padres del desierto" a principios del siglo IV, se retiraron a los desiertos de Egipto y Palestina para dedicarse a una severa ascesis, algunos suprimían un determinado alimento como la carne y el vino, no obstante la gran mayoría dejaba de comer por completo durante periodos más o menos prolongados (Escobar, 1982).

Se debe recordar que la sociedad en ese tiempo se desarrollaba bajo los deberes políticos-religiosos donde la fe, el cumplimiento de la doctrina y los sacrificios ayudaban a buscar un bienestar moral y físico en cada pueblo o persona, por lo que el ayuno se constituyó en una de las prácticas religiosas más utilizadas como sacrificio, con el propósito de recibir un milagro, sanar una enfermedad, resolver un problema o traer bendiciones de Dios sobre una familia, una aldea o un pueblo. Sin embargo muchos de estos sacrificios personales terminaban constituyéndose en castigos para el propio cuerpo llevando a este a la muerte. Este sacrificio en un principio no era de índole común al pueblo sino a un pequeño grupo de personas de alta posición económica como la corte real, cobradores de impuestos, damas y caballeros del Rey y la Reina.

Al paso del tiempo esta restricción alimentaria se constituyó en un deber religioso, extendiéndose así a todas las clases sociales al considerar que los ayunos eran milagrosos y en consecuencia signos de la presencia de Dios (Morton, 1986). Durante los siglos XVI al XIX un grupo de mujeres jóvenes restringieron su alimentación al pensar que la mujer que practicara tal deber traería buena suerte al hogar y a la población donde vivía, dando origen así al segundo momento histórico.

2.LAS DONCELLAS MILAGROSAS.

El ayuno desprendía una aureola de santidad y bienestar social, por lo que la devoción que esto suscitaba, acrecentaba el comportamiento de las jóvenes a las que nunca les faltaba la ayuda económica o material. La mayoría de estas jóvenes eran adolescentes, Jane Blan de 14 años fue una de las doncellas milagrosas, por lo que su padre el Rey Enrique IV pidió a un médico la observara, su descripción fue "la parte inferior del vientre es sumamente delgada y se hunde en ella (en la muchacha) y cae por los costados y se prolonga

así hasta su ombligo no quedando nada en el vientre que antes poseía ". p.49... (Brumberg, 1988, cit. en Toro, 1996)".

Observaciones como la de este médico conllevaron a estudiar científicamente y a preguntar religiosamente ¿qué era lo que pasaba por las mentes de estas jóvenes? Al dejar que sus cuerpos quedarán en condiciones sumamente extremas (inanes) Esta interrogante dió lugar a que las ayunadoras pasaran a ser perseguidas al pensar que era Satán y no Dios quién las motivaba a hacer tal actividad, por lo que se verificó que su cuerpo correspondiera con su estatura, además de argumentar las causas de su delgadez, sólo así el caso era considerado como una enfermedad y no una posesión demoniaca. Estos acontecimientos permitieron que varias órdenes monásticas se opusieran a los ayunos drásticos al considerar que los ayunadores eran incapaces de prestar sus servicios a la comunidad. Sin embargo fue a partir de las normas dictadas por el papa Benedicto XIV, como los ayunos pasaron a segundo término, al mismo tiempo el número de canonizaciones disminuyó por lo que se cree que hubo una pérdida de interés por alcanzar la santidad, esto trajo como consecuencia la reducción de estas prácticas alimentarias (Vandereycken y Deth, 1994).

En cuanto a las investigaciones científicas, la observación directa y la descripción de los casos, desarrollaron fuertes motivos para que los médicos buscaran una interpretación de esta conducta, por lo que los métodos de observación fueron más sistemáticos así como la descripción de los casos, sin dejar de tomar en cuenta el contexto familiar y los posibles antecedentes que provocaban que las adolescentes restringieran drásticamente su alimentación, además de formar equipos de trabajo en donde los observadores fueran más de dos. Este desarrollo científico permitió detectar un segundo grupo de mujeres ayunadoras cuyo objetivo era comercializar con su imagen de santidad. Tal es el caso de Ann More que en siglo XIX, extendió su fama través de los ayunos, por lo que se organizó una investigación

oficial por un mes en donde era controlada y observada por tres investigadores, los cuales encontraron después de diez días orina en las ropas de la cama y un pañuelo empapado de vinagre y agua. Finalmente todo se descubrió, Ann no sobrevivía por el aliento de Dios (afirmación que ella misma divulgó llenándola de múltiples beneficios), sino que la hija de Ann la había alimentado transmitiéndole los pañuelos empapados y trozos de comida a través de sus besos.

Este ejemplo engloba numerosos casos de mujeres que por la influencia cultural que en ese momento se vivía al poder creer y ver la presencia de Dios en la vida de las personas, desarrolló un modelo social el cual fue descubierto por médicos, científicos e investigadores que buscaron similitudes físicas y emocionales entre las personas que presentaban estas conductas, dando así inicio al último periodo.

3. COMIENZO DE UN ESTUDIO CIENTIFICO.

A mediados del siglo XIX un grupo de médicos dedicó su tiempo a la investigación, motivados por estas prácticas observaron de forma directa y detectaron que los síntomas en las jóvenes ayunadoras eran comunes: falta de apetito y rechazo al alimento, trayendo como consecuencia desnutrición y amenorrea. Síntomas que posteriormente encontramos en el de diagnóstico del DSM-IV (Trastorno Alimentario).

El estudio de la Anorexia Nerviosa se ve considerado hasta 1868, en un encuentro de la asociación británica de medicina en Oxford, donde Gull habló de una enfermedad que en su mayoría ocurría en mujeres jóvenes, cuyas edades comprendía entre los 15 y los 23 años; esta enfermedad se caracterizaba por la demacración extrema, debida a un tubérculo latente, por ello propuso llamarla "Apepsia Histérica", al considerar que el origen de esta condición estaba en ciertos estados mentales que eran capaz de destruir el apetito, además de admitir que

las mujeres jóvenes eran susceptibles de adquirir esta enfermedad (Thompson, 1991).

Las aportaciones de Gull en 1888, permitieron reconocer que el origen del trastorno alimentario se encontraba en la forma de pensar de estas mujeres, al señalar la importancia de un estado mental mórbido, con lo cual Gull anticipaba que la base de la enfermedad era psicológica. No obstante muchos de los investigadores principalmente médicos no compartieron la misma idea, por lo que sus aportaciones pasaron a formar parte de numerosas hipótesis que buscan dar origen a una enfermedad desconocida, a la que se le dió posteriormente el nombre de Anorexia Nerviosa, que significa dejar de comer hasta la inanición.

En 1873, a partir de sus observaciones Laségue refiere "Anorexia Histórica" en jóvenes de 15 a 20 años de edad, la cual se desarrollaba en tres fases: iniciaba con dolores gástricos justificando así la restricción alimentaria, sin embargo estos persistían aún cuando la paciente decía encontrarse bien. Posteriormente la conducta anormal era justificada por un buen estado de salud ya que los dolores desaparecían al dejar de comer, a lo que retribuyó: Fase moral Finalmente la 3ª Fase fue denominada caquexia.

A través de sus múltiples observaciones Laségue determinó que la enfermedad se encontraba en múltiples conflictos intra-familiares, algunos abiertos y otros encubiertos; considerando que en ese momento histórico sólo lo observable y cuantificable podía ser tratado Laségue buscó a través de toda justificación médica dar una explicación de esta enfermedad, sus observaciones permitieron sistematizar la conducta y los pensamientos de estas pacientes. Además de desarrollar un tratamiento

Aún cuando Gull y Lasségue investigaban en diferentes países, sus aportaciones coincidían, aunque cada uno determinaba un origen diferente, ya que para Gull el origen se encontraba en la forma de pensar de las Jóvenes, la cual no se encontraba asociada a la histeria, por lo que la llamó Anorexia Nerviosa; por su parte Lasségue determinaba que el origen se encontraba en el contexto familiar y social que rodeaba a la joven denominándola Anorexia Histórica

Las hipótesis médicas difícilmente podían ser descartadas, por lo que a través de su historia la Anorexia Nerviosa adquirió varios nombres, dependiendo del origen al que se le adjudicaba, por ejemplo, en 1914, Simmonds reportó una glándula pituitaria destruida en una mujer que murió de extenuación; así la Anorexia Nerviosa fue diagnosticada en muchos casos, como la enfermedad de Simmonds (Brownell y Foreyt, 1986).

Las aportaciones de Gull, Lasségue, Dejerine y Gaucker permitieron a través del desarrollo científico, encontrar múltiples factores asociados a la enfermedad, separándola así de otras enfermedades. Para 1940 la Anorexia Nerviosa adquirió una entidad propia en donde se pudo constatar que factores psicológicos y biológicos originaban el trastorno tal y como Bruch había observado, la presencia de una distorsión de la imagen corporal así como diferencias para interpretar los estímulos corporales, como signos de una necesidad nutricional (Jhonson y Maddi, 1988).

Aún cuando se entendía que el origen de la enfermedad era psicológico, no se podía estudiar lo no observable por ello numerosas investigaciones eran atribuidas a enfermedades orgánicas. Morton en 1694 utilizó el término "Atrofia Nerviosa" para referirse a la pérdida del apetito y a las dificultades digestivas de origen psicológico, describiendo que las principales características del trastorno son: amenorrea, pérdida de apetito y constipación, sin embargo se atribuyó

equivocadamente a un problema de enervación del estómago. Más tarde Russell en 1969, mencionó que la mala función hipotalámica podría ser el factor de origen en la Anorexia Nerviosa planteando la posibilidad de que la actividad anómala hacia la alimentación y hacia la imagen corporal podría ser engendrada por una alteración de la función neuronal, que interfiere simultáneamente con los mecanismos que controlan el consumo de alimentos y la menstruación (Jhonson y Maddy, 1988).

Estas investigaciones ayudaron a conocer el padecimiento de forma multidisciplinaria, sólo así se dejó de asociar a la Anorexia Nerviosa a otras sintomatologías. Hasta llegar a encontrar que los factores psicológicos están estrechamente relacionados, al observar que tanto la forma de pensar como la forma de percibirse abarcan gran parte del trastorno. Estas aportaciones abrieron la puerta al origen de la Anorexia Nerviosa como un Trastorno Alimentario.

1.1. ETIOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

El siguiente esquema (Fig.1) diseñado por Toro (1996), presenta la relación de áreas que intervienen en la etiología de la Anorexia Nerviosa.

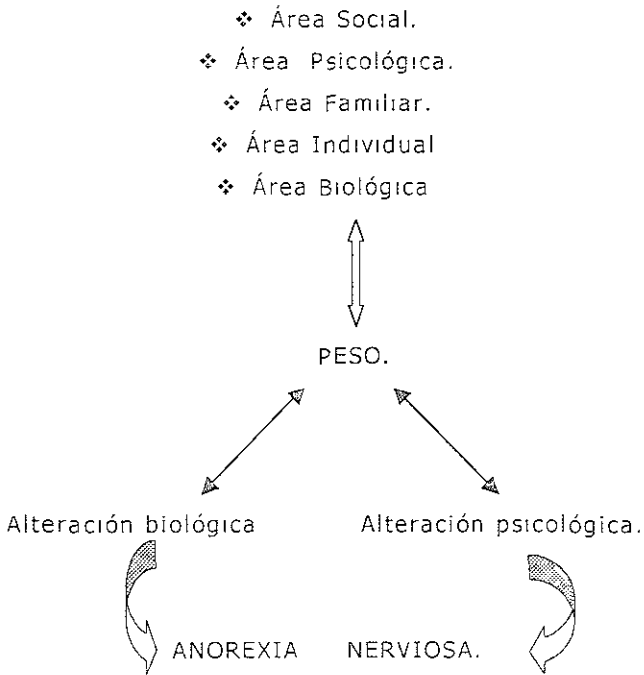


Figura 1.- Secuencia de las áreas que influyen en la alteración biológica y psicológica de la Anorexia Nerviosa.

Para poder diferenciar a la Anorexia Nerviosa de otras enfermedades fue necesario determinar síntomas que ayudarán a diagnosticar la enfermedad.

1.2 DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

Al diagnosticar un trastorno alimentario se observan varias conductas y manifestaciones clínicas, por lo que los criterios para establecer el diagnóstico conforme al tiempo y al trastorno alimentario se fueron delimitando, tal y como lo se representa en los siguientes cuadros:

DSM- III (American Psychiatric Association, 1980)

- A) Miedo intenso a ser obeso, que no disminuye con la pérdida de peso.
- B) Ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.
- C) Alteración en la percepción del peso o la silueta corporal.

Posteriormente estudios indicaron que los criterios establecidos en 1980 generalizaban a la población, es decir, que eran aplicados tanto para hombres como para mujeres, por lo que su revisión no sólo permitió determinar los criterios a la población femenina, sino también considerar un criterio más de diagnóstico, asociando peso, talla y edad.

DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)

- A) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal, considerando edad y talla.
- B) Miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.
- D) En las mujeres ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

La revisión de los criterios permitió delimitar con más precisión las características del trastorno alimentario, sin embargo en las siguientes revisiones de estudio fue necesario enfatizar el porcentaje del peso y la etapa del crecimiento, además de delimitar alteraciones en la forma de pensar y de percibirse.

Esta revisión creó el DSM-IV, criterios de diagnóstico que actualmente permanece.

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

- A) Rechazo a mantener su peso en los límites del peso normal por encima de este (menor al 85% del peso esperado)
- B) Intenso temor a ganar peso o a convertirse en obeso aún cuando se encuentre por debajo del peso normal.
- C) Alteración perceptual del peso y la silueta corporal, negación del peligro que conlleva el infrapeso y mucha importancia al peso y a la silueta en la autoevaluación.
- D) En las mujeres pospúberes se presenta amenorrea, es decir, ausencia de la menstruación durante tres ciclos consecutivos y la presentación de la menstruación a través de fármacos.

El DSM-IV, cambia sus criterios con respecto al DSM-III-R, finalmente estos criterios de diagnóstico llegan a ser más claros y rigurosos como el rechazo a mantener un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su edad y talla del 25% al 15%, además de especificar dos tipos de Anorexia restrictiva y compulsiva; éstas diferencias han permitido identificar a la Anorexia Nerviosa de otros Trastornos Alimentarios; dejando de ser considerada como un síntoma de otra enfermedad, el descubrimiento de este trastorno también abrió nuevas líneas de investigación en la medicina, no obstante la psicología ha podido, a través de la investigación científica y de campo, desarrollar instrumentos que evalúan el desarrollo y la prevención del trastorno alimentario, considerando todos los factores que pudieran propiciar la enfermedad.

1.3 ETIOPATOGENIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

El origen multicausal de la Anorexia Nerviosa va acompañado de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. Garner y Garfinkel (1979), describen las posibles causas que desarrollan a la

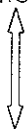
Anorexia Nerviosa. Posteriormente Toro y Vilardell (1987), aportan a través de sus investigaciones en el área familiar y social nuevos factores los cuales se observan en la siguiente figura:

FACTORES PREDISPONENTES.

- Edad (12 a 20 años),
- Sexo femenino,
- Perfeccionismo,
- Obesidad materna.
- Conflictos familiares,
- Exceso de peso.
- Baja autoestima.

FACTORES PRECIPITANTES.

- Cambios corporales
- Situación estresante
- Presión social respecto a la imagen corporal.
- Acontecimientos vitales. divorcio o muerte.



ANOREXIA NERVIOSA.



**FACTORES DE MANTENIMIENTO.*

- Aislamiento social.
- Cogniciones anómalas.
- Actividad física excesiva

- Los factores de mantenimiento disminuyen momentáneamente la ansiedad provocada por algún factor precipitante desarrollando Anorexia Nerviosa.

Figura 2. Relación de los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la Anorexia Nerviosa.

Los factores predisponentes son los que posibilitan la presencia al trastorno alimentario estos abarcan factores biológicos como la edad y el género; factores socioculturales como el tener un cuerpo delgado, sinónimo de ideal de belleza en la mujer, o el encontrarse insatisfechas con el peso corporal; variables que llegan a influir en el desarrollo de la Anorexia Nerviosa.

Durante mucho tiempo, existieron características de un trastorno alimentario, en el que las pacientes recurrían al uso de laxantes o vómito como una forma de compensar o equilibrar el número desmesurado de alimentos que habían consumido en un lapso de poco tiempo, adquiriendo el nombre de Bulimia Nerviosa, en un principio fue un subtipo de la Anorexia Nerviosa, sin embargo una de las características principales de este trastorno es que las fluctuaciones de peso nunca arriesgan la vida de la paciente como ocurre en la Anorexia Nerviosa.

1.1 1 HISTORIA DE LA BULIMIA NERVIOSA.

La historia romana destaca que los invitados a un festín practicaban el vómito después de haber ingerido una gran cantidad de alimento, con el único objetivo de poder seguir gozando de los manjares que se les presentaban, por su parte los Egipcios llegaron a practicar el uso de laxantes, como hábito de limpieza y purificación de sus cuerpos (Vargas, 1998; Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Stephens, 1992).

Estas prácticas son muy similares a las que un gran número de pacientes, en su mayoría mujeres, realizaban durante los años 70's, con la variante de que el objetivo era controlar el peso. Este trastorno caracterizado por episodios frecuentes de una gran cantidad de ingesta y seguidos de conductas purgativas (vómito o laxante), fue vinculado en un principio como una variante de la Anorexia Nerviosa,

denominándola Bulimarexia. En 1979, Russell fue el primero en distinguir a la Bulimia Nerviosa de la Anorexia Nerviosa (Turón, 1997).

Al igual que en la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa presenta un origen multifactorial, sólo a través de la observación y el número de casos (prevalencia) se identificó como un Trastorno Alimentario.

1.1.2 ETIOLOGIA DE LA BULIMIA NERVIOSA.

El origen de la Bulimia Nerviosa es multicausal, las áreas que se ven afectadas son:

- Área familiar.
- Área social.
- Área psicológica.
- Área biológica.

Cada una de estas áreas influyen en, hábitos familiares, presión social, edad; ya que la Bulimia Nerviosa está caracterizada por la ingesta de muchos alimentos en un determinado tiempo, por lo general muy corto, vomitando habitualmente para prevenir el aumento de peso (conducta compensatoria). El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día, esta conducta va acompañada por un miedo enfermizo a engordar. Este ciclo se representa en la Fig.3

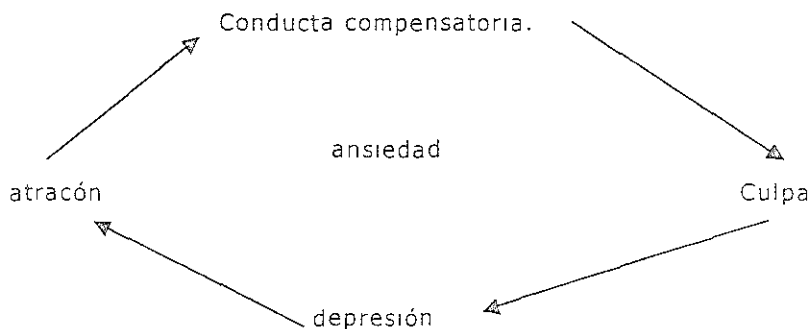


Figura 3. Secuencia de un conducta Bulímica

Williamson (1990) describió un modelo conceptual, en donde el origen de la Bulimia Nerviosa inicia con el rompimiento de un periodo de dieta, el cual conduce al consumo de alimentos "engordantes" como galleta, pastel y helados, ésta forma de sobre estimar el alimento genera un miedo a ganar peso, además de crear perturbaciones en la forma de percibirse o en su imagen corporal, lo que provoca una gran ansiedad por bajar de peso y por no poder lograrlo, teniendo como consecuencia sentimientos de preocupación, tristeza, enojo y en donde sólo a través de una conducta purgativa, como el vómito o el uso de laxantes, la ansiedad se ve reducida.

1.1.3 DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA.

La Bulimia Nerviosa fue incluida en el manual de diagnóstico de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, cuyos criterios de diagnóstico fueron:

DSM III (American Psychiatric Association, 1980)

- A) Episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un periodo corto de tiempo, por lo general inferior a dos horas).
- B) Al menos tres de los siguientes síntomas:
 1. Consumo fácil de alimentos con muchas calorías durante la comilona
 2. Ingesta disimulada de alimentos durante la comilona.
 3. Terminación de los episodios de ingesta voraz con dolor abdominal, sueño, interrupción de la vida social o vómito autoprovocado.
 4. Intentos repetidos de perder peso con dietas exageradamente estrictas, vómitos auto provocados o empleos de laxantes y diuréticos.

5. Frecuentes oscilaciones de peso, superiores a 5 kilos, debido a la alternancia de banquetes y ayunos.
- C) Conciencia de que el patrón de ingesta es anormal y temor a no ser capaz de parar de comer voluntariamente.
- D) Estado de ánimo depresivo y pensamientos autodespreciativos después de cada episodio de voracidad.
- E) Los episodios bulímicos no son debidos a la Anorexia Nerviosa ni a otro trastorno conocido.

En los criterios de diagnóstico DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) se presenta a la Bulimia Nerviosa como síntoma asociado a la Anorexia Nerviosa y en la siguiente revisión del manual de diagnóstico DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) adquiere una nosología diferente aunque poco clara.

En 1994, la Bulimia Nerviosa pasó a ser considerada como un trastorno alimentario, con criterios de diagnóstico los cuales se contemplan en el DSM-IV.

DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

1.- Recurrentes episodios de sobreingesta, los cuales se caracterizan por:

- A) Comer en forma por un período de tiempo corto una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y bajo circunstancias parecidas.
- B) Sensación de pérdida de control durante los episodios alimentarios.

2.- Conductas compensatorias inapropiadas de una manera repetida con el fin de no ganar peso, por ejemplo: laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo.

3.- La sobreingesta y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren en promedio, mínimo de dos veces a la semana durante un período de dos meses.

4.- La autoevaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso.

Los tipos de Bulimia Nerviosa son:

- 1) TIPO PURGATIVO.- Durante el episodio de Bulimia Nerviosa, se recurre al uso de laxantes y diuréticos.
- 2) TIPO NO PURGATIVO.- durante el episodio de Bulimia Nerviosa, la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ejercicio extenuante, sin recurrir regularmente al vómito o al uso de laxantes.

1.1.4. ETIOPATIOGENIA DE LA BULIMIA NERVIOSA.

El origen multicausal de la Bulimia Nerviosa va acompañado de cogniciones y actitudes que posibilitan el desarrollo de esta conducta, tal y como se observa en a figura 4 (Toro y Vilardell, 1987; Guillemont y Laxanaire 1994; Kaplan y Sadock's, 1994).

FACTORES PREDISPONENTES:

- Edad (12 a 22 años).
- Sexo femenino.
- Exceso de peso y obesidad materna.

FACTORES PRECIPITANTES:

- Acontecimientos vitales: Cambio de Escuela.
Muerte.
Divorcio.
- Abuso sexual.



BULIMIA NERVIOSA



**FACTORES MANTENEDORES:*

- Éxito social.
- Motivación por adelgazar.
- Perfeccionismo

*La conducta compensatoria disminuye momentáneamente los sentimientos de culpa y depresión. Fomentados por los factores mantenedores

Figura 4. Relación de los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en la Bulimia Nerviosa.

Las investigaciones han permitido que se delimiten factores de riesgo en los trastornos alimentarios, de los cuales se pueden englobar en tres áreas importantes: biológica, psicológica y sociocultural.

CAPITULO 2. CUERPO Y SOCIEDAD.

2. EL CUERPO COMO SÍMBOLO DE PODER Y SALUD.

La historia de las sociedades se ha desarrollado con la intervención de instituciones como la familia, la iglesia y el estado, cada una de ellas ha influido en aspectos relevantes como la concepción de la pobreza, el bienestar social y hasta número de integrantes en la familia. Estas concepciones han fluctuado a lo largo de la historia, algunas adquirieron mayor estabilidad hasta el punto de llegar a crear nuevas instituciones, como la economía y la educación, propiciando así la creación de diferentes niveles de vida o clases sociales.

El crecimiento de estas clases sociales dio mayor estabilidad en la economía social, por lo que cada Estado-Nación buscó enriquecerse por medio de las instituciones, principalmente de la familia y la iglesia, con el fin de poder distinguirse en la sociedad (Aisenson, 1981). Esto se logró primero, a través de la disciplina, es decir, del sometimiento de otros Estados-Nación e internamente de clases sociales, sometimiento que consistía en demostrar la fuerza, el poder y la inteligencia, es así como la disciplina adquirió importancia en el desarrollo de los individuos, al aplicarse tanto en el desempeño del trabajo, como en la formación de habilidades, valores e incluso ideales físicos.

Posteriormente, los lineamientos se trasladan a disciplinas como la medicina, el deporte y la educación, donde el cuerpo se constituyó en el objetivo a través del cual se regulaban las conductas que la misma sociedad formulaba. Para Foucault (1984), los seres humanos se convirtieron en objetos moldeables y no en sujetos, es decir el cuerpo-objeto (cuerpo físico) fue utilizado, en este periodo de la historia, como signo de disciplina, riqueza, sacrificio y salud

A finales del siglo XIX en los países europeos, la disponibilidad de alimentos distingue a las clases altas, mostrando obesidad en los cuerpos de las personas que tenían éxito, poder económico y por lo tanto elevado nivel social. La forma robusta de sus cuerpos los hacía sentir seguros de sí mismos, para ello era necesario designar a las personas de clase baja actividades que requerían un gran esfuerzo físico. Como consecuencia de la falta de ejercicio físico y la sobreingesta, aumentó la muerte de hombres ricos, y las mujeres empezaron a presentar problemas circulatorios y de depresión, padecimientos que no se observaban en hombres y mujeres de clase baja, por lo que hubo un mayor interés por evitar la obesidad y al mismo tiempo encontrar la prevención de estos padecimientos.

Durante el siglo XX los descubrimientos de la medicina señalan la importancia de disciplinar al cuerpo mediante el seguimiento de una dieta restrictiva, además resaltan la práctica de ejercicio físico para garantizar la salud para los hombres y la estabilidad mental para las mujeres. También se incluían recomendaciones de prácticas religiosas que conllevaban a un mayor compromiso en el matrimonio, aspectos que ayudaban a prevenir estos padecimientos (Rausch y Bay, 1990; Corona, 1998). Las dietas se volvieron cada vez más específicas, racionales, minuciosas e individuales, de tal forma que se aplicaron a enfermos, prisioneros, mujeres embarazadas, obreros y deportistas, considerando siempre la edad, sexo y actividad. De esta forma a la práctica de conductas restrictivas se le fueron agregando simbolismos de salud, de bienestar social y emocional, mientras se iba estigmatizando cada vez más a la obesidad, el cuerpo robusto se convirtió en un símbolo de trastorno, de falta de disciplina, de flojera y sobretodo era muestra de debilidad o falta de voluntad, constituyéndose en un cuerpo enfermo.

2.1. INFLUENCIAS CULTURALES EN LOS MODELOS ESTÉTICOS.

Cada época ha determinado zonas claves de lo que se admira y se determina como ideal del cuerpo (Perrot, 1983 cit. en Guillemot y Laxenaire, 1994); en la cultura Griega, el cuerpo ejercitado en brazos y piernas fue admirado en todas las expresiones artísticas como la pintura, el teatro y la música, estos medios de expresión corporal permitieron lograr objetivos individuales como admiración, respeto y popularidad.

En el matriarcado el cuerpo de la mujer se constituyó en un símbolo de generosidad, sexualidad, fertilidad y protección por lo que el ideal corporal femenino era robusto. Posteriormente, el papel de la mujer comenzó a ganar terreno en actividades que eran de índole exclusivamente masculino, como el derecho a la libertad de expresión, la práctica de deportes y sobre todo la oportunidad de poder ingresar a instituciones educativas. Estas áreas de expresión dieron un giro muy importante en el papel social que la mujer desempeñaba, ya que no sólo era progenitora, sino comenzó a convertirse en un símbolo sexual, al ser utilizada su imagen en la venta de productos, tanto de la industria del vestido, como de la alimentación, por lo que la proyección del cuerpo femenino, ganó gran aceptación en la publicación de revistas y artículos relacionados con el cuerpo (deporte, artistas, modelos, cocina).

Con los avances tecnológicos como la radio y la televisión, se buscó confundir en el pensamiento de las personas, que los productos exhibidos podían garantizar el cubrimiento de las necesidades personales, sin embargo este objetivo llevaba dos fines; uno vender el producto y otro dejar impregnado al público una imagen corporal "ideal", acompañado de mensajes como " fortalécete, adelgaza, o ambos", "mejora tu cuerpo", "descubrimos el cuerpo perfecto que hay en ti" (Toro, 1996).

El cuerpo "ideal" mostrado en los anuncios publicitarios tenía como una de sus características esenciales la delgadez, la cual estaba

reforzada por los lineamientos de salud y bienestar, estereotipos culturales que actuaban como lineamientos a seguir en la sociedad.

Actualmente diversos autores han señalado el aumento de la presión cultural sobre la forma corporal femenina:

- Los anuncios referidos al cuerpo contribuyen a crear y difundir estereotipos culturales cada vez más emaciados, que actúan como un modelo para la sociedad en general (Buendía y Rodríguez, 1996). Sin considerar diferencias individuales –estructura ósea-, factores genéticos o la interacción de éstos con las primeras experiencias alimentarias, como el metabolismo basal¹ o el nivel de regulación ponderal²
- El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996). Ya que la obesidad se asocia a aspectos negativos.
- Un cuerpo delgado es sinónimo de salud (Vírveda, 1995). Existe la creencia social de que basta tener un cuerpo delgado para garantizar que sea saludable, sin considerar los mecanismos para obtenerlo o si se tiene una alimentación balanceada.

Los medios de comunicación han jugado y juegan un papel relevante en la promoción del modelo estético de extrema delgadez (Toro, Cervera, y Pérez, 1989). La publicidad empezó a generar una gran cantidad de anuncios de productos químicos o naturales, de diversas formas de hacer dietas y aparatos sencillos y/o complejos que brindan un efecto rápido en la reducción del peso.

¹ El metabolismo basal, es la cantidad de energía mínima para que discurran normalmente los procesos vitales. Está influido por la edad, el volumen corporal, sexo y la composición ósea –proporción músculo/grasa (Toro 1996)

² Nivel de regulación ponderal, está basado en la teoría del set- point, según la cual los organismos vivos en general y el ser humano en particular, están dotados de mecanismos biológicos que les permite mantener un sobrepeso más o menos estable. Los excesos y las insuficiencias alimentarias desencadenan cambios metabólicos, que intentan prevenir las modificaciones del peso corporal (Toro, 1996)

La dieta restrictiva – sinónimo de dieta³– es quizá la práctica más difundida entre la población para la reducción de peso, siendo aparentemente la manera más sencilla de disciplinar al cuerpo para obtener la forma idealizada socialmente, por lo que la gente comenzó a considerar los índices de grasas, calorías y valor nutricional de los alimentos. La industria alimentaria creó una inmensa cantidad de alimentos bajos en grasas y colesterol.

La industria farmacéutica creó productos que dicen garantizar la disminución de peso corporal, y que no representan gran complicación en la forma de ser administrados, aunque muchos de éstos no mencionan sus efectos colaterales.

El desarrollo de la tecnología brindó la posibilidad de acceder a aparatos -de uso doméstico y con costos económicos accesibles a muchos consumidores- destinados a ejercitar el cuerpo, para obtener de forma casi mágica y rápidamente la disminución del peso corporal.

Todos estos productos dicen brindar beneficios tan diversos como: delgadez, salud, aptitud y belleza, además de bienestar emocional y social. Estas vinculaciones dieta-delgadez, ejercicio-delgadez y delgadez-imagen "ideal", hablan de objetivos en los que se persigue una imagen corporal y no un ideal de salud. De tal manera la dieta y todas las prácticas para reducir peso corporal, dejaron de constituirse en un componente de salud -las cuales eran supervisadas por disciplinas como la medicina y la nutrición, aplicadas a deportistas, personas obesas, enfermos de corazón y diabetes, etc.-, para pasar a ser una práctica de la población en general y considerarse como algo esencial para obtener belleza.

³ La que proporciona al individuo los elementos necesarios para realizar eficazmente todas las funciones propias de su edad (Enciclopedia Universal Sopena, 1995)

La industria del vestir también contribuyó a fomentar este ideal de delgadez-belleza, principalmente con la ayuda de medios de comunicación como la televisión y las revistas, donde los anuncios relacionados a la imagen corporal son dirigidos en su mayoría a las mujeres, las cuales son más susceptibles a ellos (Philip, Myers y Frank, 1992), ya que a través de modelos, actrices y locutores se modela la ropa y la forma corporal femenina de delgadez que se debe "llevar" (Toro, 1996). De esta manera la industria del vestir no sólo se encarga de crear lo que cubre al cuerpo, sino de valorarlo objetiva y socialmente brindando a la mujer en sus prendas de moda, distinción, parecer más culta, sana, inteligente, dinámica y sobre todo sentirse satisfecha con su propio cuerpo.

Con el fin de crear una mayor similitud con los modelos corporales actuales, las casas de moda excluyeron de la presentación de sus diseños a personas con sobrepeso o peso normal, dando mayor prioridad a ropa unitalla, unisex y hasta ropa de moda que sólo existe en pequeñas tallas. De tal forma que es la prenda la que indica al cuerpo que la debe vestir, teniendo como consecuencia no sólo que el cuerpo se ha moldeado sino sometido a entrar en esas tallas.

Lo anterior permite entender que las mujeres cuya profesión está centrada en sus características corporales, como es el caso de las modelos, se han ido adaptando a los estándares de belleza que se han ido delimitando, tal y como señalan Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980), al realizar una investigación de un periodo de 19 años en participantes al concurso de belleza (Miss America), encontrando que a lo largo del tiempo habían disminuido las medidas de pecho y cadera, así como su peso corporal, el cual se encontraba entre un 13%- 19% por debajo del peso normativo.

2.3.- IMAGEN CORPORAL.

La imagen corporal es un factor importante en la valoración del cuerpo y por lo tanto en el estudio de los trastornos alimentarios. El origen de la imagen corporal está dado por diferentes conceptos que a lo largo de la historia se han señalado y complementado.

La definición más tradicional descrita por Schilder (1950, cit. en Williamson, Davis, Duchman, MacKeenzie y Watkins, 1990) menciona que la imagen corporal es la representación mental que el propio individuo hace de su cuerpo. Posteriormente Fisher (1986), observó que la imagen corporal, se encontraba delimitada por los estados de ánimo que rodeaban a la persona, con los cuales hacía un juicio de valor positivo o negativo sobre su cuerpo físico. Bruchon - Schweitzer (1992) amplió la concepción que Fisher había dado, definió imagen corporal como "la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo a través de diversas experiencias" (pag.162).

Para una mejor comprensión sobre el constructo de la imagen corporal diversos investigadores brindan una serie de componentes, como ejemplo tenemos a Thompson (1991) y Cash (1990).

Thompson (1991) plantea que el concepto de imagen corporal está formado por tres componentes:

- **Componente perceptual.** Es la forma en cómo se percibe el tamaño corporal total y de diferentes partes del cuerpo. Si la persona refiere unas dimensiones mayores a las que realmente posee, entonces existe una sobrestimación del cuerpo, si la persona señala que el tamaño de su cuerpo es inferior al que realmente tiene, entonces existe una subestimación.
- **Componente subjetivo.** Son las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo; ansiedad, satisfacción,

➤ **Componente subjetivo.** Son las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo; ansiedad, satisfacción, preocupación en el tamaño del cuerpo, el peso u otro aspecto de la apariencia física.

➤ **Componente conductual.** Son las acciones que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan, como el exhibicionismo o la evitación por mostrar el cuerpo a los demás.

La imagen corporal está delimitada por la satisfacción e insatisfacción corporal, la cual es mediada por: A) estados de ánimo y pensamientos que rodean al individuo, B) lo que los otros dicen de "mi cuerpo".

Por su parte Cash (1990) determinó que la imagen corporal implicaba: **perceptualmente:** imágenes y valoraciones de tamaño y forma en varios aspectos del cuerpo; **cognitivamente:** crea un centro de atención al cuerpo, basado en autoafirmaciones de creencias asociadas al cuerpo y de experiencias del propio cuerpo y **emocionalmente** introduce experiencias de placer-displacer, satisfacción e insatisfacción.

Es importante la forma en como se percibe la persona y como se siente cuando otros hablan de su cuerpo, para Cash (1990) sólo a través de estos tres elementos la definición de la imagen corporal está completa. Es decir la imagen corporal es el desarrollo perceptivo, que involucra sentimientos y conductas no de un determinado momento, sino de todo un proceso de vida donde la persona ha estado comparando su cuerpo con relación a otros cuerpos y en donde no sólo se juzga sino también es juzgada.

Si a estos componentes se añade la susceptibilidad que la persona tiene en un determinado proceso de la vida -como lo es la adolescencia, donde se delimita la personalidad influenciada a través de los modelos sociales (Attie y Brook-Gunn, 1989)-, o un acontecimiento vital -como la muerte de un ser querido-, además de crear distorsiones perceptivas,

Existiría una mayor vulnerabilidad para la insatisfacción por la imagen corporal.

A través de las investigaciones, se ha encontrado que algunas mujeres presentan una gran preocupación por su apariencia física, llegando incluso a desarrollar un trastorno mental llamado *Trastorno Dismórfico Corporal* (TDC). La palabra *dismorfia* -que significa miedo a la propia forma-, fue descrita por Morselli (American Psychiatric Association, 1994) refiriendo una "obsesión por la vergüenza del propio cuerpo", es decir, el miedo que la persona tiene a ser ridiculizada. Rosuparte Rosen (1990, cit. en Raich, 1998) definió al trastorno de la imagen corporal, como una preocupación exagerada que produce un profundo malestar por la apariencia física.

Actualmente en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se precian los criterios de Diagnóstico para el Trastorno Dismórfico Corporal:

Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental

En el TDC la gente evalúa de manera negativa un defecto físico real o imaginado (piernas, nariz, cejas, dedos, etc.), tan extremadamente que creen y piensan que las demás personas se fijan e interesan por este, llegando a inhabilitarlos en su vida social y/o laboral

Las personas con TDC pueden tener o desarrollar Trastorno Alimentario, no obstante no todas las personas con Trastorno Alimentario

trastornos alimentarios, donde aunque existe una distorsión por la imagen corporal, su origen es multifactorial.

En el caso de los trastornos alimentarios la insatisfacción corporal es un elemento central –aunque no único-, el cual está frecuentemente asociado con la influencia de modelos estéticos corporales, que en el caso de los adolescentes puede agravarse por su mayor vulnerabilidad a los estereotipos sociales, lo cual los lleva a practicar ejercicio extenuante y dietas restrictivas para sentirse complacidos con su apariencia física (Furnham y Calnan, 1998; Duncan y Agronick, 1998).

Lo que sí parece claro es que la autovaloración corporal es más relevante que las dimensiones corporales reales, como lo indica el estudio de Gómez (1998), al investigar el nivel de satisfacción / insatisfacción –mediante una escala visual- en el cuerpo percibido (auto-percepción) y el cuerpo real (Índice de Masa Corporal) encontró que los adolescentes valoran más el sentirse satisfechos consigo mismos, aún cuando esta satisfacción no corresponda con su cuerpo real.

Las expectativas, críticas y presiones familiares relacionadas al cuerpo, influyen en la valoración de la imagen corporal, y suelen ser muy marcadas en los grupos con trastorno alimentario, como lo señalan Bell, Kirkpatrick y Rinn (1986) al comparar tres grupos: Anorexia Nerviosa, Obesidad y Grupo control, encontraron que la opinión que las personas cercanas refieren de la forma corporal –tanto para las adolescentes con y sin trastorno alimentario-, constituyó la base para valorar su imagen corporal. Tanto el grupo de las obesas como el grupo control, juzgaron que la obesidad, no representaba ningún límite para poder sentirse satisfechas consigo mismas, sin embargo el grupo de las anoréxicas juzgó que para poder sentirse bien con ellas mismas, era indispensable una figura de delgadez.

Los estudios en México (Román, Mancilla, Álvarez y López, 1998) describen que la insatisfacción corporal es uno de los principales factores

que predisponen y mantienen al trastorno alimentario, al comparar jóvenes (15 a 26 años) con sintomatología de trastorno alimentario y grupo control, existió -en el primer grupo- una mayor preocupación por engordar y por practicar dietas con el fin de perder peso, propiciado por una mayor insatisfacción sobre su imagen corporal, no así en las jóvenes que no presentaron sintomatología de trastorno alimentario.

En la búsqueda por obtener una imagen corporal ideal, muchas jóvenes han desarrollado trastorno alimentario, si a este ideal de delgadez se une una preocupación exagerada por la figura y peso corporal con el fin de obtener un buen desempeño en actividades profesionales como la danza, se podría predisponer a un trastorno alimentario.

CAPITULO 3.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS y DANZA.

3. HISTORIA DE LA DANZA.

La Danza ocupó un lugar importante en la sociedad primitiva al desarrollarse como lenguaje social y religioso, donde los participantes -hombres, mujeres, niños y ancianos- pedían un beneficio común: productividad en la tierra, victoria en los combates, caza abundante y lluvia. También fue utilizada para expresar sentimientos de angustia, tristeza, alegría y enojo, por lo que a través de la danza se fortalecían las relaciones morales y de trabajo en grupo (Le Bouch, 1971, cit. en Welch, 1998).

Con el desarrollo de la sociedad, la danza desempeñó varios objetivos, en un momento fue utilizada -en Europa y especialmente en Grecia- como parte de la educación de jóvenes guerreros de clase alta, los cuales eran entrenados con danzas pírricas¹.

Subsecuentemente pasó a ser altamente elegante y valorada por las cortes reales quienes la delimitaron como un entretenimiento social, mediante una trama mitológica por medio de la declamación y del canto, donde los intérpretes se preparaban con gran disciplina y constancia, estas representaciones se fomentaron a través de la Academia Nacional de Danza, fundada por Luis XIV en 1661, constituyendo así el inicio de la ópera el ballet y el drama poético (Le Bouch, 1971, cit. en Welch, 1998). Cabe destacar que la danza tomó su auge durante la época del romanticismo, donde la mujer ocupó un lugar importante al mostrar aptitudes para bailar y desempeñarse con gran facilidad, desplazando a los hombres que a principios del siglo XVIII, desempeñaban exclusivamente este arte (Albelo, 1994)

¹ Donde el uso del cuerpo era expandido del dorso hacia las extremidades en una acción rápida

En nuestro país, surge la danza en 1919, con la representación de la coreógrafa mexicana Eva Pérez, quién promovió la inquietud para que la danza se constituyera en una actividad cultural, por lo que al siguiente año, el secretario de Educación Pública (SEP), José Vasconcelos fomentó el campo de las artes mediante una línea nacionalista, al promover bailes folklóricos de las diferentes regiones del país, los cuales representan las tradiciones y costumbres nacionales. Por este desenvolvimiento cultural, se crearon escuelas de danza, cuyo objetivo era que los bailarines mexicanos ingresaran a grupos tanto nacionales como internacionales y así adquirir nuevas técnicas e ideas.

Una clasificación importante de la transformación de la danza a lo largo del proceso histórico-social, es señalada por Bejarano (1996), quién detecta tres momentos importantes: en un principio a la danza clásica o ballet se le clasificó como el género espectacular, donde no sólo se bailaba y cantaba, sino se declamaban una serie de actos basados en la realidad o fantasía de la vida (Le Bouch, 1971, cit. en Welch, 1998). Posteriormente la danza fue delimitando su técnica, al convertirse en uno de los más importantes pasatiempos de las clases altas, creando la unión estética del cuerpo humano con los sentimientos y emociones, es decir la danza se constituyó en un lenguaje de expresión corporal, donde el hombre libera lo que siente y lo expresa a través de movimientos corporales (Dallal, 1989) Finalmente la danza como arte se constituyó, en la creación de las cosas vistas y oídas, donde el cuerpo humano da forma y sustancia de lo que se percibe intangiblemente y de lo irracional que proviene del mundo exterior (Bejarano, 1996).

Cabe destacar que la práctica colectiva de la danza, cuyo objetivo era un bien común, pasó a constituirse en una técnica individualista la cual demanda mayor concentración y control de movimientos corporales, definiéndose actualmente como el arte audiovisual estético, donde la música y la gestualidad ocupa un lugar

importante en el desarrollo de la técnica, la cual engloba cuatro aspectos: Arte², Equilibrio³, Belleza⁴ y Estética⁵.

A través de estos conceptos la danza demuestra ser una disciplina de belleza-estética, que requiere constancia, tenacidad y esfuerzo, para poder desempeñar con facilidad cada movimiento corporal que se desee expresar.

Existen diferentes expresiones en la danza, cada una se ha clasificado por: su origen, objetivo, clase de estructura en la obra, narrativa y simbolismo (Bejarano, 1996), las cuales se agrupan de la siguiente manera

- Danza Autóctona.
- Danza Popular.
- Danza Clásica.
- Danza Moderna.
- Danza Contemporánea.

Cada una posee ciertas características de organización, disciplina y responsabilidad, las cuales se han comparado con lineamientos que dirigen la conducta, el lenguaje y los pensamientos, adquiridos en instituciones educativas, por lo que algunos padres animan a sus hijos en edades muy tempranas, a que practiquen danza, ya que a través de esta disciplina obtendrán además de ejercicio físico, contacto musical, compromiso y convivencia social, sin embargo sólo consideran los logros cuando estos se valoran a través de la constancia y el buen desempeño, sin considerar los

² Arte es la aptitud para hacer alguna cosa y en consecuencia conjunto de reglas o preceptos para conseguir el mismo fin. El arte es la elaboración o la recreación de algo, esta creación es de valor esencialmente estético, por lo que lleva el nombre de bellas artes o artes decorativas

³ Equilibrio es la redistribución de los miembros del cuerpo de modo que este permanezca contrapesado. El equilibrio es una síntesis de energías físicas y mentales, además de entender que el peso corporal es equilibrado sobre los dos pies

⁴ Belleza es el conjunto de formas, proporciones y cualidades que producen un deleite espiritual y un sentimiento de admiración

⁵ Estética parte de la filosofía que tiene por objeto el estudio de la belleza y las condiciones que hacen bellos a los objetos.

requisitos que demanda la técnica, como figura corporal extremadamente delgada, factor que puede traer como consecuencia insatisfacción por la figura corporal, pensamientos sobregeneralizados en cuanto al peso, alteraciones físicas y psicológicas e incluso el desarrollo y mantenimiento de un trastorno alimentario.

3.1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN DANZA.

Al comparar poblaciones de bailarinas con estudiantes de otras disciplinas, con el fin de observar la susceptibilidad al desarrollo y mantenimiento de los Trastornos alimentarios, específicamente a la Anorexia Nerviosa, los resultados de las investigaciones han señalado que las estudiantes de danza presentan mayor prevalencia de trastorno alimentario específico, como ejemplo tenemos la investigación de Garner y Garfinkel (1981) quienes señalan que las bailarinas de ballet tienen siete veces más probabilidad de desarrollar Anorexia Nerviosa que otras estudiantes, esto concuerda con la investigación referida por Holderness, Brooks-Gunn, Warren (1994), al evaluar la ocurrencia de Trastorno Alimentario en mujeres bailarinas (n= 50) y no bailarinas (n= 56) concluyendo que el 3% de las bailarinas presentó Anorexia Nerviosa

Al investigar en poblaciones de bailarinas y profesionales en la danza, se han observado importantes porcentajes en los trastornos alimentarios específicos, tal como refiere la investigación de Hamilton (1985, cit. en Toro, 1996), con 66 bailarinas profesionales, de diferentes compañías de ballet, donde el 15% de las bailarinas Americanas y el 23% de las bailarinas Europeas reconocieron padecer o haber padecido Anorexia Nerviosa y el 19% de la bailarinas Americanas y el 29% de las Europeas tener o haber tenido Bulimia Nerviosa. En México, una de las investigaciones señala que el 18%

de la muestra (n= 72) cubrió criterios para el diagnóstico Anorexia Nerviosa (Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000)

El problema de la presencia de psicopatología alimentaria en el mundo de la danza se complica si consideramos que ésta, también se encuentra entre los profesores o instructores, tal y como refiere la investigación hecha por Olson, Williford, Richards, Brown y Pugh (1996) con 30 profesores de danza, de los cuales el 23% presentó Bulimia Nerviosa y el 17 % Anorexia Nerviosa, además de que un 40% reconoció que en algún momento de su trayectoria habían desarrollado algún trastorno alimentario.

Las similitudes entre las bailarinas y estudiantes de danza con pacientes con psicopatología alimentaria de muestras comunitarias, han sido señaladas en la literatura, entre las que destacan las siguientes:

Dieta. Es común entre las estudiantes de danza la práctica de dietas prolongadas -la frecuencia menor de éstas va de uno a tres meses- siendo común mostrar una rigurosa selección de los alimentos que consumen, cuidando que sean bajos en colesterol y grasas (Jhonson, Power y Dick, 1999, Unikel y Gómez, 1996; Pigeon, Oliver, Charlet y Rochiccioli, 1997).

Conductas compensatorias. El vomitó autoinducido, uso de laxantes y/o diuréticos, son una práctica común en el ambiente escolar de las estudiantes de danza (Pulh, Brow y Voy, 1988; Abraham, 1996a), en México se ha observado un porcentaje similar a lo señalado en las investigaciones internacionales de estas conductas compensatorias, de acuerdo a Unikel y Gómez (1996), el 18% de las estudiantes de danza (n=92) presentó vómito autoinducido, 16% uso de laxantes y 12% uso de diuréticos.

Amenorrea. Algunas investigaciones realizadas en bailarinas refieren que cerca del 44% presentan ausencia del ciclo menstrual de tres a seis meses (Pulh, Brow y Voy, 1988, Rippon, Nash, Myburgh y Noakes, 1988).

Bajo peso Corporal. Es común encontrar una preocupación entre las bailarinas de ballet por mantener un peso corporal bajo, ya que existe la creencia de que a menor peso corporal mejorará la ejecución de la técnica, además de proporcionar agilidad y salud (Vaisman y Voet, 1996, Brickell, 1996; Abraham, 1996a; Freedson, 1988).

Ayunos prolongados. Existe un porcentaje considerable (13%) entre las estudiantes de danza por la privación total de la ingestión de alimentos durante periodos muy largos (Pulh, Brow y Voy, 1998; Werner, Rosenthal y Biro, 1991).

Práctica de ejercicio extenuante. Se ha observado una dependencia en la práctica de algún ejercicio físico como el correr o el nadar, principalmente entre las estudiantes que entrenan de 4 a 5 horas diarias danza (Pierce, Daleng y Mc Gowan, 1993; Jhonson, Power y Dick, 1999).

Baja autoestima. Las estudiantes de danza que se perciben con mayor peso o que reciben fuertes críticas de los instructores con relación a su cuerpo, tienden a desarrollar un concepto bajo de su persona (Werner, Rosenthal y Biro, 1991; Hoare y Cosgrave, 1998; Abraham, 1996a; Unikel y Gómez, 1996).

Pensamientos sobregeneralizados. Las ideas relacionas con la alimentación, el peso y la figura corporal, ocupan mayor atención en el pensamiento de las bailarinas, por lo que llegan a crear pensamientos extremistas y/o sobregeneralizados (Brickell, 1996; Baz, 1996).

Perfeccionismo. Siendo la danza una disciplina artística, es común entre las estudiantes de danza el deseo por mostrar un perfecto control de sus movimientos corporales, lo cual es extrapolado a otras áreas de su vida (Archinard y Scherer, 1995; Garner, Rosen y Barry, 1998).

Insatisfacción corporal. La mayoría de las estudiantes de danza tienden a encontrarse en descontento con su figura corporal, ante el deseo de alcanzar el ideal de delgadez que les permitirá efectuar con agilidad y/o destreza cada uno de sus movimientos corporales, también se ha observado que parte de esta insatisfacción proviene de los juicios hechos en relación a la imagen corporal por entrenadores y compañeras (Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999; Garner, Rosen y Barry, 1998; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Macilla, 2000)

Distorsión de la Imagen Corporal. Los resultados de las investigaciones han señalado que es común entre las estudiantes de danza que se perciban con mayor peso corporal, esta auto percepción es más importante que la realidad objetiva ya que sólo llegan a reconocer un poco su delgadez cuando se les compara con otras jovencitas de su misma edad (Brow, Cash y Mikulka, 1990; Fallon y Rozin, 1985; Thompson, Coovert y Stormer, 1999; Unikel y Gómez, 1996, Vaisman y Voet, 1996).

Cabe destacar que algunas investigaciones han señalado en sus resultados, un detenimiento del crecimiento físico en las estudiantes de danza, aún cuando se encontraban en la etapa de desarrollo, principalmente en aquellas que iniciaron a temprana edad y con entrenamientos de 5 a 6 horas diarias, además de otras consecuencias, como dolor en la juntura de los huesos, osteoporosis y problemas en el sistema digestivo, las cuales se deben al exhaustivo entrenamiento y al deseo por alcanzar una alta

exhaustivo entrenamiento y al deseo por alcanzar una alta competición (Pigeon, Oliver, Charlet y Rochiccioli, 1997; Pulh, Brow y Voy, 1988).

Aún cuando son pocos los estudios relacionados a los aspectos cognitivos en las estudiantes de danza, estos han aportado características inherentes como el deseo de ser más delgadas, el sobreestimar su imagen corporal y poner mayor énfasis en el control y el bajo peso (Abraham, 1996b).

El cumplimiento de la rígida disciplina de la danza, puede desarrollar graves consecuencias físicas y psicológicas en las bailarinas más aún cuando se vive la etapa de adolescencia, en donde las investigaciones han señalado que existe una mayor susceptibilidad por la influencia de los modelos sociales, por lo que se encuentran más centradas en la valoración, reconocimiento y atención de su figura corporal con el fin de adquirir aceptación y agrado tanto en la opinión propia, como en la de los familiares y amigos.

En los últimos años el modelo social de delgadez se ha reforzado a través de los medios de comunicación como las revistas de moda que presentan como bajar kilos a través de dietas y/o mensajes publicitarios que refieren que el cuerpo es un organismo que debe ser sometido y controlado, esto con el fin de lograr obtener una figura que conlleva salud, triunfo, admiración y belleza.

En actividades donde el cuerpo ocupa mayor relevancia, como lo es la danza, el ideal de delgadez extrema se ha visto, no sólo como el reconocimiento del esfuerzo y la tenacidad en la técnica, sino que también conlleva admiración, privilegios y triunfos, aspectos importantes en las adolescentes que practican danza, quienes son motivadas por los entrenadores a adquirir una delgadez corporal, aún

cuando se tenga que recurrir a la práctica de conductas inapropiadas -pero comunes entre las estudiantes de danza-, estos factores pueden llegar a constituirse en factores que predisponen o mantienen a los trastornos alimentarios, por lo que parece inminente el estudio de las influencias culturales en su relación con los trastornos alimentarios y su sintomatología en estudiantes de danza.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar las características socioculturales y la insatisfacción corporal relacionadas a la Anorexia y Bulimia Nerviosa, así como trastornos alimentarios no especificados, en estudiantes mexicanas de danza.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Evaluar la presencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza
2. Analizar los factores socioculturales y la insatisfacción corporal asociados a la sintomatología de trastorno alimentario, así como los indicadores antropométricos.
3. Identificar diferencias entre las participantes diagnosticadas con y sin trastorno alimentario en factores socioculturales, insatisfacción corporal, sintomatología alimentaria y valoración antropométrica.

5. METODO

SUJETOS: Participaron 68 mujeres, con un rango de edad de 9 a 16 años, teniendo en promedio 4 años de estudiar danza, en una de las principales Instituciones del país, donde también realizaban su formación académica.

TIPO DE DISEÑO: El tipo de diseño que se utilizó es no experimental de tipo transeccional. No experimental, porque que no se manipulan las variables, lo que permite que los fenómenos se observen tal y como se encuentran en el ambiente, se considera transeccional porque describe la relación de dos o más variable en un momento determinado.

INSTRUMENTOS:

I. CUESTIONARIO DE ACTITUDES ALIMENTARIAS (Eating Attitudes Test, EAT-40). Creado por Garner y Garfinkel (1979) y validado al español por Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) Es un cuestionario de autoreporte que contiene 40 preguntas, su punto de corte es mayor o igual a 30. De acuerdo a Garner y Garfinkel (1979), los factores que se analizan en este cuestionario son:

- 1. Dieta.**
- 2. Bulimia y Preocupación por la Comida.**
- 3. Control Oral.**

De acuerdo a la validación en población mexicana hecha por Alvarez (2000), el punto de corte es mayor o igual a 28 y se analizan siete factores:

- 1. Motivación para adelgazar.**
- 2. Evitación de alimentos engordantes.**
- 3. Preocupación por la comida.**
- 4. Presión social percibida.**
- 5. Obsesiones y compulsiones.**
- 6. Patrones y estilos alimentarios.**

7. Conductas compensatorias.

II TEST BULIMIA (BULIT). De Smith y Thelen (1979), traducido y validado a población española por Mora (1992). Este cuestionario permite detectar síntomas de Bulimia Nerviosa, consta de 36 reactivos con 5 opciones bipolares de respuesta, su punto de corte es mayor o igual a 88, los factores dados por Smith y Thelen (1979) son:

- 1. Sobreingesta.**
- 2. Sentimientos posteriores a la sobreingesta.**
- 3. Vómito.**
- 4. Preferencias alimentarias posteriores a la sobreingesta.**
- 5. Fluctuaciones en el peso.**

En México fue validado por Alvarez (2000), el punto de corte propuesto es mayor o igual a 85, además propone tres factores:

- 1. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.**
- 2. Sentimientos negativos después de una sobreingesta.**
- 3. Conductas compensatorias.**

III. CUESTIONARIO DE INFLUENCIA SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC). Diseñado por Toro, Salamero y Martínez en 1994. Este cuestionario evalúa la influencia de los modelos y de las situaciones sociales, sobre el modelo estético corporal, así como la asimilación de los modelos de delgadez, consta de 40 preguntas, su punto de corte es mayor o igual a 23-24, comprende los siguientes factores:

- 1. Malestar por la imagen corporal:** son preguntas relacionadas a la ansiedad, en las que al hacer frente a determinadas situaciones se pone en control el cuerpo o el modelo social.
- 2. Influencia de la publicidad:** son preguntas relativas al interés que la publicidad despierta a través de productos adelgazantes.

3. Influencia de los mensajes verbales: es el interés que suscitan artículos, reportajes, libros y conversaciones en temas sobre el adelgazamiento.

4. Influencia de los modelos sociales. es el interés que despiertan los cuerpos de las actrices, modelos publicitarios y los transeúntes por la calle.

5. Influencia de las situaciones sociales: son preguntas que refieren la presión social subjetiva, experimentada en situaciones alimenticias y la aceptación social atribuida a la delgadez.

Los factores validados para población mexicana por Vázquez, Alvarez y Mancilla (2000), son los siguientes

1. Influencia de la publicidad: se relaciona con los modelos estéticos de delgadez que presentan en la televisión, radio, revistas, libros y escaparates.

2. Malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso.

3. Influencia de los modelos estéticos corporales: y la repercusión de ellos en sus relaciones sociales y en la cantidad de alimento ingerido.

4. Influencia de las relaciones sociales: en la asimilación de modelos estéticos, específicamente la importancia que tienen los amigos.

IV. CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL (BSQ), por Cooper, Tylor, Cooper y Fairburn (1987). Este cuestionario evalúa la insatisfacción con el peso y la imagen corporal, comprende 34 reactivos, su punto de corte es mayor o igual a 105.

V. ENTREVISTA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS (IDED, "Interview for Diagnostic of Eating Disorders"), diseñada por Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz (1998), fue adaptada a población mexicana por el

proyecto de Investigación en Nutrición de la UNAM-Campus Iztacala. Es una entrevista que tiene por objeto diagnosticar trastornos alimentarios: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Sobreingesta compulsiva, partiendo de los criterios de diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

VI. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Se obtiene, mediante la proporción del peso con respecto a la estatura ($\text{peso}/\text{estatura}^2$), un diagnóstico del déficit o exceso ponderal. Su clasificación de acuerdo con Saucedo y Gómez (1997) es la siguiente.

Menor a 15 infrapeso.

15 - 18.9 bajo peso.

19 - 22.9 normal.

23 - 27 sobrepeso.

Mayor a 27 obesidad.

VII. ÍNDICE CINTURA-CADERA (ICC)

Permite estimar el grado de predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo ($\text{circunferencia cintura} \times 100 / \text{circunferencia cadera}$).

De acuerdo a Hartz, Rupley, Kalkhoff y Remm (1983), su valoración es la siguiente:

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 población mexicana se consideran valores normales entre 71 y 84 para mujeres (Castillas y Vargas, 1993).

VIII ÍNDICE DE PERCEPCIÓN CORPORAL (IPC)

Supone la estimación del propio cuerpo y exige que la persona delimite dimensiones concretas de determinadas partes del cuerpo, las cuales se comparan con las medidas antropométricas (tamaño percibido /tamaño actual X 100). Las puntuaciones mayores a 100 señalan una sobreestimación, mientras las puntuaciones menores a 100 señalan una subestimación.

PROCEDIMIENTO:

Se presentó ante la Institución el protocolo de la presente investigación, una vez que se tuvo acceso a la población se formaron grupos de 10 a 15 alumnas, para la aplicación de cuestionarios, indicándoles que no existían respuestas buenas o malas y que el manejo de la información sería confidencial.

El orden en que se aplicaron los cuestionarios fue el siguiente: Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40), Test de Bulimia (BULIT), Cuestionario de Influencias Sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), una vez leídas las instrucciones de los cuestionarios se referían las preguntas y las posibles respuestas, en ese momento las estudiantes circulaban o tachaban una opción de respuesta, si existían dudas en la comprensión de la pregunta se resolvía la inquietud y se ponía un ejemplo.

Después de haber aplicado los cuestionarios a toda la población, se procedió a realizar la Entrevista de Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED), finalmente se tomaron las medidas antropométricas de manera individual.

6. METODOS ESTADÍSTICOS

Los estadísticos descriptivos utilizados en esta investigación son:

Medidas de Tendencia Central:

- Media (\bar{x}).
- Moda (M_o).
- Mediana (M_e).

Medidas de Dispersión:

- Desviación Estándar (DE).
- Amplitud Intercuartílica (AI).

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron:

- PRUEBA "t" DE STUDENT.

Permite evaluar la diferencia de variables entre dos grupos. La Prueba "t", compara los datos con los hipotéticos estadísticos, donde la hipótesis nula (H_0) define que los promedios de los grupos son iguales, es decir que no se encontrará ninguna diferencia entre las variables establecidas (Yamane, 1979).

- CORRELACIÓN DE PEARSON (r).

Se calcula a partir de las puntuaciones originales, evalúa la relación y la causalidad entre dos o más variables (Samperi, Collado y Lucio, 1998).

Los resultados de esta investigación se presentan de la siguiente manera:

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PARTICIPANTES CONSIDERANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA ENTREVISTA I.D.E D

- Con base a la entrevista de diagnóstico I D.E.D., se indicó el número de estudiantes que presentaron Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastornos Alimentarios no Especificados, así como las participantes que no presentaron trastorno en la conducta alimentaria, las cuales formaron el grupo control.
- Se realizó un análisis descriptivo de las variables relacionadas al peso corporal y los índices antropométricos, así como el número de casos que superaron el punto de corte de los cuestionarios utilizados

2. RELACIONES ENTRE VARIABLES.

- A través de la correlación de Spearman (r), se presenta el análisis de las asociaciones entre los factores nacionales e internacionales de los cuestionarios CIMEC y BSQ con las variables edad y tiempo de estudiar danza, así como con las subescalas de los cuestionarios EAT y BULIT. En las relaciones estadísticamente significativas sólo se consideraron aquellas con un coeficiente de correlación (r) igual o mayor a 30

3. COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS CON Y SIN TRASTORNO ALIMENTARIO.

A través del diagnóstico realizado en las estudiantes, se conformaron dos grupos, uno con trastorno alimentario, el cual incluyó todos los casos detectados con trastornos alimentarios específicos y subclínicos, y el segundo agrupo a las participantes sin trastorno alimentario. Analizando sus diferencias en las subescalas de los cuestionarios CIMEC, EAT, BULIT, así como en las medidas antropométricas y subjetivas de espalda, cintura y cadera y la puntuación total del BSQ e IMC, a través de la prueba t de Student.

7. RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PARTICIPANTES CONSIDERANDO EL DIAGNÓSTICO DE LA ENTREVISTA I.D.E.D.

1.1 ANALISIS DE LAS VARIABLES EDAD, AÑOS DE ESTUDIAR DANZA Y CASOS QUE SUPERARON PUNTO DE CORTE DE LOS CUESTIONARIOS

A partir de la entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (I.D.E.D.) se detectaron 13 casos de Anorexia Nerviosa, 3 de Bulimia Nerviosa y 11 de Trastorno Alimentario no Especificado (T.A.N.E.), las alumnas que no presentaron Trastorno Alimentario conformaron el grupo Control (n= 41). Las características de las participantes de acuerdo a la entrevista de diagnóstico (I.D.E.D) en las variables edad y años de estudiar danza, se describen en la Tabla 1.

GRUPOS	EDAD	AÑOS DE ESTUDIAR DANZA
ANOREXIA NERVIOSA (n= 13)	\bar{X} = 12.23 DE= 0.83	\bar{X} = 3.53 DE= 1.66
BULIMIA NERVIOSA (n= 3)	\bar{X} = 15 DE= 4.35	\bar{X} = 4 DE= 2.64
T.A.N.E. (n=11)	\bar{X} = 13.72 DE= 1.34	\bar{X} = 4.45 DE= 2.29
CONTROL (n= 41)	\bar{X} = 13.09 DE= 1.64	\bar{X} = 4.31 DE= 1.83
\bar{X} = Media. DE= Desviación Estándar		

Tabla 1. Características de la población de acuerdo a su diagnóstico con la entrevista para Trastornos Alimentarios en variables edad y tiempo de estudiar danza

Los resultados señalan que el promedio de la variable edad es un poco más alta en el grupo con Bulimia Nerviosa, mientras que la variable años de estudiar danza es similar en todos los grupos

En la Tabla 2 se señala, de acuerdo a su diagnóstico, el número de participantes que superaron el punto de corte en los cuestionarios EAT, BULIT, CIMEC y BSQ.

GRUPOS	NÚMERO DE CASOS QUE SUPERARON PUNTO DE CORTE			
	EAT ≥ 28 .	BULIT ≥ 85 .	CIMEC ≥ 24 .	BSQ ≥ 105 .
ANOREXIA NERVIOSA (n= 13)	8 (61.5%)	1 (7.7%)	10 (77%)	1 (7.7%)
BULIMIA NERVIOSA (n= 3)	2 (67%)	2 (67%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)
T A N E. (n=11)	5 (45.4%)	1 (9.1%)	10 (91%)	5 (45.4%)
CONTROL (n= 41)	3 (7.3%)	1 (2.4%)	27 (66%)	8 (20%)
TOTAL (n=68)	18 (26.5%)	5 (7.4%)	48 (70.6%)	15 (22%)

Tabla 2. Frecuencia de participantes que superaron el punto de corte de los cuestionarios EAT, BULIT, CIMEC y BSQ

A nivel general se observa que el cuestionario de Influencias Sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) fue el que obtuvo el mayor número de casos (n=48) que rebasaron su punto de corte, señalando una alta influencia del modelo de delgadez en la mayoría de la población estudiada, mientras que los síntomas asociados a la Bulimia Nerviosa fueron los que menos se presentaron en la población, como se muestra en el cuestionario de sintomatología Bulímica (BULIT) donde sólo el 7.4% de las participantes superaron el punto de corte de este cuestionario. De acuerdo a los grupos establecidos el grupo con Anorexia Nerviosa superó en su mayoría los puntos de corte de los cuestionarios EAT y CIMEC, en el grupo con

Bulimia Nerviosa la mayoría de las estudiantes superó el punto de corte de los cuestionarios EAT y BULIT, la mayoría de las participantes del grupo T.A.N.E. superaron el punto de corte del cuestionario CIMEC y casi la mitad de este grupo superaron el punto de corte de los cuestionarios EAT y BSQ. Mientras que las participantes del grupo control sólo superaron en su mayoría el punto de corte del cuestionario CIMEC.

1.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS AL PESO CORPORAL.

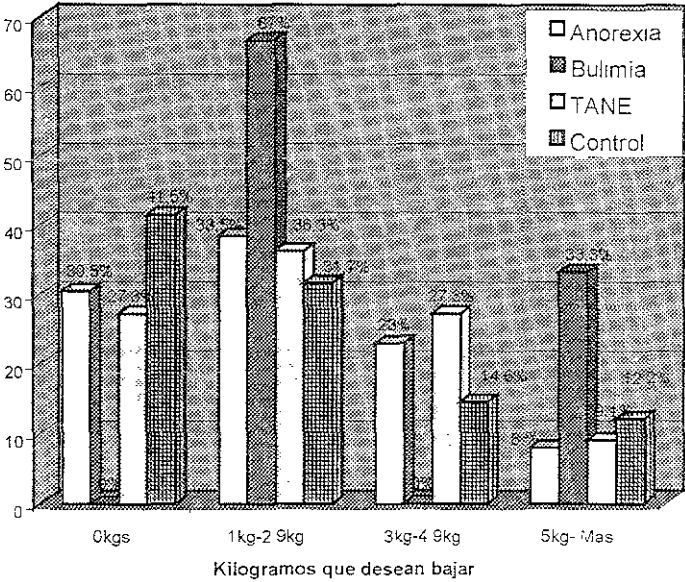
Al comparar el peso real con el peso referido y el peso deseado de las participantes de acuerdo al diagnóstico de la entrevista I.D.E.D., (ver Tabla 3), se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el peso real y el peso referido de todas las estudiantes, por lo que éste puede ser utilizado como un buen referente del peso real. Mientras que en la comparación del peso real y peso deseado sólo existen diferencias estadísticamente significativas para los grupos T.A.N.E. y Control, en donde el promedio del peso deseado es menor al promedio del peso real, siendo más marcado en el grupo control.

GRUPOS	PESO REAL	PESO REFERIDO	"t" DE STUDENT	PESO REAL	PESO DESEADO	"t" DE STUDENT
ANOREXIA NERVIOSA (n= 13)	\bar{X} = 35.95 DE= 5.97	\bar{X} = 38.21 DE= 6.68	t=1.27 p=0.23	\bar{X} = 35.95 DE= 5.97	\bar{X} = 35 DE= 6.93	t=1.16 p=0.27
BULIMIA NERVIOSA (n= 3)	\bar{X} = 43.27 DE= 12.8	\bar{X} = 44.67 DE= 14.74	t=0.85 p=0.49	\bar{X} = 43.27 DE= 12.80	\bar{X} = 38.83 DE= 11.79	t=1.58 p=0.25
T.A.N.E. (n= 11)	\bar{X} = 45.62 DE= 6.83	\bar{X} = 46.0 DE= 7.0	t=.83 p=.42	\bar{X} = 45.62 DE= 6.83	\bar{X} = 43.31 DE= 5.97	t=2.92 p<0.01
CONTROL (n= 41)	\bar{X} = 40.13 DE= 7.72	\bar{X} = 40.65 DE= 6.97	t=0.98 p=0.34	\bar{X} = 40.13 DE= 7.72	\bar{X} = 38.47 DE= 7.31	t=3.91 p<0.001

\bar{X} = Media. DE= Desviación Estándar

Tabla 3 Comparación entre el peso real con el peso referido y el peso deseado a través de la prueba "t" de Student, en todas las participantes de acuerdo al diagnóstico de la entrevista I.D.E.D.

Con respecto al número de participantes que deseaban bajar o mantener su peso corporal, tal y como se señala en la Gráfica 1, las estudiantes que consideraron adecuado su peso corporal, pertenecen en su mayoría al grupo Control (41.5%), se observa también que la mayoría de las estudiantes que refirieron desear bajar de peso se encuentran en el rango de 1 a 2.9 kilogramos, siendo poca la frecuencia de las participantes que desearan bajar más de 5 kilogramos.



Gráfica 1 Porcentaje de participantes que desean bajar o mantener su peso corporal, en los grupos conformados, de acuerdo al diagnóstico de la entrevista I D E D

1.3 ANALISIS DE LOS INDICADORES ANTRÓPOMETRICOS

Los promedios de los Índices de Masa Corporal (IMC) y Cintura-Cadera (ICC) en la población conformada de acuerdo al diagnóstico de la entrevista para trastornos alimentarios, se presentan en la Tabla 4.

GRUPOS	IMC	ICC
ANOREXIA NERVIOSA (n= 13)	\bar{X} = 15.34 DE= 1.46	\bar{X} = 75.09 DE= 2.78
BULIMIA NERVIOSA (n= 3)	\bar{X} = 18.80 DE= 3.38	\bar{X} = 81.33 DE= 7.98
T.A.N.E (n= 11)	\bar{X} = 18.38 DE= 2.19	\bar{X} = 74.31 DE= 2.40
CONTROL (n= 41)	\bar{X} = 16.74 DE= 1.97	\bar{X} = 75.0 DE= 2.78
\bar{X} = Media		DE= Desviación Estándar

Tabla 4. Promedios de los índices de Masa Corporal (IMC) y Cintura- Cadera (ICC) de las participantes de acuerdo al diagnóstico de la entrevista I D E.D

El Índice de Masa Corporal (IMC) permite estimar la cantidad de grasa en el cuerpo, esto es, que a mayor Índice de Masa Corporal mayor porcentaje de grasa. De acuerdo a la clasificación de Saucedo y Gómez (1997) para población mexicana, el promedio de todas las estudiantes de danza se sitúa en el rango de bajo peso, sin embargo el promedio del grupo con Anorexia Nerviosa se encuentra en un valor muy cercano al infrapeso y el promedio de los grupos Bulimia Nerviosa y T.A.N.E. es muy cercano al peso normal, mientras que el promedio del grupo Control se encuentra en una puntuación intermedia de la clasificación de bajo peso (15- 18.9)

El Índice de Cintura-Cadera estima la cantidad mayor de grasa que existe en el cuerpo, es decir si se encuentra en la parte inferior o superior del cuerpo y en un grado moderado o alto, de acuerdo a la clasificación de Casillas y Vargas (1993) para población mexicana, se observa que el promedio de todos los grupos se puede clasificar

dentro del rango considerado como normal, es decir, existe un moderado predominio de la grasa corporal en la parte inferior del cuerpo, característica femenina, no obstante al considerar la clasificación internacional de Kartz, Rupley, Ronald, Kaalkhoff y Reem (1983), el grupo con Bulimia Nerviosa tendría un moderado predominio de grasa en la parte superior del cuerpo.

Los promedios de las medidas reales y subjetivas de la Espalda, la Cintura y la Cadera con los señalamientos en cinta y pizarrón de la población estudiada, se encuentran en la tabla 5.

	ANOREXIA NERVIOSA (n=13)	BULIMIA NERVIOSA (n=3)	T A N E (n=11)	CONTROL (n=41)
ESPALDA				
Medida Real	$\bar{X}=42.0$ DE=2.77	$\bar{X}=43.0$ DE=4.36	$\bar{X}=45.0$ DE=1.84	$\bar{X}=41.98$ DE=2.71
Medida Subjetiva con señalamiento en cinta	$\bar{X}=37.08$ DE=4.94	$\bar{X}=40.00$ DE=9.17	$\bar{X}=42.45$ DE=7.84	$\bar{X}=39.88$ DE=5.42
Medida Subjetiva con señalamiento en pizarrón	$\bar{X}=38.08$ DE=6.53	$\bar{X}=42.67$ DE=7.37	$\bar{X}=43.18$ DE=6.82	$\bar{X}=38.34$ DE=5.17
CINTURA				
Medida real	$\bar{X}=30.08$ DE=2.63	$\bar{X}=33.00$ DE=4.36	$\bar{X}=34.00$ DE=3.55	$\bar{X}=31.39$ DE=2.62
Medida Subjetiva con señalamiento en cinta	$\bar{X}=33.54$ DE=4.14	$\bar{X}=36.00$ DE=2.00	$\bar{X}=40.27$ DE=7.62	$\bar{X}=32.41$ DE=3.58
Medida Subjetiva con señalamiento en pizarrón	$\bar{X}=31.72$ DE=3.15	$\bar{X}=38.33$ DE=0.58	$\bar{X}=34.00$ DE=5.93	$\bar{X}=30.83$ DE=3.79
CADERA				
Medida real	$\bar{X}=40.77$ DE=3.88	$\bar{X}=43.33$ DE=6.43	$\bar{X}=47.73$ DE=3.66	$\bar{X}=42.17$ DE=4.24
Medida Subjetiva con señalamiento en cinta	$\bar{X}=36.23$ DE=6.38	$\bar{X}=41.33$ DE=3.21	$\bar{X}=45.09$ DE=10.91	$\bar{X}=36.83$ DE=5.58
Medida Subjetiva con señalamiento en pizarrón	$\bar{X}=36.15$ DE=8.84	$\bar{X}=42.00$ DE=1.73	$\bar{X}=41.45$ DE=8.10	$\bar{X}=36.00$ DE=4.91

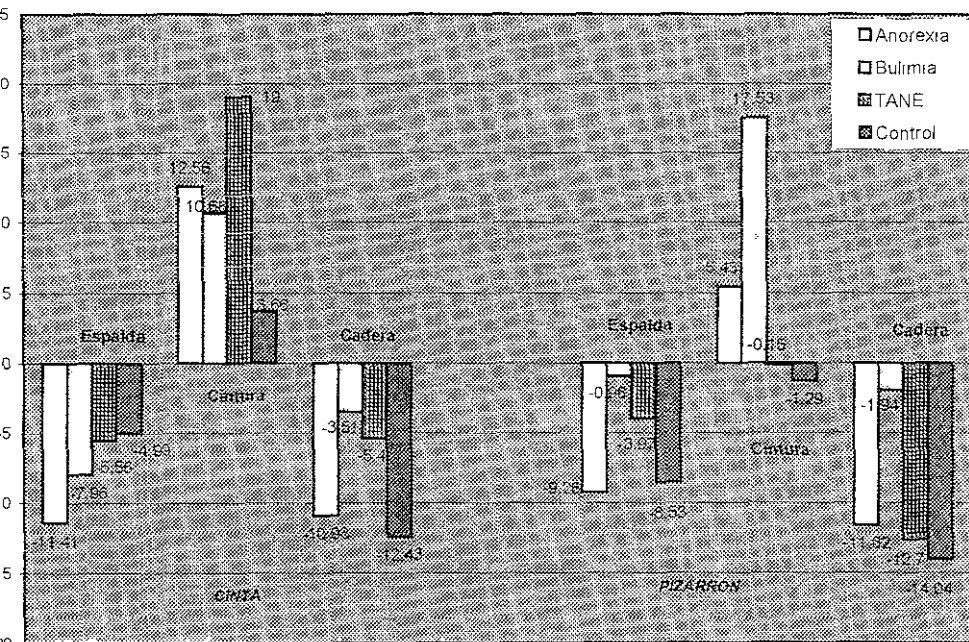
\bar{X} = Media DE = Desviación Estándar

Tabla 5. Promedios de las medidas reales de espalda, cintura y cadera, con las medidas en pizarrón y cinta de las participantes de acuerdo a la entrevista de diagnóstico.

Los promedios reales de la Espalda y la Cadera de todos los grupos, son mayores a los promedios de las medidas subjetivas con los señalamiento en cinta y pizarrón. En la medida subjetiva de Espalda la distorsión con el señalamiento en cinta fue mayor en los grupos Anorexia Nerviosa, mientras que en la medida subjetiva de Cadera la distorsión es mayor con el señalamiento en pizarrón para los grupos Control y T.A.N.E. lo anterior muestra que las estudiantes de danza subestimaron sus medidas de la Espalda y la Cadera. Con respecto a la medida subjetiva de Cintura, los grupos T.A.N.E., Control y Anorexia Nerviosa se alejan más del promedio real con el señalamiento en cinta, mientras que en el grupo con Bulimia Nerviosa la distorsión es mayor con el señalamiento en pizarrón, esto indica que todas las participantes de este estudio sobrestimaron su medida de la Cintura.

Los promedios del Índice de Percepción Corporal en las medidas subjetivas de la espalda, la cintura y la cadera con los señalamientos en pizarrón y cinta de las participantes clasificadas de acuerdo a la entrevista de diagnóstico I.D.E.D., se señalan en la Gráfica 2.

El índice de Percepción Corporal permite estimar la percepción de un parte del cuerpo, su resultado indicaría una sobreestimación si la puntuación es mayor a 100 y una subestimación si la puntuación es menor a 100. De acuerdo a los resultados de la población estudiada se observa que los grupos Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y T.A.N.E. subestimaron su medida subjetiva de Espalda, principalmente con el señalamiento en la cinta. En la medida subjetiva de Cintura, existe una sobrestimación con el señalamiento en cinta en todos los grupos, mayormente en los diagnosticados con T.A.N.E y Anorexia Nerviosa. También se observa que en la medida subjetiva de la Cadera se presenta subestimación entre los grupos Control, T.A.N.E y Anorexia Nerviosa con el señalamiento en pizarrón



Gráfica 2 Índice de Percepción Corporal en las medidas subjetivas espalda, cintura y cadera, con los señalamientos en cinta y pizarrón de las participantes de acuerdo a la entrevista de diagnóstico I.D.E.D

2 RELACIONES ENTRE VARIABLES.

2.1 ANALISIS DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES EDAD Y TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA CON LOS CUESTIONARIOS CIMEC, EAT, BULLI, BSQ Y INDICE DE MASA CORPORAL.

Los resultados de las relaciones entre las variables edad y tiempo de estudiar danza con los factores del cuestionario CIMEC, se presentan en la Tabla 6.

FACTORES DEL CIMEC.

	INTERNACIONALES.						PARA POBLACION MEXICANA.			
	TOTAL	1	2	3	4	5	1MEX	2MEX	3MEX	4MEX
EDAD	*** r=0.49	** r=0.38	* r=0.33	** r=0.33	** r=0.47	r=-0.14	*** r=0.43	** r=0.40	r=0.13	*** r=0.60
TIEMPO EN DANZA.	* r=0.25	r=0.06	r=0.22	r=0.21	* r=0.25	r=0.01	r=0.26	r=0.14	r=0.21	** r=0.39
* p<0.05 **p<0.01 ***p<0.005										

Tabla 6 Correlaciones entre las variables edad y tiempo de estudiar danza con los factores internacionales y para población mexicana del cuestionario CIMEC

FACTORES DEL CIMEC.

INTERNACIONALES

1. Malestar por la Imagen Corporal.
2. Influencia de la publicidad
3. Influencia de mensajes verbales
4. Influencia de modelos sociales
5. Influencia de las situaciones sociales

PARA POBLACION MEXICANA.

- 1MEX Influencia de la publicidad
- 2MEX Malestar por la Imagen corporal
- 3MEX. Influencia de los modelos corporales.
- 4MEX Influencia de las relaciones sociales

La puntuación Total del cuestionario CIMEC muestra una relación estadísticamente significativa y un estadístico relevante con la variable Edad, no siendo el caso de la variable tiempo de estudiar danza, donde a pesar que la relación es significativa el estadístico es bajo.

La relación entre la Edad y los factores del CIMEC es significativa con todos los factores internacionales del CIMEC, a excepción del factor 5 -*Influencia de las situaciones sociales*-, siendo el estadístico más relevante en el factor 4-*Influencia de los Modelos Sociales*- En cuanto a los factores para población mexicana, la relación fue significativa con *Influencia de las Relaciones Sociales*, *Influencia de la Publicidad* y *Malestar por la Imagen Corporal* siendo los estadísticos más altos que en los factores internacionales. Lo

anterior indica que a mayor Edad mayor influencia por los modelos estéticos corporales, específicamente por la Influencia de la publicidad y las conversaciones con relación al adelgazamiento

Por otro lado en la variable *Tiempo de estudiar danza* sólo presentó una asociación relevante con el factor para población mexicana 4-*Influencia de las relaciones sociales*-, es decir a mayor tiempo de estudiar danza mayor influencia en las relaciones sociales por la asimilación de los modelos estéticos. Lo cual resalta la influencia del ambiente escolar en la asimilación de modelos estéticos corporales.

El resultado de la correlación entre las variables *Edad* y *Tiempo de estudiar danza* con los factores del cuestionario EAT, se señalan en la Tabla 7.

FACTORES DEL EAT.

	INTERNACIONALES.				PARA POBLACIÓN MEXICANA.						
	TOTAL	1	2	3	1MEX	2MEX	3MEX	4MEX	5MEX	6MEX	7MEX
EDAD	r=-0.02	r=0.13	r=-0.35**	r=0.09	r=0.05	r=0.10	r=0.18	r=0.16	r=0.30	r=0.03	r=0.26
TIEMPO EN DANZA.	r=0.04	r=0.06	r=0.02	r=-0.10	r=0.01	r=0.02	r=0.04	r=0.13	r=0.31	r=0.07	r=0.14
p<0.05 **p<0.01											

Tabla 7. Correlaciones entre las variables Edad y Tiempo de estudiar danza con los factores internacionales y para población mexicana del cuestionario EAT

FACTORES DEL EAT

INTERNACIONALES

1. Dieta.
2. Control oral
3. Bulimia

PARA POBLACIÓN MEXICANA

- 1MEX. Motivación para adelgazar
- 2MEX. Evitación de alimentos engordantes
- 3MEX. Preocupación por la comida
- 4MEX. Presión social percibida
- 5MEX. Obsesiones y compulsiones
- 6MEX. Patrones y estilos alimentarios
- 7MEX. Conductas Compensatorias

Con respecto a la puntuación Total del cuestionario EAT se puede apreciar que no existió una asociación estadísticamente relevante ni significativa con las variables Edad y Tiempo de estudiar danza.

La relación entre la variable *Edad* es estadísticamente significativa y negativa sólo con el factor internacional del EAT *Control Oral*. Mientras que en los factores para población mexicana se aprecia una correlación significativa y positiva con el factor 5 - *Obsesiones y Compulsiones* - Lo anterior señala que a menor edad mayor restricción alimentaria, por otro lado existe un aumento de la obsesión y compulsión respecto a la alimentación y el peso, así como el deseo o práctica de conductas compensatorias en las estudiantes de mayor edad.

FACTORES DEL BULIT.

	INTERNACIONALES						PARA POBLACIÓN MEXICANA		
	TOTAL	1	2	3	4	5	1MEX	2MEX	3MEX
EDAD	*** r=0.49	r=0.15	*** r=0.63	*** r=0.53	r=-0.13	* r=0.28	r=0.14	* r=0.62	*** r=0.53
TIEMPO EN DANZA	r=0.14	r=0.23	r=0.23	r=0.20	r=0.03	* r=0.24	r=0.21	r=0.15	r=0.19

* p<0.05 ***p<0.001

Tabla 8. Correlación entre los factores del cuestionario BULIT con las variables Edad y Tiempo de estudiar danza

FACTORES DEL BULIT

INTERNACIONALES

- 1 Sobreingesta
- 2 Sentimientos posteriores a la sobreingesta
- 3 Vómito
- 4 Preferencias alimentarias durante la sobreingesta
- 5 Fluctuaciones en el peso

PARA POBLACIÓN MEXICANA

- 1MEX. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.
- 2MEX Sentimientos posteriores a la sobreingesta
- 3MEX Conductas compensatorias

En la Tabla 8, se puede apreciar de manera general que la puntuación Total del cuestionario BULIT indica una relación positiva y estadísticamente significativa con la variable *Edad*, lo cual indica mayor presencia de sintomatología Bulímica en las estudiantes de mayor edad. Sin existir relación entre la sintomatología bulímica con el tiempo de estudiar danza

En lo que respecta al factor internacional y para población mexicana *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, así como los

factores: *Vómito* -factor internacional- y *Conductas compensatorias* -factor para población mexicana- se encuentran correlaciones positivas y significativas con la variable edad, además debemos resaltar que los estadísticos son relevantes para predecir. Estas relaciones indican que una mayor Edad se asocia con sentimientos de malestar y culpa después de percibir que se ingirió una cantidad grande de alimentos, así como el deseo o la práctica de conductas compensatorias como vómito autoinducido.

Por otro lado la variable Tiempo de estudiar danza sólo correlacionó significativamente con el factor internacional 5- *Fluctuaciones en el peso*-, sin embargo el estadístico no es útil.

Las relaciones entre las variables Edad y Tiempo de estudiar danza con el Total del BSQ e Índice de Masa Corporal (IMC) se presentan en la Tabla 9.

	TOTAL BSQ	IMC
EDAD.	** r=0.35	** r=0.64
TIEMPO DE ESTUDIAR DANZA	r=0.13	** r=0.33
**p<0.005		

Tabla 9. Correlaciones entre las variables Edad y Tiempo de estudiar Danza con el Total del Cuestionario BSQ e Índice de Masa Corporal (IMC)

El Total del cuestionario BSQ se asoció significativa y positivamente con la variable Edad, no así con el tiempo de estudiar danza. Mientras que el Índice de Masa Corporal se correlacionó con ambas variables, siendo el estadístico más relevante en la variable Edad. Lo anterior señala que cuando la Edad aumenta, crece la insatisfacción por la imagen corporal, por otro lado a mayor Edad y Tiempo de estudiar danza mayor es el porcentaje de grasa corporal

2.2 RELACION ENTRE LA SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO ALIMENTARIO -EAT Y BULIMIA- CON LA INFLUENCIA DEL MODELO SISTÉMICO CORPORAL -CIMEC-

Los resultados de las correlaciones entre los factores internacionales y para población mexicana del cuestionario CIMEC con cada uno de los factores -internacionales y nacionales- del cuestionario EAT se presentan en la Tabla 10

FACTORES DEL EAT.

Factores CIMEC	Total EAT	INTERNACIONALES PARA POBLACION MEXICANA.										
		1	2	3	1Mex	2Mex	3Mex	4Mex	5Mex	6Mex	7Mex	
1	r=0.17	** r=0.31	r=0.16	r=0.20	** r=0.35	r=0.13	* r=0.24	r=0.18	** r=0.34	r=0.03	r=0.17	
2	r=0.18	r=0.25	r=0.15	r=-0.06	* r=0.30	r=0.18	r=0.25	r=0.01	** r=0.34	r=0.09	r=0.16	
3	r=0.20	** r=0.31	r=0.14	r=0.18	* r=0.28	r=0.04	r=0.21	r=0.26	r=0.26	r=0.07	r=0.12	
4	r=0.12	r=0.21	r=0.27	r=0.14	* r=0.17	r=0.002	r=0.21	r=0.16	** r=0.32	r=0.09	** r=0.32	
5	** r=0.34	* r=0.36	** r=0.30	r=0.15	** r=0.34	r=0.07	** r=0.31	r=0.04	** r=0.31	r=0.16	r=0.26	
1Mex	r=0.18	r=0.24	r=0.16	r=0.11	r=0.26	r=0.14	r=0.26	r=0.02	** r=0.37	r=0.12	r=0.20	
2Mex	r=0.20	** r=0.35	r=0.19	r=0.21	** r=0.39	r=0.11	r=0.22	r=0.21	** r=0.34	r=0.38	r=0.15	
3Mex	r=0.12	r=0.05	r=0.09	r=0.18	r=0.02	r=0.05	r=0.16	r=0.19	r=0.03	r=0.08	r=0.08	
4Mex	r=0.12	r=0.05	r=0.07	r=0.18	r=0.02	r=0.026	r=0.04	r=0.08	r=0.15	r=0.02	r=0.09	
Total CIMEC	r=0.22	** r=0.32	r=0.13	r=0.20	** r=0.37	r=0.14	r=0.25	r=0.09	** r=0.34	r=0.10	r=0.24	

p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

Tabla 10. Correlación de los factores internacionales y para población mexicana del CIMEC y EAT

FACTORES INTERNACIONALES

FACTORES PARA POBLACION MEXICANA

FACTORES DEL CIMEC.

- 1 Malestar por la Imagen Corporal
- 2 Influencia de la publicidad
- 3 Influencia de mensajes verbales
- 4 Influencia de modelos sociales
- 5 Influencia de las situaciones sociales

- 1MEX. Influencia de la publicidad.
- 2MEX. Malestar por la Imagen corporal
- 3MEX. Influencia de los modelos corporales.
- 4MEX. Influencia de las relaciones sociales

FACTORES DEL EAT

- 1 Dieta.
- 2 Control oral
- 3 Bulimia

- 1MEX. Motivación para adelgazar.
- 2MEX. Evitación de alimentos engordantes
- 3MEX. Preocupación por la comida
- 4MEX. Presión social percibida
- 5MEX. Obsesiones y compulsiones
- 6MEX. Patrones y estilos alimentarios.
- 7MEX. Conductas Compensatorias

La puntuación Total del cuestionario CIMEC se correlacionó significativamente con el factor internacional del cuestionario EAT *Dieta* y con los factores para población mexicana *Motivación para adelgazar* y *Obsesiones y Compulsiones*, mientras que el Total del Cuestionario EAT mostró una correlación estadísticamente significativa con el factor internacional del CIMEC *Influencia de las situaciones sociales*.

Por otro lado se puede apreciar que los factores del CIMEC -nacional e internacional- *Malestar por la imagen corporal* se asocian significativamente con *Dieta* -factor internacional del EAT- y con *Motivación para adelgazar, Obsesiones y Compulsiones* -factores nacionales del EAT-.

Los factores -nacional e internacional del CIMEC- *Influencia de la publicidad* se asocia significativamente con el factor -nacional del EAT- *Obsesiones y compulsiones*; y sólo el factor internacional del CIMEC *Influencia de la publicidad* se relaciona significativamente con *Motivación para adelgazar* -factor nacional del EAT-.

También se observa una relación estadísticamente significativa entre el factor Internacional del CIMEC -*Influencia de mensajes verbales*- y el factor internacional del EAT - *Dieta*-.

La Influencia de los modelos sociales -factor internacional- presenta una correlación estadísticamente significativa con los factores -nacionales- del EAT *Obsesiones y Compulsiones* y *Conductas compensatorias*

Por otra parte el factor -nacional- *Influencia de las situaciones sociales* se relaciona significativamente con *Dieta* y *Control Oral* -factores internacionales del EAT- y con *Motivación para adelgazar*,

Preocupación por la comida y Obsesiones y Compulsiones -factores nacionales-.

Cabe señalar que todas las correlaciones significativas antes presentadas tuvieron un estadístico positivo y poco relevante. También se aprecia que el factor -internacional del CIMEC- *Influencia de las situaciones sociales* presentó un mayor número de relaciones con los factores -nacionales e internacionales- del EAT

Las asociaciones antes descritas señalan que la motivación para adelgazar, así como las conductas obsesivas y compulsivas respecto a la alimentación y el peso corporal, la restricción alimentaria, la preocupación por la ingestión de alimentos altos en calorías y las conductas compensatorias aumentan cuando existe mayor malestar por la imagen corporal que tiene que ver con la de influencia de artículos y temas de conversación con compañeras de clase, amigos y familiares con relación a la delgadez.

Los resultados obtenidos en la correlación de los factores internacionales y nacionales del CIMEC y del BULIT se señalan en la Tabla 11

FACTORES DEL BULIT.

FACTORES DEL CIMEC	INTERNACIONALES					PARA POBLACION MEXICANA			
	TOTAL BULIT	1	2	3	4	5	1MEX	2MEX	3MEX
1	** r=0.32	r=0.08	*** r=0.50	r=0.10	r=-0.14	r=-0.17	r=-0.08	*** r=0.49	r=0.10
2	*** r=0.43	r=-0.29	*** r=0.48	r=0.18	r=-0.09	r=-0.29	** r=0.30	*** r=0.48	r=0.18
3	** r=0.32	r=0.08	*** r=0.44	r=0.050	r=0.01	r=-0.23	r=0.07	*	r=0.30
4	** r=0.34	r=0.27	*** r=0.49	r=0.17	r=-0.15	r=0.35	r=0.28	** r=0.47	r=0.17
5	** r=0.28	r=-0.15	** r=0.30	r=0.013	r=0.08	r=-0.26	r=0.15	*	r=0.013
1MEX	*** r=0.46	r=0.26	*** r=0.52	r=0.18	r=-0.07	** r=0.31	** r=0.29	** r=0.49	r=0.17
2MEX	** r=0.34	r=0.09	*** r=0.51	r=-0.07	r=-0.17	r=-0.29	r=-0.15	*** r=0.51	r=0.06
3MEX	r=-0.08	r=-0.08	r=-0.02	r=-0.10	r=-0.12	r=0.03	r=0.04	r=0.04	r=0.11
4MEX	r=-0.22	r=0.24	** r=0.33	r=-0.20	r=0.01	r=-0.20	r=0.14	*	r=-0.20
TOTAL CIMEC	*** r=0.44	r=0.24	*** r=0.82	*** r=0.53	r=0.08	*** r=0.48	*** r=0.52	*** r=0.83	*** r=0.53

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Tabla 11. Correlación de factores internacionales y para población mexicana del los cuestionarios CIMEC y BULIT.

FACTORES INTERNACIONALES

FACTORES PARA POBLACION MEXICANA

FACTORES CIMEC

1. Malestar por la Imagen Corporal
2. Influencia de la publicidad
3. Influencia de mensajes verbales
4. Influencia de modelos sociales
5. Influencia de las situaciones sociales

- 1MEX Influencia de la publicidad
- 2MEX Malestar por la Imagen corporal
- 3MEX Influencia de los modelos corporales
- 4MEX Influencia de las relaciones sociales

FACTORES BULIT

1. Sobreingesta
2. Sentimientos posteriores a la sobreingesta
3. Vómito.
4. Preferencias alimentarias durante la sobreingesta
5. Fluctuaciones en el peso

- 1MEX Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.
- 2MEX Sentimientos posteriores a la sobreingesta
- 3MEX Conductas compensatorias

La puntuación total del cuestionario BULIT presenta una correlación significativa y un estadístico relevante con la puntuación

Total del CIMEC, esto señala que a mayor influencia por el modelo estético corporal mayor presencia de sintomatología Bulímica

También se observa que el total CIMEC se asoció significativamente con los factores –nacional e internacional del BULIT- *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* siendo los estadísticos muy altos, así como con los factores –internacionales- *Vómito y Fluctuaciones en el peso*. En los factores para población mexicana las relaciones estadísticamente significativas se dieron con *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación* y *Conductas compensatorias*.

Los factores –nacional e internacional- del CIMEC *Influencia de la publicidad*, se correlacionaron de manera significativa con el factor –nacional e internacional del BULIT- *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, así como con *Fluctuaciones en el peso* –factor internacional- y *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación* –factor nacional-.

Por otro parte los factores –nacional e internacional- del CIMEC *Malestar por la imagen Corporal* se correlacionaron significativamente con *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* –factor nacional e internacional del BULIT- presentado un estadístico más alto con el factor nacional.

La *Influencia de modelos sociales* –factor internacional del CIMEC- presenta una asociación estadísticamente significativa con los factores –nacional e internacional del BULIT-, *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* y con *Fluctuaciones en el peso* –factor internacional-

El factor *Influencia de Mensajes verbales* –internacional del CIMEC- se correlacionó significativamente con los factores nacional e internacional del BULIT- *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*

Por otro lado la *Influencia de las situaciones sociales* -factor internacional del CIMEC- se relaciona de manera significativa con los factores -nacional e internacional del BULIT- *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, siendo el estadístico bajo en ambos factores.

También se aprecia que el factor -nacional del CIMEC- *Influencia de las relaciones sociales* presenta correlaciones estadísticamente significativas con el factor -internacional- *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, teniendo un estadístico bajo.

Cabe resaltar que los factores -nacional e internacional- del CIMEC *Malestar por la Imagen corporal* y el factor -internacional- *Influencia de los modelos sociales* presentan un mayor número de correlaciones significativas con los factores -nacionales e internacionales- del BULIT. También se puede apreciar que la mayoría de las relaciones presentan estadísticos relevantes, excepto las correlaciones con el factor -nacional- del CIMEC *Influencia de las situaciones*.

Las correlaciones estadísticamente significativas de los factores -nacionales e internacionales- del cuestionario CIMEC y del cuestionario BULIT, indican que a mayor influencia de los modelos estéticos corporales aumentan los sentimientos de malestar y culpa después de haber percibido ingerir una gran cantidad de alimentos y de creer perder el control sobre el impulso alimentario, así como fluctuaciones con el peso corporal.

2.3 ANÁLISIS DE CORRELACIONES ENTRE LA PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO DE INSATISFACCIÓN CORPORAL (BSQ) CON LOS FACTORES -INTERNACIONALES Y NACIONALES- DE LOS CUESTIONARIOS EAT Y BULIT

En la tabla 12 se puede observar que la puntuación total del cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ) correlacionó significativamente y de manera positiva con la puntuación total del EAT, sin embargo el estadístico es bajo, lo cual muestra que a mayor

insatisfacción corporal mayor presencia de sintomatología de trastorno alimentario.

También se aprecia que la puntuación total del cuestionario BSQ se asocia significativamente con los factores –Internacionales– del EAT *Dieta* y *Control oral* y con los factores para población mexicana *Motivación para adelgazar* y *Preocupación por la comida*.

FACTORES DEL EAT.

	INTERNACIONALES			PARA POBLACION MEXICANA.					
	TOTAL EAT	1	2	3	1MEX	2MEX	3MEX	4MEX	5MEX
TOTAL BSQ	r=0.35 ***	r=0.46 ***	r=0.32 **	r=0.07	r=0.46 ***	r=0.05	r=0.34 **	r=-0.58	r=0.17

p<0.01 *p<0.001

Tabla 12. Correlación del Total BSQ con los factores internacionales y para población mexicana del EAT

FACTORES DEL EAT

FACTORES INTERNACIONALES.

- 1 Dieta
- 2 Control oral
- 3 Bulimia.

PARA POBLACION MEXICANA.

- 1MEX. Motivación para adelgazar
- 2MEX. Evitación de alimentos engordantes
- 3MEX. Preocupación por la comida
- 4MEX. Presión social percibida
- 5MEX. Obsesiones y compulsiones
- 6MEX. Patrones y estilos alimentarios
- 7MEX. Conductas Compensatorias

Como se observa en la Tabla 13, la puntuación total del cuestionario BSQ correlacionó significativamente con la puntuación total del BULIT, este resultado establece una relación entre una mayor insatisfacción corporal con una mayor presencia de sintomatología bulímica.

El Total BSQ correlacionó significativamente con el factor *Sentimientos posteriores a la sobreingesta* –nacional e internacional– siendo el estadístico relevante en ambos factores y con el factor internacional *Fluctuaciones en el peso*. Lo anterior señala que aumenta la insatisfacción corporal cuando existen mayor sentimiento de malestar y ansiedad después de haber percibido que se ingirió una

cantidad grande de alimentos, así como fluctuaciones en el peso corporal.

Cabe señalar que los estadísticos son más altos en las correlaciones significativas con el BULIT que con el EAT

FACTORES BULIT.

	INTERNACIONALES					PARA POBLACIÓN MEXICANA.			
	TOTAL BULIT	1	2	3	4	5	1MEX	2MEX	3MEX
TOTAL BSQ	*** r=0.36	r=0.14	*** r=0.52	r=0.19	r=-0.18	*** r=0.39	r=0.13	*** r=0.52	r=0.19

***p<0.001

Tabla 13. Correlación del Total BSQ con los factores internacionales y para población mexicana del BULIT.

FACTORES BULIT

INTERNACIONALES

1. Sobreingesta
2. Sentimientos posteriores a la sobreingesta
3. Vomito
4. Preferencias alimentarias durante la sobreingesta.
5. Fluctuaciones en el peso

PARA POBLACIÓN MEXICANA

- 1MEX. Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación
- 2MEX. Sentimientos posteriores a la sobreingesta
- 3MEX. Conductas compensatorias

III. COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON Y SIN TRASTORNO ALIMENTARIO.

3. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS CON CADA UNO DE LOS FACTORES DE LOS CUESTIONARIOS CIMEC, EAT Y BULIT

La comparación de los grupos con y sin trastorno alimentario en los factores internacionales y para población mexicana del CIMEC se indican en la Tabla 14.

	GRUPO SIN TRASTORNO (n=41)	GRUPO CON TRASTORNO (n=27)	"t" DE STUDENT.
FACTORES INTERNACIONALES			
Total CIMEC	$\bar{X} = 29.02$ DE= 10.84	$\bar{X} = 37.26$ DE= 14.71	t= 2.65 p<0.01
1) Malestar por la imagen corporal	$\bar{X} = 5.10$ DE= 3.05	$\bar{X} = 7$ DE= 3.75	t= 2.30 p< 0.05
2) Influencia de la publicidad.	$\bar{X} = 3.39$ DE= 2.88	$\bar{X} = 5.63$ DE= 4.51	t= 2.29 p<0.05
3) Influencia de los mensajes verbales	$\bar{X} = 1.95$ DE= 1.53	$\bar{X} = 2.67$ DE= 1.82	t= 1.74 p= 0.08
4) Influencia de los modelos sociales.	$\bar{X} = 4.10$ DE= 1.14	$\bar{X} = 4.56$ DE= 1.42	t= 1.47 p= 0.14
5) Influencia de las situaciones sociales	$\bar{X} = 2.88$ DE= 1.12	$\bar{X} = 3.78$ DE= 1.12	t= 3.24 p< 0.05
FACTORES ADICIONALES Y POBLACIÓN MEXICANA			
1) Influencia de la publicidad	$\bar{X} = 7$ DE= 5.13	$\bar{X} = 10.37$ DE= 7.17	t= 2.17 p< 0.05
2) Malestar por la imagen corporal	$\bar{X} = 6$ DE= 4.17	$\bar{X} = 8.37$ DE= 4.86	t= 2.17 p< 0.05
3) Influencia de los modelos estéticos corporales.	$\bar{X} = 7.2$ DE= 1.69	$\bar{X} = 7$ DE= 1.87	t= 0.70 p= 0.48
4) Influencia de las relaciones sociales.	$\bar{X} = 6$ DE= 2.71	$\bar{X} = 6$ DE= 2.64	t= 0.14 p= 0.88
\bar{X} = Media DE= Desviación Estándar.			

Tabla 14. Diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario con relación a los factores del CIMEC a través de la prueba "t" de Student

El grupo con trastorno alimentario presenta significativamente mayores puntuaciones en el Total del cuestionario CIMEC, así como en los factores *-nacional e internacional-* *Malestar por la imagen corporal* e *Influencia de la publicidad* y con el factor *-internacional-*

Influencia de las situaciones sociales. Lo anterior señala que la Influencia por el modelo estético corporal en las conversaciones y la publicidad, se encuentra mayormente en las estudiantes con trastorno alimentario.

En la Tabla 15, se aprecian promedios significativamente más altos para el grupo con trastorno alimentario, en el Total del cuestionario EAT y en los factores –internacionales– *Dieta* y *Control Oral*, así como en los factores –nacionales– *Motivación para adelgazar*, *Presión social percibida* y *Patrones y estilos alimentarios*. Lo cual implica que la sintomatología de trastorno alimentario, la práctica de dieta restrictiva y la presión subjetiva respecto a la alimentación y el peso corporal se presentan más frecuentemente en las participantes con trastorno alimentario.

	GRUPO SIN TRASTORNO. (n= 41)	GRUPO CON TRASTORNO (n=27)	"t" DE STUDENT
FACTORES INTERNACIONALES			
TOTAL EAT	$\bar{X}=19.15$ DE=7.56	$\bar{X}=31.63$ DE=9.54	t= 6.00 p< 0.001
1) Dieta	$\bar{X}=7.39$ DE=4.62	$\bar{X}=13.48$ DE=5.48	t= 4.94 p< 0.001
2) Bulimia y preocupación por la comida.	$\bar{X}=1.02$ DE=1.35	$\bar{X}=1.74$ DE=1.91	t= 1.81 p= 0.08
3) Control Oral	$\bar{X}=4.24$ DE=2.96	$\bar{X}=7.41$ DE=4.53	t= 3.49 p<0.001
FACTORES VALIADOS EN POBLACIÓN MEXICANA			
1) Motivación para adelgazar.	$\bar{X}=5.68$ DE=3.83	$\bar{X}=9.85$ DE=3.13	t=4.71 p<0.001
2) Evitación de alimentos engordantes	$\bar{X}=1.27$ DE=1.96	$\bar{X}=2.00$ DE=2.11	t= 1.46 p= 0.15
3) Preocupación por la comida	$\bar{X}=0.22$ DE=0.69	$\bar{X}=0.33$ DE=1.00	t= 0.56 p= 0.58
4) Presión social percibida.	$\bar{X}=1.68$ DE=2.13	$\bar{X}=3.07$ DE=2.66	t= 2.39 p<0.05
5) Obsesiones y compulsiones	$\bar{X}=1.37$ DE=1.20	$\bar{X}=2.26$ DE=2.01	t= 2.30 p<0.05
6) Patrones y estilos alimentarios	$\bar{X}=1.78$ DE=1.40	$\bar{X}=2.59$ DE=1.60	t= 2.21 p<0.05
7) Conductas compensatorias	$\bar{X}=0.05$ DE=0.21	$\bar{X}=0.07$ DE=0.39	t= 0.35 p= 0.73
\bar{X} = Media. DE= Desviación Estándar			

Tabla 15. Resultados de la comparación entre grupos en cada uno de los factores del EAT, mediante la prueba "t" de Student.

En la Tabla 16, se observa que las puntuaciones en el grupo con trastorno alimentario son significativamente más altas en los factores -internacionales- del BULIT *Preferencias alimentarias durante la sobreingesta* y *Fluctuaciones en el peso*, así como en los factores -nacionales- *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación* y *Sentimientos posteriores a la sobreingesta*, lo anterior

señala que los sentimientos de malestar, culpa y angustia después de haber percibido ingerir una gran cantidad de alimentos, así como la creencia de perder el control sobre el impulso alimentario y las fluctuaciones en el peso se encuentran mayormente en las estudiantes con trastorno alimentario.

	GRUPO SIN TRASTORNO (n=41)	GRUPO CON TRASTORNO (n=27)	"t" DE STUDENT
FACTORES INTERNACIONALES			
TOTAL BULIT	$\bar{X}=57.80$ DE=10.30	$\bar{X}=63.74$ DE=16.63	t= 1.66 p= 0.11
1) Sobreingesta	$\bar{X}=16.49$ DE=2.53	$\bar{X}=18.04$ DE=4.05	t= 1.77 p= 0.08
2) Sentimientos posteriores a la sobreingesta	$\bar{X}=19.20$ DE=4.43	$\bar{X}=22.15$ DE=7.79	t= 1.79 p= 0.08
3) Vómito.	$\bar{X}=3.44$ DE=1.29	$\bar{X}=3.70$ DE=1.88	t= 0.69 p= 0.49
4) Preferencias alimentarias durante la sobreingesta	$\bar{X}=4.83$ DE=1.24	$\bar{X}=4.04$ DE=1.48	t= 2.30 p<0.05
5) Fluctuaciones en el peso	$\bar{X}=2.95$ DE=1.09	$\bar{X}=3.81$ DE=1.44	t= 2.80 p<0.001
FACTORES AJUSTADOS EN POBLACION MEXICANA			
1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación	$\bar{X}=16.49$ DE=2.53	$\bar{X}=18.25$ DE=3.97	t= 2.06 p<0.05
2) Sentimientos posteriores a la sobreingesta.	$\bar{X}=19.34$ DE=4.31	$\bar{X}=22.33$ DE=7.75	t= 1.83 p< 0.01
3) Conductas compensatorias	$\bar{X}=3.44$ DE=1.28	$\bar{X}=3.70$ DE=1.88	t= 0.69 p= 0.49
\bar{X} = Media. DE= Desviación Estándar			

Tabla 16 Diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario con relación a los factores del BULIT, a través de la prueba "t" de Student

3.1. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS EN LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y SUBJETIVAS DE ESPALDA, CINTURA Y CADERA.

En la Tabla 17 se presentan las diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario en las medidas antropométricas

	GRUPO SIN TRASTORNO (n=41)	GRUPO CON TRASTORNO. (n=27)	"t" DE STUDENT
ESPALDA.			
MEDIDA ANTROPOMETRICA	$\bar{X}=41.97$ DE=2.70	$\bar{X}=43.39$ DE=2.86	t=2.09 p<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 PIZARRON	$\bar{X}=38.84$ DE=5.17	$\bar{X}=40.71$ DE=6.82	t=1.64 p=0.10
CINTURA			
MEDIDA ANTROPOMETRICA	$\bar{X}=31.39$ 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<0.05
MEDIDA SUBJETIVA CON SEÑALAMIENTO EN PIZARRON	$\bar{X}=30.82$ DE=3.79	$\bar{X}=33.21$ DE=4.72	t=2.23 p<0.05
CADERA			
MEDIDA ANTROPOMETRICA	$\bar{X}=42.17$ 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<0.05
MEDIDA SUBJETIVA CON SEÑALAMIENTO EN PIZARRON	$\bar{X}=36.6$ DE=4.91	$\bar{X}=38.96$ DE=8.16	t=1.72 p=0.09
\bar{X} = Media. DE= Desviación Estándar			

Tabla 17. Comparación entre los grupos mediante la prueba "t" de Student, con relación a las medidas antropométricas y las medidas subjetivas de espalda, cintura y cadera

Al comparar las medidas antropométricas -reales-, observamos que sólo existen diferencias significativas en la medida de Espalda, donde el grupo con trastorno alimentario, obtuvo puntuaciones más altas, sin embargo en las medidas subjetivas no se presentaron diferencias significativas. Por otro lado se aprecia que en las medidas subjetivas de la Cadera y la Cintura, donde no existen diferencias significativas en las medidas reales -antropométricas- si se aprecian diferencias significativas en las medidas subjetivas. Lo anterior indica que las participantes diagnosticadas con trastorno alimentario presentan realmente una medida mayor en el tamaño de su Espalda, sin embargo ellas no las perciben y donde no existen diferencias en la medida real -antropométrica-, como en la Cintura y la Cadera, éstas las perciben.

En la tabla 18, se presentan las diferencias entre los grupos con relación al total del cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ) e Índice de Masa Corporal (IMC).

	GRUPO SIN TRASTORNO (n=41)	GRUPO CON TRASTORNO (n=27)	"t" DE STUDENT
TOTAL BSQ	\bar{X} = 77.24 DE= 27.03	\bar{X} = 94.71 DE= 33.41	t= 2.27 p< 0.05
IMC	\bar{X} = 16.74 DE= 1.97	\bar{X} = 16.96 DE= 2.50	t= 0.40 p= 0.70

Tabla 18. Diferencias entre los grupos con y sin trastorno alimentario con relación al total del BSQ e IMC a través de la prueba "t" de Student

Los promedios significativamente más altos se aprecian en el grupo con trastorno alimentario en la puntuación total del cuestionario BSQ. Esto implica que la insatisfacción corporal está más presente en las estudiantes diagnosticadas con algún trastorno alimentario, no obstante cabe señalar que ninguno de los promedios

de los grupos superó el punto de corte para este cuestionario (≤ 105).

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), no se presentaron diferencias significativas entre los grupos, lo cual quizás se deba a que el promedio del grupo con trastorno alimentario agrupa tanto a las de un IMC más bajo -Anorexia Nerviosa-, como a las de mayor IMC -Bulimia y T.A N E-.

8. DISCUSIÓN

Los resultados de las investigaciones han señalado un mayor índice de trastornos alimentarios en profesiones que ponen mayor énfasis en la figura y el peso corporal, como el modelaje, el patinaje, los corredores y las bailarinas (Olson, Williford, Richards, Brown y Pugh, 1996; Smolak, Murnen y Ruble, 2000; Vabisman y Voet, 1996)

En la presente investigación se detectó 23.5% de trastornos alimentarios -Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa-, 16.1% de trastornos alimentarios no especificados en una población de 68 estudiantes de danza, ésta frecuencia es mayor a la señalada en estudios internacionales con bailarinas; 5% (Abraham, 1996a) y 6.5% (Garner y Garfinkel, 1985) Lo cual sugiere una inminente intervención en esta población a través de programas preventivos, así como más estudios que permitan ser más eficaces en la prevención de los trastornos alimentarios en estudiantes de Danza.

El trastorno alimentario con mayor frecuencia fue la Anorexia Nerviosa y se presentó en las estudiantes de menor edad, este dato coincide con lo señalado por los especialistas (Toro, 1996; Garner y Garfinkel, 1981), al referir que éste se desarrolla con mayor frecuencia en jóvenes adolescentes. A su vez la presencia de Bulimia Nerviosa se detectó -aunque con poca frecuencia- en las participantes de mayor edad, lo cual coincide con lo investigado por Vargas (1998), al señalar que son las bailarinas mayores de 17 años las que tienden más a desarrollar la sintomatología Bulímica.

Indicadores antropométricos

El análisis de las variables relacionadas al peso corporal se realizó, considerando el Índice de Masa Corporal (IMC) y la valoración del peso corporal.

Se pudo apreciar que todas las participantes se situaron en el rango de bajo peso de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) en la clasificación propuesta por Saucedo y Gómez (1997) Este resultado coincide con otras investigaciones (Unikel y Gómez, 1996; Abraham, 1996a) que indican la clasificación de bajo peso corporal de acuerdo al IMC entre las estudiantes de danza.

Al comparar a las estudiantes con psicopatología alimentaria con las que no la presentaron no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al IMC, sin embargo al realizar un análisis de acuerdo a los grupos de diagnóstico observamos que el grupo con Anorexia Nerviosa tuvo un IMC cercano al infrapeso, mientras que los grupos con Bulimia Nerviosa y Trastorno Alimentario No Especificado (TANE) presentaron un IMC cercano al establecido como normal. A diferencia de todos los grupos clínicos, las que no presentan trastorno alimentario se ubicaron en un valor intermedio -del rango de bajo peso-.

Si bien se debe considerar que el IMC es dependiente de la edad en las preadolescentes, 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 que en poblaciones de disciplinas como la danza, 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.

En lo que respecta a la conformidad con su peso corporal, la literatura señala que las estudiantes de danza desean en su mayoría ser más delgadas (Montanari y Zietkewicz, 2000, Unikel y Gómez, 1996), sin embargo en la presente investigación aunque se aprecia que la mayoría de las estudiantes (n= 44) refirieron desear ser más delgadas, paradójicamente las que presentaban un trastorno alimentario no especificado y las control -es decir sin trastorno alimentario-, fueron las que desearon significativamente un peso inferior al que tenían, lo cual puede deberse a que los estándares corporales que exige la disciplina dancística a estos grupos son mayores, sin considerar los riesgos que esto conlleva. Ya que sabemos que las bailarinas tienen una fuerte presión por parte de los entrenadores para bajar de peso y así lograr una máxima ejecución, además de encontrarse inmersas en un ambiente altamente competitivo que fomenta el deseo y la necesidad de adquirir una figura emaciada (Garner y Garfinkel, 1985; Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999; Abraham, 1996b; Unikel y Gómez, 1996)

Cabe resaltar que el peso corporal referido por las estudiantes fue un buen indicador de su peso real, por lo que podría usarse en este tipo de población cuando se carece de este parámetro.

La comparación entre medidas subjetivas y reales -es decir antropométricas- de la espalda, la cintura y la cadera presentan interesantes resultados:

a) Al comparar los grupos con y sin trastorno alimentario, observamos diferencias en las medidas subjetivas de la cadera y la cintura -siendo esta última más marcada-, aunque en realidad no existen diferencias, sin embargo en la espalda que si existen diferencias significativas en las medidas reales, los grupos no las perciben en sus medidas subjetivas.

b) La cintura aparece como un perímetro especialmente ansiógeno, al comparar el Índice de Percepción Corporal (IPC), la mayoría de las participantes sobre-estimaron su tamaño -especialmente el grupo con TANE-. Sobre-estimación que se confirma al comparar las medidas de cintura reales y las subjetivas.

c) Los grupos de Anorexia y Control fueron lo que subestimaron mayormente su medida de cadera.

d) El grupo de Anorexia fue el que mayormente subestimó sus medidas de espalda y cadera.

De acuerdo a los datos anteriores, se puede señalar que para las estudiantes de danza es más importante la percepción subjetiva que la realidad, cuando hablamos de valoración corporal, ya que cuando no existían diferencias en sus medidas antropométricas las participantes las percibían -en sus medidas subjetivas- y cuando estas diferencias se presentaban las estudiantes no las percibían.

Toro (1996) señala que las partes del cuerpo que más preocupan son mayormente observadas y atendidas experimentado así una fuerte ansiedad, de acuerdo a ello en la presente investigación el perímetro más ansiógeno fue la cintura, ya que en todas las estudiantes parece tener gran atención, la cual puede estar relacionada como lo señala Baz (1996) con una cualidad estética en las bailarinas, o como lo indica Freedson (1988), que es en esta parte del cuerpo donde se desprende y se da agilidad a los movimientos corporales.

El grupo con Anorexia Nerviosa fue el que presentó mayor alteración en su percepción corporal, ya que subestima sus medidas de espalda y cadera, mientras sobre-estima la medida de su cintura.

Con relación a esto se ha indicado que las pacientes con Anorexia Nerviosa de muestras comunitarias, sobrestiman sus medidas corporales, específicamente muslos, caderas y abdomen, alterando así su imagen corporal (Toro, 1996, Montanari y Zietkewicz, 2000) En la presente investigación el grupo diagnosticado con anorexia nerviosa subestimó -espalda, cadera- y sobre-estimó -cintura-, esto sugiere que el curso del trastorno alimentario o de algunos de sus síntomas en poblaciones de riesgo como la danza podría ser diferente a población comunitaria.

Edad y Tiempo de estudiar danza

Con respecto al análisis de las variables Edad y Tiempo de estudiar danza se observó que la edad fue más relevante.

El tiempo de estudiar danza sólo fue importante en su relación con la influencia de las relaciones sociales, mostrando que conforme pasa el tiempo de estudiar danza el medio social cobra un importante papel para las estudiantes de danza. Este resultado pareciera diferir de lo informado por Toro (1996) y Pigeon, Oliver, Charlet y Rochiccioli, (1997), donde a mayor tiempo de estudiar danza se desarrollan conductas inapropiadas de control de peso y se presentan alteraciones en el organismo físico, a diferencia de esto en la presente investigación el tiempo de estudiar danza sólo fue relevante en la mayor influencia de las relaciones sociales al tratar temas sobre el control de peso o la práctica de conductas compensatorias, para adquirir una delgadez que conlleva admiración y triunfo. Lo cual posiblemente se debió a que el rango del tiempo de estudiar danza en las participantes del presente estudio no fue muy grande, por lo que el tiempo de estudiar danza en periodos más largos e incluso en bailarinas profesionales debe ser considerado en futuras investigaciones.

De acuerdo al análisis de los datos del presente estudio, observamos que la edad aparece como una variable muy importante en las estudiantes de danza. Ya que muestra relaciones importantes y positivas con a) la sintomatología de Bulimia Nerviosa, b) la influencia de modelos estéticos corporales de delgadez y c) en menor medida la insatisfacción corporal

Sintomatología de Trastorno Alimentario

La sintomatología de trastorno alimentario en estudiantes de danza ha sido también señalada por Montanari y Zietkiewicz (2000), Brickell (1996) y Abraham, (1996b), al encontrar características propias de la Anorexia Nerviosa en esta población, como la práctica de dieta restrictiva y conductas compensatorias, así como un gran deseo por baja de peso.

En la presente investigación la sintomatología de trastorno alimentario fue evaluada a través del cuestionario EAT, si comparamos al grupo con y sin trastorno alimentario, se observa significativamente mayor sintomatología en el grupo con trastorno. Al considerar los factores internacionales se puede interpretar que este grupo realiza significativamente mayor número de conductas relacionadas a las dietas restrictivas y control del consumo de alimentos conocidos como hipercalóricos, sin embargo al comparar los factores para población mexicana de este cuestionario se puede señalar que las estudiantes de danza con trastorno alimentario, si presentan mayor motivación para adelgazar, pero no mayor evitación de alimentos llamados "engordantes", además estos factores -para población mexicana-, señalan que el grupo con trastorno percibe significativamente mayor presión para aumentar de peso, así como que le son denunciados por su entorno sus raros estilos alimentarios. Por tanto podemos decir que entre las actitudes alimentarias anómalas entre las estudiantes de danza con trastorno alimentario, la

dieta restrictiva es uno de los métodos más extendidos. Cabe señalar que este tipo de conductas no tuvieron relaciones relevantes con la edad y el tiempo de estudiar danza.

La sintomatología de bulimia parece estar más presente en las estudiantes de mayor de edad, siendo los factores más relevantes *Sentimientos posteriores a las sobreingesta, conductas compensatorias y vómito*. Este resultado señala que con el paso del tiempo las estudiantes aumentan su sintomatología de Bulimia Nerviosa, lo cual coincide con el diagnóstico, ya que las estudiantes con Bulimia Nerviosa fueron de mayor edad que las diagnosticadas con Anorexia Nerviosa, sin embargo se debe aclarar que en la entrevista de diagnóstico la "sobreingesta" señalada por las estudiantes no coincidía con la sintomatología bulímica, ya que las cantidades consumidas de alimento en éstos episodios eran ínfimas, aunque sí provocaban sentimientos de malestar por percibir que se había roto con la dieta auto-impuesta.

Por otra parte parece especialmente riesgoso para esta población que las conductas compensatorias y entre ellas el vómito aumenten con la edad, por que dichas conductas están asociadas al inicio de los trastornos alimentarios y de acuerdo a algunas investigaciones el vómito autoinducido, el uso de laxantes y diuréticos son una práctica común en el ambiente escolar de las estudiantes de danza (Pulh, Brow y Voy, 1998; Abraham, 1996a), por lo que el estudio de programas preventivos en estas poblaciones debe ser considerado.

Al comparar los grupos con y sin trastorno alimentario en lo que respecta a sintomatología bulímica, sólo observamos significativamente mayor presencia de alimentos calóricos en la

sobreingesta, fluctuaciones del peso y sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta en el grupo con trastorno

Influencia de los modelos estéticos corporales

La influencia de los modelos estéticos corporales es importante en su valoración porque señala en que medida el apropiarse de un modelo de "extrema delgadez" puede estar relacionado con la sintomatología de una psicopatología alimentaria –en el presente estudio se evaluó a través del cuestionario CIMEC–, además señala qué medios sociales fueron más relevantes para el grupo o la persona en la promoción de este modelo

Al comparar al grupo con y sin trastorno alimentario se observó que la influencia del modelo estético corporal se presentó significativamente más en el grupo con trastorno, el cual también tenía mayor malestar por la imagen corporal y era más sensible a los medios publicitarios cuando hablaban de modelos corporales. Estos datos se vuelven más relevantes cuando vemos que tales rasgos se asocian con mayor sintomatología de trastorno alimentario, especialmente dieta, conductas compensatorias –al parecer mayor ejercicio– y sentimientos negativos después de la sobreingesta.

Los anuncios referidos al cuerpo han creado y difundido un papel relevante en la adquisición del modelo estético de extrema delgadez, principalmente en la etapa de la adolescencia al existir una mayor susceptibilidad por los modelos sociales, por lo que la valoración, el reconocimiento y la atención por la figura corporal, se dan con el fin de adquirir aceptación tanto en la propia opinión como en la de los familiares y amigos (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Buendía y Rodríguez, 1996; Toro, Cevera y Pérez, 1989).

En lo relacionado a los resultados de la variable edad, podemos observar que a mayor edad las estudiantes de danza introyectan más el modelo corporal de "extrema delgadez" y es la influencia de la publicidad, de productos adelgazantes, las pláticas con amigos y familiares, así como los comentarios verbales sobre temas de "delgadez" lo que más influyen en ellas. Respecto a esto se ha señalado que en los últimos años el modelo social de delgadez se ha reforzado a través de los medios de comunicación, los cuales refieren al cuerpo como un organismo que debe ser sometido o controlado con el fin de adquirir una figura que conlleva admiración, triunfo y belleza (Toro, 1996). En disciplinas como la danza, donde el cuerpo ocupa mayor relevancia, la delgadez extrema sea visto como un sinónimo de esfuerzo y tenacidad en la técnica, además de conllevar admiración, privilegios y triunfo, aún cuando se tenga que recurrir a conductas inapropiadas en la alimentación (Abraham, 1996a; Unikel y Gómez, 1996).

Cabe destacar que el ambiente escolar también influye en su ideal de delgadez, esto se apreció en el análisis de la subescala *Influencia de las situaciones sociales* la cual se relacionó mayormente con la sintomatología alimentaria, esta subescala refleja la aceptación social atribuida a la delgadez y la presión social que se cree tener cuando se ingieren alimentos, en las participantes esta asociación está dada por el ambiente y la disciplina, además de la fuerte influencia de los entrenadores por cumplir con la técnica y esforzarse para adquirir una delgadez corporal, como practicar ejercicio, llevar una determinada dieta e incluso recomendar conductas inapropiadas, pero comunes entre las estudiantes de danza (Pigeon, Oliver, Charlet, Rochiccioli, 1997, Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

Insatisfacción Corporal.

Los resultados de algunas investigaciones han señalado que la mayoría de las estudiantes de danza se encuentran continuamente en descontento con su figura corporal, debido al deseo por alcanzar un ideal de delgadez que les permita efectuar con agilidad y destreza cada uno de sus movimientos corporales (Garner, Rosen y Barry, 1998).

En la presente investigación la insatisfacción corporal se evaluó a través del cuestionario BSQ. La puntuación a este cuestionario fue significativamente mayor en el grupo con trastorno alimentario, sin embargo ninguna de las dos puntuaciones de los grupos supera el punto de corte para éste cuestionario. Por lo que la insatisfacción corporal no fue una constante en la población estudiada, ya que se pudo apreciar que sólo el 22% de la población la presentó, siendo en el grupo con trastorno alimentario no especificado (T.A.N.E.) donde existió mayor presencia (45.5% de las participantes de este grupo)

De acuerdo con la literatura esta insatisfacción corporal puede provenir de los juicios hechos por los entrenadores y las compañeras de clase al no cumplir con los requisitos que la técnica demanda, así como el compara su cuerpo con aquellos que objetivamente presentan mayor agilidad y/o que constantemente reciben una exaltación (Fulkerson, Keel, Leon y Dorr, 1999; Ogden y Thomas, 1997).

Cabe señalar que cuando la insatisfacción corporal se presenta en esta población podría señalarnos riesgo de trastorno alimentario por su asociación a sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y frecuencia de dietas. Este dato concuerda con algunas investigaciones que señalan que la insatisfacción corporal está

asociada al desarrollo y mantenimiento de algún trastorno alimentario (Garner, Rosen y Barry, 1998).

Cuestionarios utilizados

De acuerdo a los resultados se puede señalar que los cuestionarios utilizados brindaron la información necesaria para esta investigación, que al comparar los factores para población mexicana con los internacionales, se observa que los primeros brindaron mejor información especialmente en el caso de los cuestionarios EAT y CIMEC.

Los resultados descritos en el presente estudio brindan información importante sobre los factores sociales asociados a la sintomatología de trastorno alimentario en estudiantes de danza, sin embargo es necesario considerar en futuras investigaciones:

- Un rango de tiempo mayor en el estudio de la danza.
- Realizar un estudio longitudinal que permita recabar más datos sobre la insatisfacción corporal y la influencia del modelo de delgadez entre las estudiantes de danza.
- Comparar la sintomatología alimentaria en poblaciones de riesgo (danza) con población comunitaria.
- Considerar la eficacia del Índice de Masa Corporal como un instrumento de tamizaje.

9. CONCLUSIONES.

- La frecuencia de trastornos alimentarios en el presente estudio fue de 19.1%, siendo la Anorexia Nerviosa el trastorno con mayor frecuencia entre las estudiantes de menor edad, mientras que la Bulimia Nerviosa (4.4%) se encontró en las estudiantes de mayor edad.
- El Índice de Masa Corporal (IMC), puede ser utilizado como una herramienta de apoyo en la detección de trastornos alimentarios, principalmente en disciplinas que ponen mayor atención a la figura corporal, como lo es la danza, ya que puede hacer una clasificación rápida del peso corporal, permitiendo así una pronta y detallada valoración en la persona.
- El peso referido puede ser un buen indicador del peso real.
- En las medidas antropométricas se observó que el perímetro más ansiógeno en la mayoría de las participantes, fue la cintura.
- De acuerdo al Índice de Percepción Corporal (IPC) el grupo con Anorexia Nerviosa presentó mayor alteración en su percepción corporal, al subestimar sus medidas de Espalda y Cadera y sobre-estimar la medida de su Cintura.
- En cuanto a la valoración corporal se puede señalar que entre las estudiantes de danza la percepción subjetiva es más importante que la realidad objetiva.

- Los factores que pueden ser asociados a la sintomatología de trastorno alimentario son la práctica de dietas restrictivas y la motivación para adelgazar.
- La sintomatología de bulimia parece estar más presente en las estudiantes de mayor edad, siendo los factores más relevantes sentimientos posteriores a la sobreingesta, conductas compensatorias y vómito.
- De la influencia por el modelo estético corporal se pudo apreciar que los factores influencia de las situaciones sociales, influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal presentaron relaciones relevantes con la sintomatología alimentaria. También se apreció que a mayor edad las estudiantes de danza introyectan más el modelo corporal de extrema delgadez
- La insatisfacción corporal no fue una constante en la población estudiada, sin embargo cuando esta se presentó adquirió relevancia por su asociación con sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y frecuencia de dietas, factores de riesgo en los trastornos alimentarios.

REFERENCIAS.

- Abraham, S. (1996a). Characteristics of eating disorders among young ballet dancers, *Psychopathology*, 29 (4), 223-229.
- Abraham, S. (1996b). Eating and weight controlling behaviors of young ballet dancers. *Psychopathology*, 29 (4), 218-222.
- Aisenson, A. (1981) *Cuerpo y persona, filosofía y psicología del cuerpo vivido*. México. Fondo de cultura económica.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3ª.Ed.), Washington: Copyright American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3ª.Ed.), Washington: Copyright American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4ª.Ed.), Washington: Copyright American Psychiatric Association
- Archinard, M. y Scherer, V. (1995). Training in classical dance in childhood and adolescence: What influence on bulimia nervosa in adult patients. *Eating disorders*, 3-2, 111-116.
- Attie, L. y Brooks-Gunn, J. (1989) Development of eating problems in adolescent girls. a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25 (1), 70-79
- Albelo, I. (1994). La danza del 2000. *Revista teatral escena*, 15-16 (35), 47-51
- Álvarez, G.L. (2000). Validación en México de los instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. *Tesis de maestría*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Alvarez, G.L., Mancilla, J.M., Martínez, M. y López, X. (1998). Aspectos psicosociales en la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-57.
- Baz, M. (1996). *Metáforas del cuerpo. un estudio sobre la mujer y la danza*. México: UNAM-UAM
- Beil, C., Kirkpatrick, S. y Rinn, R. (1986) Body image of anorexic, obese, and normal females. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 431-439.

- Bejarano, G. (1996). La gestualidad en la danza: lenguaje no verbal. *Revista Teatral Escena*, 17-18 (36/37), 37-40.
- Brickell, T. (1996). Anorexia and Bulimia: a ballet perspective. *Achper healthy lifestyles journal*, 43 (3), 17-22
- Brownell, K. y Foreyt, J. (1986). *Handbook of eating disorders*. E U.A.: Basics Books.
- Brown, T., Cash, T., y Mikulka, P. (1990). Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the body-self relations questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55 (1-2), 135-144.
- Bruchon - Schwertzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona Herder.
- Buendía, J. y Rodríguez (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Masson.
- Cash, F. (1990). *Body image enhancement: a program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford
- Casillas, L y Vargas, L. A. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de nutrición*, 16 (15), 34-46.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991) The eating attitudes test: validation of the spanish version *Psychological Assessment*, 2, 175-190.
- Corona, A. (1998). El gobierno del cuerpo: tecnologías disciplinarias y administración dietética. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 5 (2), 3-14.
- Cooper, P.J., Taylor, M., Cooper, Z y Faiburn, C G. (1987). The development and validation of the body share questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6 (4), 485-494
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Crowther, D., Tennenbaum, S., Hobfoll, M. y Stephens, P (1992). *The etiology of bulimia nervosa*. E.U.A . Hemisphere Publishing
- Dallal, A. (1989). *La danza en México*. México, UNAM Instituto de investigaciones estéticas

- Duncan, E. y Agronick, G. (1998). Personality and social change: individual differences, life path, and importance attributed to the women's movement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 545-565.
- Escobar, I. (1982). *Prevalencia de conductas en pacientes que padecen anorexia o bulimia nerviosa, en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura en psicología. México: Universidad Iberoamericana.
- Enciclopedia Universal Sopena (1995), Tomo IV, México: Sopena 749.
- Fallon, A. y Rozin, P. (1985). Short reports .Sex Differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal Psychology*, 9, (1), 102-105.
- Freedson, P (1988). *Body composition, characteristics of female ballet dance*. Illinois: Human kinetics publishers
- Fisher, S (1986) *Body consciousness: you are what you feel*. U.S.A.: Spectrum-book
- Foucault, M. (1984) *Vigilar y Castigar Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XIX
- Fulkerson, J., Keel, P., Leon, G. y Dorr, T. (1999). Eating disorder ed behaviors and personality characteristics of high school athletes an nonetheless. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 73-79
- Furnham, A y Calnan, A (1998). Eating disturbance, self - esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6 (1), 58-72.
- Garner, M y Garfinkel, E. (1979). The eating attitudes test: an Index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicines*, 9, 273-279
- Garner, M. y Garfinkel, E (1981). Body imagen in anorexia nervosa measurement, theory and clinical implications. *International journal of psychiatry in medicine*, 11, 263-284.
- Garner, M. y Garfinkel, E. (1985). *Handbook of psychoteherapy for anorexia nervosa and bulimia*. U.S.A : Guilford Press.
- Garner, M , Garfinkel, E., Schwartz, D. y Thompson, M. (1980). Cultural spectations of thinnnes in women. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

- Garner, D., Rosen, L. y Barry, D. (1998). Eating disorders among athletes: Research and recommendations *Child y Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7 (4),
- Gómez (1998). Imagen Corporal ¿Qué es más importante sentirse atractivo o verse atractivo?. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 27-33.
- Guillemont, A. y Laxanaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Masson.
- Hartz, A. J., Rupley, D.C., Kaalkhoff, R.K. y Remm, A.A. (1983). Relationship of obesity level and body fat distribution. *Preventive Medicine*, 12, 751-757.
- Hoare, P. y Cosgrove, L. (1998). Eating habits, body-esteem and self-esteem in scottish children and adolescents *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (5), 425-431.
- Holderness, C., Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1994). Eating disorders and substance use: a dancing vs a non dancing population. *Medicine and science in sport and exercise*, 26(3), 297-302.
- 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. *Psychological Assessment*, 10, 41-48.
- Johnson, C. y Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia perspectivas biopsicosociales. en C Feinstein y D Sorosky (Eds.), *Trastornos de la alimentación*. Argentina: Nueva visión.
- Jhonson, C., Powers, S. y Dick, R. (1999). Athletes an eating disorders: the national collegiate athletic association study. *International Journal Eating Disorders*, 26, 179-188.
- Kaplan y Sadock's. (1994). *Synopsis of Psychiatry U S A* Williams and Wilkins.
- Montanari, A. y Zietkiewicz, E.A. (2000). Adolescent south African ballet dancers. *South African Journal of Psychology*, 30, 31-35.
- Mora, M. (1992). Modelo causal explicativo del comportamiento bulímico en una muestra universitaria *Tesis Doctoral*, Universidad Nacional Autónoma de Barcelona.

- Morton, R (1986). *Phithisiologica: Or-a-treatise of consumptions*. en KD Brownel y J Fureyt *Handbook of eating disorders*, E.U.A: Basics Books.
- Ogden, J. y Thomas, D. (1997). The role of familial values in derstanding the impact of social class on weight concern *International Journal of Eating Disorders*, 25, 273 – 279.
- Olson, M ; Williford, H , Richards, L., Brown, J. y Pugh, S. (1996). Self- reports on the eating disorder inventory by female aerobic instructors. *Percep mot skills*, 82 (3), 1051-1058
- Pierce, E., Daleng, M. y Mc Gowan, R. (1993). Scores on exercise dependence among dancer. *Percept Mot Skills*, 76 (2), 531-535.
- Perpiña, C., Ibañez, E., y Capafons, A. (1988). Trastornos alimenticios o el limite entre lo normal y lo patológico. *Anales de Psiquiatría*, 4 (5), 176-182.
- Philip, N , Myers, Jr. y Frank, A. (1992) The elastic body image: the effect of television advertising and programming on body image distortions in young women *Journal of Communication*, 42 (3), 108 – 133.
- Pigeon, P., Oliver, I., Charlet, J. y Rochiccioli, P (1997). Intensive dance practice. Repercussions on growth and puberty. *Am Journal Sports Medicine*, 25 (2), 243-247.
- Puhl, J., Brow, H. y Voy, R. (1988). *Sport science perspectives for woman* Illinois: Human kinetics books.
- Raich, R (1998) Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 15-26.
- Rausch, C. y Bay, L. (1990). *Anorexia y Bulimia*. México Paídos.
- Rippon, C., Nash, J., Myburgh, K. Y Noakes, T. (1988). Abnormal eating attitudes test scores predict menstrual dysfunction in lean females. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (5), 617-624
- Rosen, J. y Ramírez, Z. (1998). The nature of body dimorphic disorder and treatment wit cognitive-behavior therapy. *Journal of psychosomatic Research*, 44 (3-4), 441-449
- Román, M. , Mancilla, J., Álvarez, G. y López, X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Psicología Contemporánea*, 5 (2), 22-29.

- Samperi, R., Collado, C, Lucio, P. (1998) *Metodología de la investigación*. México: Mc. Graw-Hill, Interamericana.
- Saucedo, T. J. y Gómez, G (1997). Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en adolescentes mexicanas *Acta Pediátrica de México*, 188 (1), 19-27
- Smith, C. y Thelen, M. (1979). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 52 (53), 863-872.
- Smolak, L., Murnen, S y Ruble, A. (2000). Famele athletes and eating problems: A metanalysis. *International Journal Eating Disorders*, 27 (4), 371-380.
- Thompson, C. (1991). *Los orígenes de la psiquiatría moderna*. Barcelona: Ancora.
- Thompson, K, Coovert, M. y Stormer, S.(1999) Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal Disorders*, 23, 43-51.
- Toro, J. (1996) *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad* Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. (1989). Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 23, 132-136.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acct psychiatry scandinave*, 89, 147-151.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Madrid: Martínez Roca.
- Turón, J. (1997). *Trastornos de la alimentación* España: Masson.
- Unikel, S. y Gómez, P. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria *Psicopatología*, 16, 121-126
- Vabisman, N. y Voet, H. (1996). Weinght perception of adolescent dancing school students. *Archives of pediatrics and adolescent medicin*,. 150, 203-210.

- Vandereycken, W. y Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls. The history of self-starvation*, London: Athlone.
- Vargas, E. (1998). Desarrollo de una investigación de mercado sobre los desórdenes de la alimentación con estudiantes y consideraciones al respecto. *Tesis de licenciatura*, México: Universidad Iberoamericana.
- Vázquez, R.; Alvarez, G. L. y Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del cuestionario de la influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G. L., Ocampo, T y Mancilla, J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas de danza: un estudio preliminar. *Psicología Contemporánea*, 7 (1), 56-63.
- Vírseda, J. (1995). Autoimagen y alimentación: un estudio preliminar. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 35-39.
- Weich, P. (1998). Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en secundarias y preparatorias laicas y religiosas de la ciudad de México. *Tesis de Licenciatura*, México: Universidad Iberoamericana.
- Werner, M., Rosenthal, S. y Biro, F. (1991). Medical needs of performing arts students. *Journal Biological y Medical Sciences*, 12 (4), 294-300.
- Williamson, D. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*. U.S.A.: Pergamon Press.
- Williamson, D., Davis, C., Duchman, E., McKenzie, S. y Watkins, P. (1990) *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa*, New York: Pergamon Press.
- Yamane, T. (1979). *Estadística*. México: Harla.