



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### “IMAGEN CORPORAL, TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA EN BAILARINES DE DANZA FOLKLÓRICA”

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Brenda Gabriela Sánchez Trejo**

**Directora:** Dra. **Mayaro Ortega Luyando**

**Dictaminadores:** Dra. **Adriana Amaya Hernández**

Dra. **Cristina Alejandra Mondragón Maya**

Apoyo PAPIIT IA302618 y IA302320

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2020





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.

# *Agradecimientos*

Al Grupo de Investigación en Nutrición (GIN) de la FES Iztacala le doy mi más grande agradecimiento, sin su apoyo el presente trabajo no habría podido concluirse.

Este reporte de investigación fue financiado por **PAPPIIT No. IA302618 y**

**IA302320**

## *A mi familia...*

Porque sin importar los tiempos y las tempestades, ellos siempre han estado para mí.

Agradezco a mi **mamá**, que no importa cuántas veces batalló para que yo pudiera ser quién soy ahora, jamás perdió la confianza en mí, supo guiarme con su amor y si, también siendo algo estricta... en ocasiones. Ella es la mismísima representación del amor de madre, por eso estaré siempre agradecida con ella.

A mi **papá**, quien a pesar de los enfados y las dificultades, siempre buscó apoyarme de alguna manera, en la medida de sus posibilidades... gracias por todo papá.

A **Juan y Ariana**, porque ambos se han esforzado por ser los mejores hermanos para mí, a han hecho un esfuerzo inimaginable para que yo pudiera lograr esta gran meta en mi vida, jamás estaré lo suficientemente agradecida con ellos por su enorme amor y apoyo. Son los mejores para mí.

A la pequeña **Dani**, quien no se imagina cuántas alegrías e inspiraciones me ha dado, aún con su corta edad. Ella pudo ayudarme en muchas maneras, y por eso mi amor es para ella.

### *A mis amigos...*

Pocas veces en la vida te encuentras personas que, sin más, se quedan a tu lado sin importar si ríes o lloras... especialmente si es por la tesis.

A **Rudy, Mau y Jhosep**, no tengo palabras para expresar lo agradecida que estoy con ustedes tres, me han acompañado en los momentos más tristes, de más estrés, han estado ahí para consolarme y secar mis lágrimas (que han sido muchas, he de admitir) ... pero, sobre todo, han estado para darme alegrías y enseñarme, entre tantas cosas, que no estoy sola. Tienen mi amor por igual.

A **Pame**, uno de los mejores regalos que me pudo dar la facultad. Sin su ayuda, apoyo, amor, comprensión y una infinita lista... en fin, sin ella estaría perdida, porque ha sabido prender una luz cuando más sumergida en la oscuridad me he sentido. Por sus corajes, lecciones y amor, está presente en mi andar.

A **Frida**, quien con su frase “la luz no se hizo en un día”, supo consolarme y darme impulso para seguir construyendo este trabajo que ahora tengo la dicha de presentar. A ella no la suelto y ando a su lado (a la distancia) con mucho amor.

A **Benji, Arely y Chabe**, quienes me han demostrado que aún a la distancia, un amigo siempre estará ahí para hablar, bromear, llorar, cuidarnos... no se imaginan el amor que les tengo a los tres. Gracias por estar siempre presentes en este proceso, desde la prepa hasta...  
(no hay límite).

A **Kika**, la distancia no ha hecho nada en nuestra contra, agradezco el tiempo que me ha dedicado, su amor, cariño y comprensión. Tan presente en mi camino, nuevamente, la distancia no importa.

A **Fer**, a pesar de las diferencias que podamos tener, cuando ha tenido oportunidad me ha demostrado su apoyo, esas horas de plática están presentes en mi mente y corazón... Le agradezco por estar al pendiente de este proceso, incluso al final.

A la doctora **Ana Elena**, mi más grande agradecimiento para usted, me ha dado su apoyo tanto a nivel profesional como personal, su cariño y enseñanzas me acompañaron en este proceso... e incluso después de éste.

### *Para alguien especial...*

**Andrés**, el amor de mi vida... tú sabes nuestro cuento. Te amo por todo.

## *A las co-protagonistas de este asunto...*

A **Mayaro**, porque confió en mí, me aceptó para culminar este proyecto y me apoyó en muchísimas maneras, no estaré lo suficientemente agradecida por tantas enseñanzas, apoyo e incluso palabras que me ayudaron a seguir adelante, porque no solo influyó en el aspecto académico... Gracias.

A la doctora **Adriana y Raquel**, quienes anduvieron con nosotras (Mayaro y yo) de arriba abajo luchando por obtener la parte “fuerte” de este trabajo, sin ellas habría estado perdida.

Su apoyo fue enorme y les agradezco infinitamente.

## *Y, finalmente...*

A mi alma máter... “Por mi raza hablará el espíritu”

## ÍNDICE

RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES .....	11
1.1 Trastornos de la conducta alimentaria .....	11
1.1.1 Modificaciones del DSM-IV al DSM-5 .....	12
1.1.2 Anorexia nerviosa (AN) .....	13
1.1.3 Bulimia nerviosa (BN) .....	13
1.2 Imagen corporal .....	14
CAPÍTULO II. LA DANZA Y SU EVOLUCIÓN .....	16
2.1 Definición de danza .....	16
2.1.2 Danza en México .....	17
2.2 Evolución de la danza .....	17
CAPÍTULO III. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	19
3.1 Método .....	20
3.2 Búsqueda de Artículos .....	21
3.3 Análisis de los artículos .....	22
3.3.2 Estudios Nacionales .....	30
JUSTIFICACIÓN .....	33
OBJETIVO GENERAL .....	34
Objetivos específicos .....	34
HIPÓTESIS .....	34
MÉTODO .....	35
Participantes .....	35
Instrumentos y aparatos .....	35
Medidas .....	37
Diseño y Tipo de Investigación .....	38
Procedimiento .....	38

Análisis de datos .....	38
RESULTADOS .....	39
Análisis Descriptivo.....	39
Análisis Inferencial .....	53
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	63
REFERENCIAS .....	64

## RESUMEN

Dada la exigencia en la disciplina dancística, en cuanto a los requerimientos corporales del bailarín, se han llevado a cabo diversos estudios sobre imagen corporal y trastornos alimentarios (TA), sin embargo, las investigaciones se centran en bailarinas de danza clásica, siendo escasos los datos en mujeres y varones bailarines de danza folklórica mexicana. Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo fue conocer la composición corporal, imagen corporal, la presencia de trastorno alimentario y las características psicológicas asociadas a éste en bailarines de danza folklórica profesionales (BP;  $n = 37$ ), recreativos (BR;  $n = 37$ ) y en muestra comunitaria (MC;  $n = 37$ ). El estudio fue de corte transversal con alcance descriptivo, se llevó a cabo en dos fases, en la primera se aplicaron el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) para sintomatología de anorexia nerviosa (AN), el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) para insatisfacción corporal, el Test de Bulimia (BULIT) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-3) para las características psicológicas asociadas a los TA, además, se calculó el porcentaje de grasa corporal (PGC), el índice de masa corporal (IMC) y la masa muscular esquelética (MME). En la segunda fase se entrevistaron (IDED-IV) a todos aquellos que rebasaron punto de corte en los instrumentos de tamizaje y a un grupo seleccionado de forma aleatoria. Los resultados de composición corporal, específicamente el PGC, el IMC y la MME de la mayoría del grupo BP es normal, al contrario del grupo BR y MC, cuyos rangos podrían sugerir malnutrición. Respecto a sintomatología de TA, 16.2% de los participantes del grupo BP presentaron sintomatología de AN (15.0% hombres; 17.6% mujeres); 10.8% del grupo BR presentó sintomatología de BN (10.5% hombres; 11.1% mujeres) y 16.2% de la MC mostraron insatisfacción corporal (6.2% hombres; 23.8% mujeres), siendo los porcentajes más altos para cada grupo, no obstante, ningún participante cumplió con los criterios para algún TA. Respecto a los resultados del EDI-3, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cinco subescalas: ineficacia, baja autoestima, disregulación emocional, perfeccionismo y alineación personal. Se concluye que los estándares corporales exigidos en danza folklórica mexicana, son lo suficientemente altos como para que bailarines profesionales y recreativos, hombres y mujeres realicen conductas de riesgo para controlar su peso que podrían comprometer su salud física y psicológica.

## ABSTRACT

Due to the high demands in the dance discipline, in terms of the dancer's body requirements, several studies have studied body image and eating disorders (ED), however, the research focuses especially on classical dancers, with few data in women and men dancers of Mexican folk dance. For this reason, the objective of the present work was to investigate the body composition, body image, the presence of ED and psychological characteristics associated to ED in professional folk dancers (PD;  $n = 37$ ), recreational (RD;  $n = 37$ ) and in a community sample (CS;  $n = 37$ ). The study was cross-sectional with a descriptive scope, it was carried out in two phases, in the first phase the Eating Attitudes Test (EAT-26) was used to assess anorexia nervosa (AN) symptoms, the Body Image Questionnaire (BSQ) for body dissatisfaction, the Bulimia Test (BULIT) for bulimia nervosa (BN) symptoms and the Eating Disorders Inventory (EDI-3) for the psychological characteristics associated to ED. For body composition the body fat percentage (BFP), body mass index (BMI) and the skeletal muscle mass (SMM) were assessed. In the second phase, those who exceeded the cut-off point in the screening instruments and a randomly selected group were interviewed (IDED-IV). The body composition results, specifically the BFP, BMI and SMM of the majority of the PD group was normal, unlike the RD and CS groups, whose ranges could suggest malnutrition. Regarding ED symptoms, 16.2% of the participants in the PD group presented AN symptoms (15.0% men; 17.6% women); 10.8% of the RD group presented BN symptoms (10.5% men; 11.1% women) and 16.2% of the CS showed body dissatisfaction (6.2% men; 23.8% women), being the highest percentages for each group, however, no participant met the criteria for any ED. The results of EDI-3, showed significant differences between the groups in five subscales: ineffectiveness, low self-esteem, emotional dysregulation, perfectionism and personal alignment. It is concluded that the body standards required in Mexican folk dance are high enough for professional and recreational dancers, men and women to perform risky behaviors to control their weight that may compromise their physical and psychological health.

## INTRODUCCIÓN

La definición de trastorno mental, dada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), refiere a este como un síndrome cuya alteración en el individuo es clínicamente significativa a nivel cognitivo y conductual, producto de la disfunción en los procesos biológicos y psicológicos [American Psychiatric Association (APA), 2013]. Tomando esto en cuenta, al referirnos a los trastornos alimentarios (TA) hablamos de todas aquellas alteraciones, o perturbaciones, en el comportamiento de la ingesta, que se ven reforzados por un patológico temor a subir de peso, una excesiva preocupación por los alimentos y la imagen corporal (Rutzstein et al., 2010).

Existen diversos TA, sin embargo, para este trabajo se abordarán la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), ambos poseen conductas psicopatológicas que las diferencian e interesan por igual debido a su prevalencia. En la actualidad, se estima que en mujeres jóvenes la prevalencia de AN es de 0.3% y 2.2% en la población general, mientras que para BN, en mujeres jóvenes, oscila entre 0.1 y 2.0% (Portela, da Costa, Mora & Raich, 2012). La población de mujeres que padecen un TA es significativamente más alta, sin embargo, se ha visto un incremento en la población de hombres, pues se estima que la relación es de 1 hombre por cada 10 mujeres (APA, 2013). Cabe señalar que existen poblaciones con mayores factores de riesgo que precipitan la aparición de un TA, por ejemplo, los bailarines profesionales, quienes requieren un cuerpo esbelto para un mejor desempeño (Requena, Martín & Santiago, 2015).

No es una sorpresa que la disciplina dancística represente un factor de riesgo para padecer un TA, pues los estándares estéticos requeridos en los bailarines podrían justificar conductas de restricción alimentaria con el objetivo de obtener una silueta delgada (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo & Mancilla, 2000). La extrema disciplina y el deseo del bailarín por dominar su cuerpo y la técnica, propician que en esta profesión se incremente la probabilidad de padecer un TA, en comparación con otras profesiones (Garner & Garfinkel, 1980).

Es importante resaltar que los varones también se encuentran en riesgo de padecer un TA, pues se ha demostrado que las expectativas sobre la forma corporal masculina propician el intento por modificar su cuerpo (Vázquez, López, Ocampo, & Mancilla, 2015). De igual manera sucede en la disciplina dancística, pues tanto a hombres como mujeres se les exige un ideal de cuerpo que tiende a la delgadez para poder ser practicante, aunque esto podría estar asociado a un mejor desempeño, también puede traer como consecuencia distorsiones en la imagen corporal, preocupaciones por el peso y la alimentación (Rutzstein et al., 2010).

Cabe resaltar que la danza clásica es el tipo de danza que más se ha evaluado, en parte esto se debe a los elevados niveles de exigencia físicos y estéticos en sus practicantes, sin embargo, dichos estándares han influenciado también a otros tipos de danza, para el caso de México, se ha visto influenciada la danza folklórica mexicana con el propósito de hacerlo más atractivo al espectador. Esta influencia estética exige un estándar de bailarín ideal, tal como ocurre en danza clásica, por lo cual es de importancia indagar si incluso bailarines de danza folklórica mexicana presentan sintomatología, o diagnóstico, de TA.

Por consiguiente, el presente trabajo tuvo por objetivo conocer la composición corporal, imagen corporal, la presencia de trastorno alimentario y las características psicológicas asociadas a éste en bailarines de danza folklórica profesionales, recreativos y en muestra comunitaria.

## CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

### 1.1 Trastornos Alimentarios

Los trastornos alimentarios (TA) se definen como alteraciones severas en la ingesta de alimentos, siendo éstas consecuencia de un impulso psíquico y no de una necesidad metabólica, dichas alteraciones se caracterizan por el exceso o por la nula ingesta de alimentos (Méndez, Vázquez & García, 2008).

Los primeros antecedentes de los TA datan del siglo V al siglo XVI, periodo en el cual se tienen los primeros registros, hechos por el Dr. William Gull, de jóvenes que ayunaban con fines religiosos. Posteriormente, hacia el siglo XVIII, se detalla aún la existencia de mujeres jóvenes que se restringen total o parcialmente de alimentos, sin embargo, las causas siguen siendo de origen “sobrenatural” aunque ya comienzan a crearse los primeros trabajos, producto de la mirada médica que se había impresionado con dichos casos (Guillemot & Laxenaire, 1994a).

No es sino hasta entrando al siglo XX que los trabajos con base biológica tratan de explicar el ayuno de dichas pacientes, sin embargo, estos primeros trabajos lo relacionaban con un origen endócrino. Para 1960 las explicaciones psicopatológicas comienzan a ser más comunes, abriendo paso así a innumerables trabajos con tal de precisar las causas de la AN, dos décadas después, aparece la anorexia por vez primera en el DSM-III, en el que la bulimia era considerada un subtipo (Vázquez et al., 2015).

Respecto a la bulimia, esta palabra viene de la etimología griega *boulimos*, que significa “hambre de buey”. La conducta de atracón-purga, que caracteriza a la bulimia, tiene sus primeros registros en la antigua Roma, en la cual llevaban a cabo festines en los que los atracones eran seguidos por el vómito con la intención de seguir comiendo. En el siglo XVIII, se describen dos entidades: *true boulimus* y *caninus appetitus*, la primera refiere a una preocupación intensa por la comida, ingestas de grandes cantidades de alimento que eran seguidas por desmayos; por su parte, *caninus appetitus* se caracterizaba por la ingesta que era seguida por vómito (Rava & Silber, 2004).

Posteriormente, se relaciona a la bulimia con la anorexia por la similitud en cuanto a las conductas restrictivas, sin embargo, las purgas que seguían a estas restricciones permitieron pensar en este trastorno como un fenómeno aparte de la anorexia, además del peso de las pacientes, pues éste tendía a ser normal. No es hasta 1985 cuando Russel comienza a llamarlo bulimia nerviosa (BN) y se dan los primeros criterios para caracterizarlo como un trastorno (Guillemot & Laxenaire, 1994b).

### 1.1.1 Modificaciones del DSM-IV al DSM-5

Del DSM-IV al DSM-5 se puede observar un cambio en la clasificación y en los criterios diagnósticos de los TA, pues el 92.2% de los pacientes fueron diagnosticados con un trastorno no especificado, debido en gran parte a que son variados y variables (Behar & Arancibia, 2014).

Para el caso de AN, en el DSM-IV se utiliza la expresión “rechazo” (criterio A) y fue sustituido por “restricción de la ingesta”, debido a las dificultades a la hora de evaluar y demostrar, haciendo hincapié en las conductas más que en intenciones o posibles deseos, otro ejemplo de esto es el cambio de la expresión “temor o miedo a ganar peso” (criterio B), agregando ahora la expresión “conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso”; para el caso del criterio C, el cual se refiere la imagen corporal, se agrega al componente cognitivo un componente conductual, utilizando la expresión “conducta persistente para evitar ganar peso”, esto con la finalidad de que las pacientes de menos edad (adolescentes) logren comprender el enunciado, ya que por la etapa del desarrollo en la que en la que están, podría haber dificultad para expresar conceptos abstractos; en el caso de la amenorrea se elimina como criterio (criterio D), pues había casos en los que pacientes que cumplían los criterios para AN seguían con su menstruación normal, además de que no puede ser aplicado a hombres y mujeres con menopausia. Los tipos de AN continúan, con el único cambio del tipo “compulsivo purgativo”, sustituyéndolo por “atacón-purga” (Behar & Arancibia, 2014; Vázquez et al., 2015).

En cuanto a las modificaciones para BN, se observa una muy importante para el criterio C, pues se reduce la frecuencia con la que deben presentarse el atracón y las conductas compensatorias, pues ahora deben ocurrir por lo menos una vez a la semana.

Además, desaparecen los subtipos de BN, pues en contexto psiquiátrico el subtipo no purgativo era confundido con el trastorno por atracón (Vázquez et al., 2015).

### 1.1.2 Anorexia Nerviosa

Como se observa en párrafos anteriores, la AN se incluye dentro de los trastornos alimentarios en el DSM-5, en donde se caracteriza principalmente por la restricción de alimento que lleva a la paciente a un peso significativamente bajo en relación a la edad, sexo y etapa de desarrollo en la que se encuentre. Lo anterior se ve reforzado por un temor patológico a ganar peso, así como una alteración en la imagen corporal, lo que las lleva al no reconocimiento de la situación en la que se encuentran (APA, 2013).

Para esta versión del manual, se debe especificar el subtipo, el cual puede ser de tipo purgativo o restrictivo. El subtipo purgativo se caracteriza por las conductas que siguen a la ingesta de alimento, como la utilización de laxantes o la inducción del vómito. Por otro lado, el subtipo restrictivo se caracteriza por la restricción de alimento por un periodo de tres meses. Además, debe especificarse también la gravedad del trastorno, para el caso de los adultos se basa en el índice de masa corporal (IMC) y para el caso de los niños en el percentil del IMC; éste puede ser leve ( $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>), moderado (16-16.99 kg/m<sup>2</sup>), grave (15-15.99 kg/m<sup>2</sup>) y extremo ( $< 15$  kg/m<sup>2</sup>; APA, 2013).

### 1.1.3 Bulimia Nerviosa

Al igual que la AN, la BN se integra dentro de los trastornos alimentarios en el DSM-5, en el cual, se describen episodios de atracones que ocurren de manera recurrente, aclarando que el atracón es la ingesta de alimento que supera la cantidad que la mayoría de las personas consume, aunado a estos atracones, se describe una falta de control que se presenta en los mismos (APA, 2013). Además, una característica que también es importante en este trastorno son los comportamientos compensatorios que le siguen a los episodios periodos de atracones, siendo éstos medidas que toma la paciente con BN para “quemar” las calorías consumidas durante los atracones, dichas conductas pueden ser la inducción del vómito, uso de laxantes, ejercicio excesivo, entre otros (Méndez et al., 2008).

Es importante señalar además la gravedad del trastorno, la cual se basa en la frecuencia con la que se presentan los comportamientos compensatorios (APA, 2013), ésta puede ser leve (promedio de 1-3 comportamientos compensatorios por semana), moderado (promedio de 4-7 comportamientos compensatorios por semana), grave (promedio de 8-13 comportamientos compensatorios por semana) y extrema (promedio de 14 comportamientos compensatorios por semana).

## 1.2 Imagen Corporal

Si bien la imagen corporal (IC) no es un trastorno mental, resulta relevante definirla ya que es una condición que está presente tanto en la AN como en la BN. La IC se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo genera una representación mental que incluye emociones, pensamientos y conductas asociadas, a su vez una alteración en la IC resulta un rasgo central en la psicopatología de los trastornos alimentarios y en un factor de riesgo para su desarrollo (Danis, Jamaludin y Mohd, 2016). Las diferentes manifestaciones de la IC han sido estudiadas tanto en población general como en poblaciones específicas que se consideran de riesgo, como atletas y bailarinas (Requena et al., 2015). La IC es una imagen mental de nuestro propio cuerpo, no solamente a partir de las percepciones táctiles, térmicas y dolorosas, sino más allá de estas es la imagen tridimensional que todos tenemos de nosotros mismos, en otras palabras, es una experiencia subjetiva que refleja actitudes, deseos, emociones, cogniciones sobre el cuerpo y la experiencia corporal (Croll, 2005, citado en Danis et al., 2016). A pesar de los esfuerzos de conceptualizar las alteraciones de la IC como un rasgo estable, hay evidencia de que el modo en que las personas experimentan su imagen fluctúa en la vida cotidiana en diferentes momentos y contextos, y estas fluctuaciones son mayores en pacientes con TA (Kirszman & Salgueiro, 2015).

La prevalencia de AN entre los adolescentes es del 0.3% al 2.2%, mientras que para BN del 0.1% al 2.0% y afecta en mayor medida al sexo femenino (Portela et al., 2012). No obstante, hay poblaciones en mayor riesgo de presentarlos ya que sus actividades dependen de la delgadez y simetría de sus cuerpos, ejemplo de ello son las gimnastas y bailarinas de ballet clásico, por lo cual, se han hecho comparaciones entre gimnastas y bailarines, encontrando que los segundos se encuentran más presionados que los gimnastas por estar

delgados, además, se han encontrado diferencias en el ideal estético, colocando a los bailarines más vulnerables para padecer un TA (García, Sánchez, Del Río & Jaenes, 2014).

Hablando de la disciplina dancística, es común encontrar al practicante preocupado y enfocado en la mejora y control de su propio cuerpo, propiciándose de esta manera alteraciones en la manera en que se perciben a sí mismos, esto se relaciona con lo que menciona Abraham (1996, citado en Requena et al., 2015) acerca del cuerpo ideal de la bailarina, el cual debe ser esbelto, de bajo peso y baja masa grasa. Dichos requisitos llevarían al bailarín a una presión tal que podría desarrollar un TA.

## CAPÍTULO II. LA DANZA Y SU EVOLUCIÓN

### 2.1 Breve historia de la danza

La disciplina dancística nace propiamente como una expresión artística que da cuenta de cómo se ven y se construyen socialmente aquellas sociedades a las que pertenezca cada danza, así como sus experiencias del día a día. La danza está relacionada con la cultura, en ella se expresa todo aquello que con la palabra no se alcanza a describir, pues entra en juego la interpretación del espectador (Sherlock, 1996). Existen danzas que son fáciles de imaginar al momento que las mencionan, como son la danza clásica y la contemporánea, sin embargo, existen aquellas danzas que son representativas de cada región del mundo, muestran aquello de lo que se menciona en líneas anteriores, cada una tiene sus propios requerimientos, exigencias y técnicas.

La danza ha ido evolucionando, los bailes que la realeza ejecutaba se vieron modificados para que otros pudieran lograrlo, pues la indumentaria utilizada por los mismos impedía el movimiento. Posteriormente, innovadores de la danza, como Isadora Duncan, modificaron al ballet clásico y dan a luz a la danza contemporánea, con movimientos y significados diferentes, así como con estilos de vestuario e indumentaria menos ostentosa como en el ballet clásico (Islas, 1995). Sin embargo, la técnica sigue, la clave de todo está en el movimiento, y para poder lograr este movimiento el cuerpo necesita disciplina, control y entrenamiento, mismos que el bailarín adopta y adapta a su cuerpo.

Cada época histórica tiene un tipo de danza representativa del contexto en el que se sitúa y de acuerdo a su estructura social, que incluye factores de mentalidad y sensibilidad (Galí, 2002, citado en Trejo, 2014), por ejemplo, la danza clásica tiene sus orígenes en la época del Renacimiento, y desde entonces incorporaba a su práctica la representación de seres etéreos y fantásticos, vigentes aún en la actualidad, pues la danza clásica pertenece a una manifestación corporal que tiene el fin de brindar un espectáculo influenciado en gran medida por otras prácticas dancísticas (Trejo, 2014).

Según Cabrera (1989, citado en Trejo, 2004) la danza no es solo una actividad cultural, también es un reflejo del hombre mismo, pues es tan antigua como la humanidad,

por lo tanto, distingue tres cauces: danza como ritual mágico, danza como recreación colectiva y danza como espectáculo. Así pues, la danza surge de emparejar eventos cotidianos, por ejemplo, las crisis socio-político-económicas y ligarlos al movimiento corporal, dejando de lado el elemento fantástico, para sustituirlo por una representación de la vida real a través de la danza folklórica.

### 2.1.2 Danza en México

La búsqueda por llevar al escenario danzas que representen al hombre y sus costumbres originó un debate, especialmente en México, pues a la mitad del siglo XX, ver nacer el folklor fue un arduo trabajo según Durán (1990), pues muchas de las danzas indígenas, que tenían un espíritu religioso, eran repetitivas en cuanto a sus movimientos, lo cual no llamaría la atención del público espectador, por lo que se recurre a las danzas mestizas, ya que era más sencillo de teatralizar llevando a cabo estudios sobre los valores y tradiciones que ellas albergan. Así, la danza folklórica mexicana nace con la finalidad de preservar la historia y las características del pueblo mexicano, procurando no estancarse en la imagen de la revolución u otros episodios de la historia mexicana, sino en profundizar en formas nuevas de lo que nos rodea.

### 2.2 Evolución de la Danza

Como se mencionaba en líneas anteriores, la danza evoluciona y toma influencias de otros movimientos artísticos y culturales, así como también se busca ubicarla en un escenario, por lo que se han llevado a cabo propuestas en las que se estilizan los movimientos para hacerlos aceptables al espectador. El espectador elige, de acuerdo a su propia percepción, lo que es bello y aceptable, de este modo se van delineando los requisitos que los bailarines deben cumplir para ejecutar las formas y las técnicas solicitadas.

Otro elemento que es importante señalar, y que se ha modificado a través del tiempo en la danza, es el de la indumentaria. El tipo de tela, los adornos y el peso del vestuario han sufrido cambios que han permitido una diferente concepción de la expresión humana, los primeros vestuarios en ballet, por ejemplo, no permitían que saliera a la vista el tobillo o la pantorrilla de la mujer, además de ser ostentosos y pesados (ver ilustración 1), ya que en el

siglo XVII esto era considerado “femenino”, no es hasta el siglo XVIII que los vestuarios se modifican mostrando por primera vez el tobillo (Ver Ilustración 2; Trejo, 2014) abriendo paso a una innovación en los vestuarios, que indicaban entonces lo que un hombre y una mujer deben ser, este cambio le otorgaba a la mujer mayor movilidad y mayor protagonismo dentro de la danza, pues los varones eran los principales bailarines. Con el pasar de los años, la necesidad de mostrar un cuerpo con distinta movilidad dio paso a telas más flexibles y a un cuerpo educado bajo diferentes parámetros, con el objetivo de cumplir con los nuevos estándares dancísticos.



*Ilustración 1.* Rabel, D. (1626). *El Ballet Royal de la viuda de El gran baile de Bilbao*. Recuperado de <https://es.wahooart.com/@/8XZU36-Daniel-Rabel-El-Royal-Ballet-de-la-viuda-del-Gran-Baile-de-Bilbao>



*Ilustración 2.* Lancret, N. (1730). *Baile de la Camargo*. Recuperado de [https://www.meisterdrucke.es/impresion-art%C3%ADstica/Nicolas-Lancret/635155/Baile-de-La-Camargo-\(detalle\),-c.1730.html](https://www.meisterdrucke.es/impresion-art%C3%ADstica/Nicolas-Lancret/635155/Baile-de-La-Camargo-(detalle),-c.1730.html)

### CAPÍTULO III. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La danza no solo es una práctica aislada, sino que los bailarines que logran hacerla posible llevan en sí objetivos, visiones, expectativas y deseos encaminados a cumplir su papel dancístico como proyecto de vida. En tanto disciplina, requiere de esfuerzo, control y dedicación, aspectos que los bailarines pueden llevar al extremo como lesiones por sobreentrenamiento, obsesiones por perfeccionamiento, e insatisfacción con su cuerpo.

Dadas las exigencias del bailarín, Román, Ronda y Carrasco (2009) realizaron una revisión sistemática de la literatura en la que evaluaron las repercusiones físicas que conlleva la danza profesional. Los artículos analizados fueron obtenidos de bases de datos como: Medline, Embase, Cochrane Library, Lilacs, Cinhal e IME, utilizando palabras clave tanto en inglés como en español. Se seleccionaron todos los artículos publicados hasta abril de 2008 en los cuales se identificaron 893 artículos: 76 fueron incluidos en la revisión bibliográfica y 40 de ellos tuvieron como objeto de estudio las lesiones traumáticas y accidentes. De los 36 artículos restantes el 50% describe problemas de bajo peso en las bailarinas, el 58% identifica menarca tardía y demás trastornos menstruales, y el 14 % menciona el efecto protector o de riesgo de la danza para la masa ósea. Si bien esta revisión da un bosquejo general sobre la situación de los bailarines, haría falta indagar en otro tipo de variables, ya que éstas únicamente se enfocan en variables biológicas.

Por lo anterior, se resalta la importancia de indagar en variables psicológicas que puedan poner en riesgo la estabilidad emocional de los bailarines, como el perfeccionismo, el miedo a subir de peso, la motivación para adelgazar y posibles alteraciones en la imagen corporal. Por lo tanto, específicamente para conocer cómo son los hábitos alimentarios y el perfil psicológico de los bailarines, se elaboró la siguiente revisión sistemática.

### 3.1 Método

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática con base en los estándares propuestos por la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [PRISMA (Liberati et al., 2009)]. La búsqueda de artículos se llevó a cabo el 23 de mayo de 2017, las bases de datos utilizadas fueron Scopus, Science Direct y Redalyc, empleando las siguientes palabras clave: *eating disorders, body image, stress, food, exercise, ballet dancers, y adolescents*.

Cabe aclarar que, aun cuando el tema central es danza folklórica mexicana, se decidió hacer la búsqueda con la palabra clave *ballet dancers*, ya que los motores de búsqueda no arrojaron artículos con la palabra *folklore dancers*.

Los criterios de selección para hacer elegibles los artículos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- a) Artículos cuyo objetivo fuera evaluar algún TA o sintomatología de TA en bailarines.
- b) La muestra debía estar preferentemente constituida por bailarines de ambos sexos, sin importar el tipo de danza

Criterios de exclusión:

- a) Artículos que no refirieran la práctica dancística
- b) Artículos en un idioma diferente al inglés o español
- c) Disertaciones o libros

### 3.2 Selección de artículos

Tal como se observa en la Figura 1, la búsqueda realizada en las bases de datos Scopus, ScienceDirect y Redalyc arrojó un total de 1122 resultados, de los cuales, 60 estaban relacionados con el tema y solamente 12 de ellos cumplieron con los criterios de inclusión.

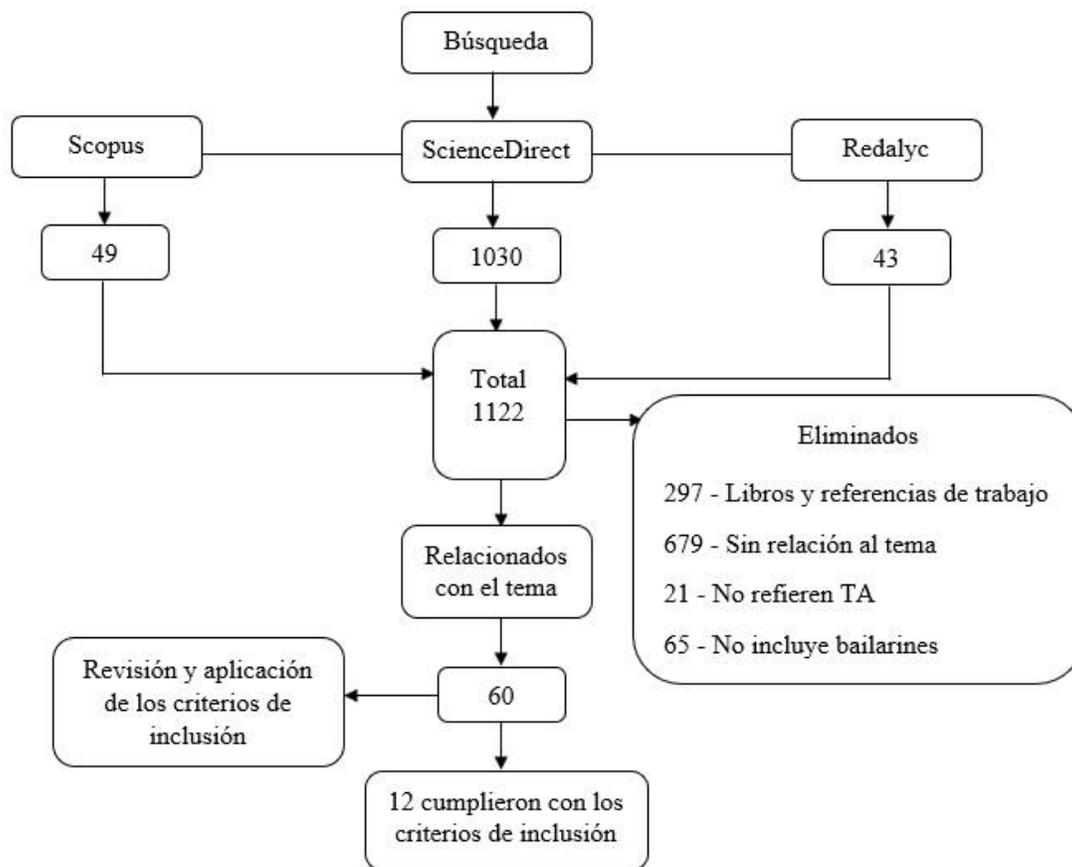


Figura 1. Proceso de identificación de artículos potenciales para el análisis.

Además de los artículos encontrados en las bases de datos se consideraron los estudios recomendados por investigadores expertos en el tema, siendo éstos un total de 11 artículos.

### 3.3 Análisis de los artículos

Para el análisis de los artículos, primero se categorizaron en: a) TA en bailarines b) sintomatología de TA según el tipo de práctica, c) estudios sobre imagen corporal; d) comorbilidad con otros trastornos y e) factores de riesgo. Una vez categorizados se analizaron a partir de los siguientes ejes: a) Objetivo; b) Método (participantes e instrumentos); c) Resultados y d) Principales conclusiones.

#### a) TA en bailarines

Algunas de las investigaciones sobre trastornos alimentarios en estudiantes de ballet comenzaron a publicarse a partir de los años 80's aproximadamente. Con ello, algunos investigadores señalaron que la AN es más común en las bailarinas de ballet que en la población general de mujeres adolescentes.

Cabe señalar, que el ambiente de los bailarines se caracteriza por la alta competitividad, especialmente en aquellos que ejercen la danza de manera profesional, lo que trae consigo implicaciones significativas para la etiología de AN debido a la presión de los bailarines por conseguir un cuerpo delgado. Un ejemplo de ello es el estudio de Garner y Garfinkel (1980), quienes realizaron un estudio para indagar más acerca del desarrollo de AN en estudiantes de danza, la muestra estuvo constituida por 100 bailarinas profesionales jóvenes, con una media de edad de 15.6, las participantes pertenecían a una escuela tipo internado. Para la detección de AN en dichas participantes, se empleó un método dividido en dos etapas: en la primera, se aplicó el Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979), el cual mide sintomatología de AN, y cuestionarios de recolección de datos demográficos, hábitos alimentarios, historial sobre el peso y la menstruación. La segunda etapa se dedicó a entrevistar a aquellas participantes que hubiesen rebasado el punto de corte en el EAT-40. Los casos que fueron diagnosticados con AN a partir de la entrevista, cumplieron con los siguientes criterios: el rango de peso iba del 58% al 77% en función de la media de peso en bailarinas, presentaron amenorrea y excesiva preocupación por su peso, siendo un total de 7 casos (7%) de bailarinas con AN de 14 a 18 años.

De igual manera, Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted (1987) realizaron un estudio para identificar la presencia de AN y BN, en una muestra de bailarinas. Para esto, se obtuvo la participación de 55 bailarinas profesionales de danza clásica cuyas edades iban de los 11 a los 14 años. Para la primera evaluación, las participantes respondieron un autoinforme que daba cuenta del peso, frecuencia con la que vomitaban y el estado actual de su menstruación, así como el Eating Disorders Inventory (EDI; Garner & Olmsted, 1984), el cual mide características cognitivas y conductuales de AN y BN. Posteriormente, en el seguimiento (2 y 4 años después), se aplicó nuevamente el EDI y una hoja de datos demográficos que incluía el peso actual, historial de peso y estado de la menstruación. Los resultados mostraron que, de las 35 participantes que llegaron a ser entrevistadas en el seguimiento, el 25.7% tenía AN, el 2.8% tenía BN y 11.4% presentaron sintomatología de alguno de los dos trastornos mencionados. Las únicas subescalas del EDI que ayudaron a predecir el desarrollo de TA en el seguimiento fueron “Motivación para Adelgazar” e “Insatisfacción Corporal”. Además, se encontró durante el seguimiento que muchas de las participantes continuaron experimentando síntomas significativos de TA, lo cual pone en duda la observación de que estos trastornos son adaptaciones benignas de las bailarinas al contexto de la danza, es decir, que a pesar de estar en un contexto diferente al de la danza, las participantes continuaban con alteraciones en sus hábitos y en su imagen corporal.

#### b) Sintomatología de TA según el tipo de práctica dancística

Kurpel, Gomes y Larocca (2016) mencionan que no solamente influye el ambiente de los bailarines, sino que también influye el tipo de práctica (amateur o profesional), el tipo de danza, la región en la que se practica, así como factores económicos y sociales.

Dichos autores realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de sintomatología de TA en bailarines amateurs y profesionales de diferentes tipos de danza, posteriormente, realizaron una comparación para evaluar quiénes presentaban mayor riesgo de TA. La muestra estuvo constituida por 150 bailarines, 23 hombres y 127 mujeres, de 13 a 25 años, 32% eran bailarines profesionales pertenecientes a compañías de danza y 68% eran bailarines amateurs. Del total de participantes, 56% practicaban danza clásica, 62.6% jazz y el 24.6% *street dance*.

Los instrumentos utilizados fueron el *Brief Inventory-Short Form* (Dore & Guerra, 2007) cuyo objetivo es evaluar el dolor, intensidad y la interferencia de éste en los bailarines; el EAT-26 (Garner et al., 1982); la versión adaptada del *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE; Cordás & Neves, 1999) para medir sintomatología de BN; y el *State-Trait Anxiety Inventory-6* (Fioravanti, Cheniaux & Landeira, 2011) para medir ansiedad en los participantes; además, se calculó el IMC.

En el caso del EAT-26, se encontró que 34.6% de los participantes tienen alto riesgo de tener TA, siendo en su mayoría mujeres y bailarinas de danza clásica. En el caso del BITE, se observó que el 6% de las bailarinas tuvieron puntaje muy alto, lo que señala posibles casos de BN, además, tanto los bailarines profesionales como los amateurs mostraron tener el mismo riesgo de padecer BN. Finalmente, se concluyó en este estudio que tanto los bailarines profesionales como los amateurs tienen riesgo de padecer TA, sin embargo, éste se vio más marcado en bailarines de danza clásica con altos niveles de ansiedad, mientras que en bailarines de jazz el riesgo de BN y AN es menor.

Por otro lado, Jáuregui, Bolaños, Valero y Ortega (2016), realizaron un estudio en el que mostraban como resultado que no había un riesgo mayor de TA en bailarines. Para llegar a dicha conclusión, el objetivo del estudio fue evaluar el riesgo de TA, la relación entre actitudes alimentarias con variables psicológicas; conducta de dieta, autocontrol de peso y distorsión en la imagen corporal. Los participantes eran 57 mujeres y 20 hombres, con rangos de edad de 18 a 32 años, para todos se calculó su IMC. Cabe destacar que los participantes no eran profesionales, eran semi-profesionales que practicaban flamenco, danza contemporánea y danza neoclásica.

Se tomaron a los participantes medidas antropométricas, además se realizaron preguntas sobre su percepción de peso y la frecuencia con la que se pesaban. Entre los instrumentos utilizados se encontraban el EAT-40, EDI-3 (Garner, 2004), *Body Appreciation Scale* (Avalos, Tylka, & Wood-Barcalow, 2005), este instrumento se usó para evaluar los aspectos positivos de la imagen corporal; Escala de Autoestima (Rosemberg, 1965); y el *General Health Questionnaire-28* (Goldberg, Hillier, 1979) el cual tiene como objetivo detectar la presencia de psicopatología psiquiátrica en población comunitaria. Los

resultados mostraron que aquellos que consideraron su estado físico en excelente o bueno, se percibían con peso adecuado, mientras que aquellos que informaron un mal estado físico se referían a ellos mismos con sobrepeso. Del total de los participantes, el 93.24% tuvo un IMC normal. En cuanto a la percepción corporal, hubo diferencias significativas entre ambos sexos, pues el 38.59% de las mujeres se consideraron arriba de su peso ideal, contra el 16.66% de los hombres, únicamente el 27.77% y el 7.01% de los hombres y mujeres, respectivamente, se percibían en bajo peso. En cuanto a los resultados del EAT-40, 18.0% de los participantes rebasaron el punto de corte, sin embargo, ninguno de estos casos se pudo confirmar ya que no se realizó la entrevista diagnóstica.

Finalmente, se concluye en este estudio que el riesgo de TA en esta población fue bajo, pues la mayoría de los participantes se encontraba en su peso y el IMC dentro del rango ideal, sin embargo, cabe destacar que éstos no son los únicos indicadores de TA, incluso es importante tomar en cuenta que el tipo de participantes no eran profesionales, en consecuencia, no se puede hablar de las mismas exigencias corporales ya que su fin es únicamente recreativo.

Por otra parte, Rutzstein et al. (2010) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar si existen diferencias, en cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de TA, en dos poblaciones, una especializada en danza y otra sin especializar. Se elaboró un estudio descriptivo y comparativo en el que participaron 217 estudiantes mujeres (entre 13 y 18 años) de la ciudad de Buenos Aires: con especialización en danza ( $n = 107$ ) y sin especialización en danza ( $n = 110$ ). Resulta necesario aclarar que las estudiantes con especialización en danza que participaron en este estudio no acudían a una escuela de danza profesional o con un alto nivel de competitividad. Las participantes completaron los instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios, el *Figure Scale* (Collins, 1991), el cual consiste en la presentación de 7 figuras que van de bajo peso a sobre peso, el participante debe señalar la figura ideal y con cuál se identifica; y el EDI-2 (Garner, 1991). Los resultados muestran que las estudiantes con especialización en danza presentaron peso actual, peso ideal e IMC significativamente menor, además de una proporción significativamente mayor que presentaba distorsión de la

imagen corporal. Por último, se determinó que el 17.7% de las estudiantes con especialización en danza y el 13.2% de las estudiantes sin especialización en danza presentaron riesgo de TA, es decir, las alumnas que están en un ambiente de especialización en danza son 4 puntos porcentuales más propensas a padecer algún TA.

### c) Estudios sobre imagen corporal

Por danza podríamos referir diversas propiedades y características que la definen, éstas pueden ser de tipo cultural o social, sin embargo, habrá que entenderla en este caso como lenguaje corporal que ha influenciado diversos ideales estéticos, éstos con frecuencia han potenciado que los bailarines tengan una apreciación negativa de su cuerpo, por lo que la imagen corporal y autoestima se ven involucradas.

Respecto a esto, Requena et al., (2015) llevaron a cabo un estudio en el que se analizó la imagen corporal en bailarines. Los participantes fueron 72 mujeres y 3 hombres con edades entre 12 y 18 años. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Autoestima (Coopersmith, 1959) y el EDI, además, se realizaron medidas antropométricas a los participantes. Los resultados mostraron que los estudiantes de danza tenían descontento con su cuerpo y una distorsión importante en la imagen corporal, prestando mucho mayor atención a su cintura que a otras partes de su cuerpo, especialmente aquellos que habían presentado conductas bulímicas de acuerdo a los resultados del EDI, quienes también mostraron elevada insatisfacción corporal

Otro estudio sobre imagen corporal en bailarines es el que realizaron Danis et al. (2016), el cual tuvo por objetivo determinar cómo es la percepción de la imagen corporal en los bailarines relacionándolo con su IMC, pues esto podría contribuir a la mejor comprensión acerca de la importancia que le dan los bailarines. El estudio fue de tipo transversal con bailarines pertenecientes a diferentes instituciones, el total de participantes fue de 155 bailarines (72 hombres y 83 mujeres) cuya dedicación a la danza era de tiempo completo ( $n = 83$ ) o medio tiempo ( $n = 72$ ), a todos se les calculó su IMC y para medir la percepción de la imagen corporal, se les aplicó el *Body Image States Scale* (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, & Whitehead, 2002).

Los resultados mostraron que el 12.2% de los participantes tuvo un bajo peso, el 76.8% un peso ideal y el 11.0% sobrepeso. En cuanto a la satisfacción corporal se observó que el 30.3% de los participantes se mostraba insatisfecho con su cuerpo; siendo 41.0% bailarinas y 18.1% bailarines. Comparando ambos grupos, tiempo completo y medio tiempo, se encontró que ambos grupos se encontraban insatisfechos con su figura, con porcentajes de 33.7% y 26.4% respectivamente. Dados los resultados anteriores, se llega a la conclusión de que existen diferencias significativas entre ambos sexos respecto a la satisfacción, siendo las mujeres las que se encuentran menos satisfechas respecto a sus figuras corporales.

De igual manera, se destaca el estudio realizado por Ribero y da Veiga (2010) cuyo objetivo fue evaluar la insatisfacción corporal y la asociación que ésta tiene con comportamientos de riesgo para TA en bailarines profesionales. El estudio fue de tipo transversal, contando con la participación de 61 bailarines (39 mujeres y 22 hombres) cuya edad promedio fue de 36.8 años. Los instrumentos fueron el EAT-26, el BITE en su versión adaptada (Cordás & Hochgraf, 1993) y la Escala de Siluetas de Stunkard (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1993), en la que se les mostraba a los participantes 9 siluetas para cada sexo, que iban del más esbelto al sobrepeso, los participantes señalaban la silueta más parecida a la suya y cuál juzgaban como la más sana.

Los resultados mostraron, respecto a la escala de siluetas, que 36.1% de la población total quisieran tener una silueta menor a la considerada la más saludable, siendo dos veces más frecuente entre las mujeres, especialmente las más jóvenes, con un 54.8%, mientras que el deseo por una silueta más saludable fue más frecuente entre las mujeres más maduras. Finalmente se demostró que la tendencia hacia TA fue 2.6 veces mayor en aquellos que deseaban tener una silueta menor a la considerada más sana.

#### d) Comorbilidad con otros trastornos.

Si bien es importante identificar la prevalencia de los TA en bailarines, también se ha estudiado si hay comorbilidad con otros trastornos y cuáles son. Para esto, el objetivo de Liu, Tseng, Chang, Fang, y Lee (2016) fue estudiar la comorbilidad que existe con otros trastornos psiquiátricos en bailarines utilizando una entrevista diagnóstica para examinar

los efectos de las burlas percibidas. Los participantes fueron 442 mujeres estudiantes de una preparatoria que incluía la formación en danza clásica, danza tradicional china y danza moderna; la media de edad de las participantes fue de 16.3 años.

El estudio se dividió en dos fases con seguimiento de un año: en la primera fase se aplicaron los cuestionarios EAT-26, BITE, EDI, la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989), *Chinese Health Questionnaire* (Cheng, 1988) el cual identifica trastornos psiquiátricos no psicóticos; *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck & Eysenck, 1964) el cual fue usado para medir rasgos psicológicos como neuroticismo y extraversión; y el *Body Figure Test* (Zellner, Harner, & Adler, 1989), el cual consta de 8 figuras que van del más esbelto al que tiene mayor peso, de las que se eligen dos figuras (la que se asemeja a él y la que le gustaría ser); además, para indagar sobre las burlas percibidas, se les hacía la pregunta “¿alguna vez alguien se han reído de tu peso corporal durante la etapa de desarrollo?” con tres posibles respuestas (sí, porque era demasiado alto; sí, porque era demasiado bajo; no).

Las participantes a las que se les hizo la entrevista clínica *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I* (SCID-I/P; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) fueron las que rebasaron punto de corte en el EAT-26 y el BITE, siendo un total de 311, de las cuales, 15.4% fueron diagnosticadas con TA, y de éstas 63.2% tuvieron comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo y 30.9% con un trastorno de ansiedad. El grupo diagnosticado con TA tuvo un historial más frecuente de burlas por “sobrepeso”, se encontraban más preocupados por su imagen corporal, mayor neuroticismo y mayor autoestima baja, esto en comparación con aquellas que no tenían TA.

#### e) Factores de riesgo

Resulta importante mencionar como el clima motivacional que existe en el ambiente de los bailarines también podrían contribuir en la aparición de TA, pues en un ambiente en el que es altamente valorada la delgadez y los profesores reconocen desproporcionadamente los éxitos de los bailarines, se promueven las rivalidades y se castigan los errores, llevando a algunos a la insatisfacción corporal, dietas rigurosas, perfeccionismo, baja autoestima, entre otras características asociadas a los TA. Al respecto, Nordin-Bates et al., (2016) llevaron a

cabo un estudio cuyo objetivo fue examinar, en bailarines profesionales, si las variables ambientales, como la motivación y el clima, así como factores intrapersonales (personalidad, horas dedicadas a la danza, experiencia, etc.) eran predictores de TA.

Los participantes fueron 597 bailarines (73.43% mujeres) pertenecientes a Centros de Entrenamiento Avanzado (CAT, por sus siglas en inglés), en Reino Unido. Las edades de los bailarines iban de los 10 a los 18 años, tenían un promedio de 8 años de experiencia en dichas instituciones y practicaban danza clásica y contemporánea. Los instrumentos utilizados fueron el EAT-26 (Garner et al., 1982), una hoja de datos generales en la que se preguntaba sobre la experiencia en danza, horas dedicadas, tipo de danza y actividades extras a los CAT; se aplicó también el *Perfectionism Inventory* (Hill et al., 2004), la Escala de Autoestima de Rosemberg y el *Perceived Motivational Climate in Sport Questionnaire* (Newton, Duda & Yin, 2000), este último con la finalidad de evaluar el clima motivacional.

Los resultados mostraron que los puntajes en el EAT-26 eran significativamente más altos en las mujeres cuya autoestima es más baja y hay mayores niveles de perfeccionismo, coincidiendo en este último punto con los varones, quienes, a mayor perfeccionismo, mayores puntajes en el EAT-26, además, en los varones se mostró una diferencia significativa respecto a las mujeres en cuanto a la influencia del clima motivacional, pues a mayor motivación, mayor riesgo de TA en los hombres. Se concluye que tanto hombres como mujeres tienen riesgo de padecer TA, aunque los factores que tienen mayor influencia en cada sexo son diferentes.

Como se ha descrito en estudios pasados, las condiciones altas en competitividad y la exigencia de un cuerpo delgado para la ejecución en danza, coloca a los bailarines en riesgo de tener un TA. Sin embargo, Dotti et al. (2002) afirman que las exigencias hacia los bailarines dependen en gran medida de la escuela de procedencia, es decir, de si es una institución cuya misión sea la formación de bailarines profesionales. Por lo tanto, en aquellas escuelas cuya misión sea estrictamente profesional, el profesorado tendrá actitudes y exigencias en los alumnos mucho mayores, incluso desde los requisitos de ingreso.

Dado lo anterior, dichos autores llevaron a cabo un estudio cuyo principal objetivo fue correlacionar los resultados de las autoevaluaciones con las puntuaciones obtenidas en

instrumentos utilizados para la detección de TA. Las participantes fueron 160 mujeres, se excluyó a los varones debido a que eran minoría; las edades de las bailarinas iban desde los 11 a los 29 años, debido al rango tan amplio de las edades fueron divididas en 4 grupos según su edad: niñas ( $n = 75$ ), adolescentes ( $n = 36$ ), adultos jóvenes ( $n = 30$ ) y adultos ( $n = 19$ ).

Posteriormente, se les tomaron medidas antropométricas y el IMC, se realizó una entrevista nutricional en la que se cuestionaba sobre el número de calorías consumidas, finalmente, se les hacían preguntas sobre la presencia de anomalías en la menstruación y fecha de menarquía. Se les aplicaron cuestionarios para la detección de TA: el EAT-26, el EDI, y el *Body Uneasiness Test* (BUT; Cuzzolaro, Vetrone, Marano, & Batacchi, 1999), este último para la evaluación de cómo la persona percibe su cuerpo. Los datos de los cuestionarios fueron complementados con la entrevista semi-estructurada *Eating Disorder Examination* (Mannucci, Ricca, Di Bernardo & Rotella, 1966).

Los resultados mostraron que, en cuanto al consumo de calorías, las consumidas por las bailarinas eran insuficientes, pues durante un entrenamiento de alta exigencia el consumo de carbohidratos debería ser de 55.0% de la dieta (según el estándar italiano), mientras que las bailarinas solamente consumían el 32.0%. En cuanto a las puntuaciones de los cuestionarios, había diferencias significativas entre los grupos de las más jóvenes comparado con el grupo de las mayores (adultas), pues en éstas últimas se mostraron las puntuaciones más altas para los tres cuestionarios; del total de las chicas evaluadas, al 24.0% se les realizó la entrevista clínica.

### 3.3.2 Estudios Nacionales

A nivel nacional, pocos estudios se han dedicado a indagar sobre los TA en bailarines de población mexicana. A continuación, se describen algunos estudios enfocados en la evaluación de TA en bailarines.

Ocampo, López, Álvarez, y Mancilla (1999) llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron la percepción de la imagen corporal y su relación con la presencia de TA en

estudiantes de danza clásica. Los participantes fueron 70 mujeres estudiantes de danza, con edades entre 10 y 16 años. Los instrumentos utilizados fueron el EAT-40, el BSQ (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987) el cual evalúa la presencia de insatisfacción y preocupación corporal; el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC; Toro, Salamero, & Martínez, 1994), éste evalúa las influencias culturales sobre la delgadez; adicionalmente se les tomaron medidas antropométricas a las bailarinas.

Los resultados demostraron que, en cuanto a las puntuaciones del EAT-40, 27.3% rebasó punto de corte y 39.0% tuvo riesgo de desarrollar el trastorno; por otro lado, las puntuaciones obtenidas en el CIMEC mostraron que 45.9% de las bailarinas tenía una percepción patológica de su imagen corporal debido a la presión social; y finalmente, en el BSQ se encontró que el 23.7% de las bailarinas mostraron una insatisfacción patológica. Lo anterior es evidencia de que la valoración excesiva hacia la estética de la bailarina, por sobre otras cualidades, es un factor de gran influencia para el desarrollo de actitudes alimentarias anómalas, lo que podría derivar en un TA.

Otro estudio centrado en población de bailarinas mexicanas es el que realizaron Vázquez et al., (2000), el cual tuvo como objetivo la evaluación de TA en estudiantes de danza clásica, así como algunos factores asociados, como actitudes alimentarias, insatisfacción corporal, influencia de modelos estéticos, aspectos cognitivos y comportamentales. Los participantes fueron estudiantes de danza clásica, todas mujeres, con un rango de edad de 10 a 18 años, dichas estudiantes llevaban en promedio 4 años estudiando danza. Los instrumentos que se utilizaron fueron el EAT-40, BULIT, CIMEC, BSQ, EDI, y para el diagnóstico de TA se realizó con la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, por sus siglas en inglés; Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin, & Murphy-Eberenz, 1998).

Se encontró finalmente que había 16 casos de bailarinas con TA (13 con AN y 3 con BN) y 13 con TA no especificado o síndrome parcial. Además, cabe señalar que los resultados mostraron que la edad se asocia de manera significativa con la influencia de los modelos estéticos corporales, con la insatisfacción corporal y con la presencia de sintomatología bulímica. Lo que este estudio pone en evidencia es la presencia de TA,

especialmente de AN, en bailarinas mexicanas, lo que coincide con otros estudios realizados a nivel internacional y que también recalcan la importancia de la detección de TA en bailarinas.

## JUSTIFICACIÓN

Para autores como Garner y Garfinkel (1980) el practicar danza clásica está relacionado con los TA debido en gran medida a los altos estándares en el cuerpo ideal del bailarín, a su estricta disciplina, así como a la presión psicológica y física. Este deseo por el control sobre el cuerpo está estrechamente ligado a restricciones alimentarias y a la posibilidad de desarrollar distorsiones en la imagen corporal, por lo cual se considera a esta población con un riesgo mayor de sufrir un TA que la población no practicante (Requena et al., 2015).

Si bien los estudios realizados anteriormente han contribuido a conocer la presencia de TA en mujeres que practican danza, existe poca evidencia que incluya a los varones practicantes de danza. El incluir a los varones dentro de los estudios es relevante debido a que, al igual que las mujeres, ellos se encuentran bajo las mismas condiciones de ideal corporal, e incluso factores como la ropa ajustada y la constante exposición a los espejos que podrían contribuir a que ellos también desarrollen distorsiones en su imagen corporal, colocándolos en riesgo de padecer un TA.

Cabe señalar que el tipo de danza más comúnmente evaluada es la danza clásica, debido a los altos niveles de exigencia estéticos y de condición física en sus practicantes, sin embargo, estos estándares estéticos han influenciado otros tipos de danza, en el caso de nuestro país, ha influenciado a la danza folklórica mexicana con la finalidad de hacerlo más atractivo al espectador. Esta influencia estética exige un estándar de bailarín ideal, tal como ocurre en danza clásica, por lo cual es de importancia indagar si incluso bailarines de danza folklórica mexicana presentan sintomatología, o diagnóstico, de TA.

Finalmente, se reconoce la importancia de conocer si la práctica del bailarín lo pone en riesgo de padecer algún TA aun si esta práctica no se lleva a cabo de manera profesional. La relevancia de conocer si la población de bailarines recreativos también presenta sintomatología de TA o insatisfacción corporal, radica en generar propuestas preventivas para evitar que dicha actividad se convierta en un factor de riesgo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la composición corporal, imagen corporal, la presencia de trastorno alimentario y las características psicológicas asociadas a éste en bailarines de danza folklórica profesionales, recreativos y en muestra comunitaria.

### Objetivos específicos

1. Evaluar la imagen y composición corporal (porcentaje de grasa, IMC y masa muscular esquelética) en dos grupos de bailarines y una muestra comunitaria.
2. Identificar si existe sintomatología, o diagnóstico, de TA en bailarines profesionales, no profesionales y muestra comunitaria.
3. Comparar los resultados obtenidos del análisis de composición corporal, así como de sintomatología de AN, BN, e insatisfacción corporal, entre hombres y mujeres en dos grupos de bailarines y una muestra comunitaria.
4. Caracterizar el perfil psicológico de los bailarines de danza folklórica profesionales vs los no profesionales vs muestra comunitaria.

## **HIPÓTESIS**

El porcentaje de grasa e IMC serán significativamente menores en el grupo de bailarines profesionales vs el grupo de bailarines recreativos y la muestra comunitaria.

La masa muscular esquelética será significativamente mayor en bailarines profesionales en comparación con la muestra comunitaria

Los bailarines profesionales tendrán puntuaciones mayores en sintomatología de TA, así como mayor diagnóstico de TA en comparación con los bailarines no profesionales y muestra comunitaria.

Los bailarines profesionales tendrán mayor insatisfacción corporal que los bailarines no profesionales y la muestra comunitaria.

Las bailarinas mujeres tendrán mayor presencia de TA e insatisfacción corporal que los bailarines hombres.

No habrá diferencias entre sexo respecto a los rasgos psicológicos que caracterizan a los bailarines

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 111 participantes, divididos en tres grupos: 37 bailarines de folklor profesionales (hombres  $n = 20$ ; mujeres  $n = 17$ ), 37 bailarines de folklor recreativos (hombres  $n = 19$ ; mujeres  $n = 18$ ) y un grupo control conformado por 37 universitarios (hombres  $n = 16$ ; mujeres  $n = 21$ ). Los participantes tuvieron una media de edad de 22.7 años.

### Instrumentos y aparatos

- Para el análisis de composición corporal se utilizó el equipo InBody, el cual, por medio de bioimpedancia magnética, obtiene medidas de distribución de la masa grasa y muscular, así como una evaluación nutricional y recomendación de peso ideal.
- Hoja de datos generales: Obtiene información del participante acerca de su historial en danza, datos demográficos, antecedentes familiares y antecedentes o presencia de BN o AN.
- Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26, por sus siglas en inglés): Este instrumento fue creado por Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel (1982), consta de 26 ítems con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert, su punto de corte es  $\geq 20$  (propuesto por Garner y colegas en población estadounidense), el cual indica riesgo de TA, específicamente AN. En población mexicana un estudio realizado por Franco,

Solorzano, Díaz e Hidalgo-Rasmussen (2016) sugirió un punto de corte de  $\geq 20$ , además, obtuvo una adecuada consistencia interna ( $\alpha = .83$ ), en cuanto a su validez se identificó una estructura de tres factores: Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida y Control de la Ingesta.

- Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés): Fue elaborado y validado por Cooper et al. (1987). Este instrumento evalúa la presencia de insatisfacción y preocupación corporal. Consta de 34 ítems con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert. Fue validado para población mexicana por Vázquez et al. (2011), quienes establecieron el punto de corte en  $\geq 110$ , con un coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha = .98$ ), lo que indica que tiene excelente consistencia al medir la insatisfacción corporal.
- Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-3, por sus siglas en inglés): Este instrumento fue creado por Garner (2004), el cual evalúa características cognitivas y conductuales asociadas a la AN y la BN. Consta de 91 ítems con 6 opciones de respuesta en escala tipo Likert. Este instrumento se encuentra dividido en 13 subescalas que representan un rasgo característico de los trastornos: motivación para adelgazar, desconfianza interpersonal, insatisfacción corporal, miedo a madurar, bulimia, ineficacia, déficit interoceptivo, perfeccionismo, baja autoestima, alineación personal, alineación interpersonal, disregulación emocional y ascetismo. En población general, este instrumento únicamente es sensible a cuatro subescalas: baja autoestima, alienación interpersonal, miedo a madurar y perfeccionismo, y fue validado en población argentina por Rutzstein et al. (2013), quienes obtuvieron coeficientes de consistencia interna de adecuados a excelentes (entre  $\alpha = .63$  y  $\alpha = .97$ ) para cada subescala. Además, Garner (2004), deja claro que el instrumento debe utilizarse únicamente con fines de caracterización clínica.
- Test de Bulimia (BULIT, por sus siglas en inglés; Smith & Thelen, 1984): Evalúa, el riesgo de desarrollar BN, consta de 36 reactivos que refieren frecuencia o intensidad de la patología. Cuenta con una escala de respuesta de 5 puntos. Fue validado para población mexicana por Alvarez (2000), quien establece su punto de corte en  $\geq 85$  y consistencia interna de  $\alpha = .88$ .

- Entrevista Clínica IDED-IV (por sus siglas en inglés; Kutlesic et al., 1998): Es una entrevista semi-estructurada que tiene como finalidad detectar conductas relacionadas con los TA, y de este modo realizar un diagnóstico de trastorno considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2013). A pesar de que los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR al DSM-5 se han modificado, siguen conservándose la mayoría, por lo que utilizar esta entrevista no impidió realizar un diagnóstico preciso. La entrevista fue adaptada a población mexicana por el Grupo de Investigación en Nutrición de la FES Iztacala UNAM.

#### Medidas recabadas por el InBody

- Índice de Masa Corporal (IMC): El IMC se considera indicador de equilibrio o desequilibrio funcional corporal (Saucedo, Ocampo, Mancilla & Gómez, 2001), esta medida es frecuentemente utilizada para estimar el sobrepeso.
- Porcentaje de Grasa Corporal (PGC): el PGC es la medida de la cantidad de tejido adiposo que tiene una persona en relación al total corporal, siendo éste el indicador más confiable de obesidad. Para el análisis se tomó en cuenta el sistema propuesto por Lohman (1992), quien considera los siguientes parámetros (ver Tabla 1):

Tabla 1

*Clasificación del Porcentaje de Grasa Corporal, de acuerdo con Lohman (1992).*

Categoría	Hombres	Mujeres
Delgado	<8%	<13%
Óptimo	8-15%	13-20%
Ligero sobrepeso	16-20%	21-25%
Sobrepeso	21-24%	26-32%
Obeso	≥25%	≥33%

- Masa Muscular Esquelética (MME): es la medida de la cantidad de tejido muscular total que tiene una persona con relación al total de su composición corporal. Para

realizar el análisis se tomaron en cuenta los parámetros obtenidos mediante la prueba Inbody realizada a cada participante, en consecuencia, la MME difiere de un individuo a otro.

### Diseño y Tipo de Investigación

El estudio fue de corte transversal con alcance descriptivo.

### Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en dos fases:

#### Fase uno

Tanto para los grupos de bailarines profesionales como no profesionales, se contactó a las autoridades de las escuelas / academias de danza para explicar los objetivos de la investigación y solicitar su participación voluntaria por medio de un oficio. Una vez aprobado el protocolo, en una sesión de 60 minutos se firmó el consentimiento informado y se aplicó la batería de instrumentos a cada grupo (profesionales, recreativos y grupo control). Además de utilizar el InBody, las medidas de peso y estatura fueron tomadas por una especialista con certificado ISAK (International Society for the Advancement of Kinanthropometry). Lo anteriormente descrito se realizó por igual en los tres grupos.

#### Fase dos

Una vez analizados los datos de los cuestionarios, se contactaron a los participantes que rebasaron punto de corte en el EAT-26 y BULIT para realizar la entrevista clínica IDED-IV, del mismo modo, se seleccionaron de forma aleatoria a un grupo de bailarines que no hayan rebasado punto de corte para entrevistarlos, esto con el fin de identificar falsos positivos. Las entrevistas se llevaron a cabo por la autora de la tesis, supervisada por una especialista en TA.

#### Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos para su posterior análisis estadístico por medio del SPSS versión 24. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, para ésta última se recurrió a un ANOVA de un factor y la prueba *t* de Student.

## RESULTADOS

### Análisis Descriptivo

En la Tabla 2 se muestran las medias de edad e IMC por sexo y por grupo. Se puede observar de manera general que la muestra comunitaria tiene un IMC  $> 25$ , lo que indica sobrepeso (Organización Mundial de la Salud, 2020); la muestra de bailarines recreativos tiene un IMC de 24.2, aun cuando están dentro del rango normal, es ligeramente más elevado que el IMC de bailarines profesionales, el cual es de 22.7, lo que los ubica en normopeso.

Tabla 2

*Media de edad e índice de masa corporal por sexo y grupo*

	Muestra Comunitaria				
	<i>n</i>	IMC		Edad	
		<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>
Hombres	16	26.0	5.0	20.5	1.8
Mujeres	21	24.5	4.9	20.1	2.3
Total	37	25.1	5.0	20.3	2.1
	Bailarines Recreativos				
	<i>n</i>	IMC		Edad	
		<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>
Hombres	19	24.5	4.1	22.7	5.3
Mujeres	18	24.0	3.7	23.6	6.5
Total	37	24.2	3.8	23.1	5.8
	Bailarines Profesionales				
	<i>n</i>	IMC		Edad	
		<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>
Hombres	20	23.4	1.5	23.3	4.66
Mujeres	17	21.9	1.7	26.4	5.54
Total	37	22.7	1.7	24.7	5.25

*Nota:* IMC= índice de masa corporal

En la Tabla 3 se muestra la clasificación del IMC por grupo y por sexo. Tanto hombres como mujeres de los tres grupos, en su mayoría, están ubicados en normopeso, sin embargo, en el grupo de bailarines recreativos (2.7% para ambos sexos) hay participantes con obesidad I, al igual que en la muestra comunitaria (8.1% hombres y 2.7% mujeres), en este último hay además participantes con obesidad II (2.7% para ambos sexos) y mujeres con infrapeso (5.4%).

Tabla 3

*Frecuencia e interpretación de Índice de Masa Corporal por grupo y sexo (N = 111)*

	Hombres						Mujeres					
	IMC						IMC					
	Infra- peso	Normo- peso	Sobre - peso	Obesidad	Obesidad I	Obesidad II	Infra- peso	Normo- peso	Sobre - peso	Obesidad	Obesidad I	Obesidad II
BP (n = 37)	-	43.2%	10.8%	-	-	-	-	43.2%	2.7%	-	-	-
BR (n = 37)	-	32.4%	13.5%	-	2.7%	2.7%	-	32.4%	13.5%	-	2.7%	-
MC (n = 37)	-	24.3%	8.1%	-	8.1%	2.7%	5,4%	27%	16.2%	2.7%	2.7%	2.7%
Total	-	33.3%	10.8%	-	3.6%	1.8%	1,8%	34.2%	10.8%	0.9%	1.8%	0.9%

*Nota:* BP= Bailarines Profesionales; BR= Bailarines Recreativos; MC= Muestra Comunitaria

Los resultados de la Tabla 4 muestran la clasificación de la MME por sexo y grupo, se observa que hay más participantes de los grupos de bailarines recreativos y muestra comunitaria ubicados en un rango bajo en comparación con los bailarines profesionales.

Tabla 4

*Frecuencia e interpretación de Masa Muscular Esquelética en kilogramos por grupo y sexo (N = 111)*

	Hombres			Mujeres			Total
	MME			MME			
	Bajo	Normal	Alto	Bajo	Normal	Alto	
BP (n = 37)	-	51.3%	2.7%	5.4%	40.5%	-	100%
BR (n = 37)	5.4%	37.8%	8.1%	10.8%	32.4%	5.4%	100%
MC (n = 37)	2.7%	24.3%	13.5%	35.1%	18.9%	2.7%	97.2%*
Total	2.7%	37.8%	8.1%	17.1%	30.6%	2.7%	99%*

*Nota:* BP= Bailarines Profesionales; BR= Bailarines Recreativos; MC= Muestra Comunitaria; MME= Masa Muscular Esquelética (kg).

El total no corresponde al 100% en la muestra comunitaria debido a que un participante (varón) no permitió que se le tomara esta medida, este caso rebasó punto de corte en BULIT.

Los resultados de la Tabla 5 muestran la clasificación del PGC por grupo y sexo. Se observa que los grupos de bailarines recreativos y muestra comunitaria son los que tienen más participantes con alto PGC, siendo las mujeres quienes predominan en este rango (29.7% y 40.5% respectivamente).

Tabla 5

*Frecuencia e interpretación de PGC por grupo y sexo (N = 111)*

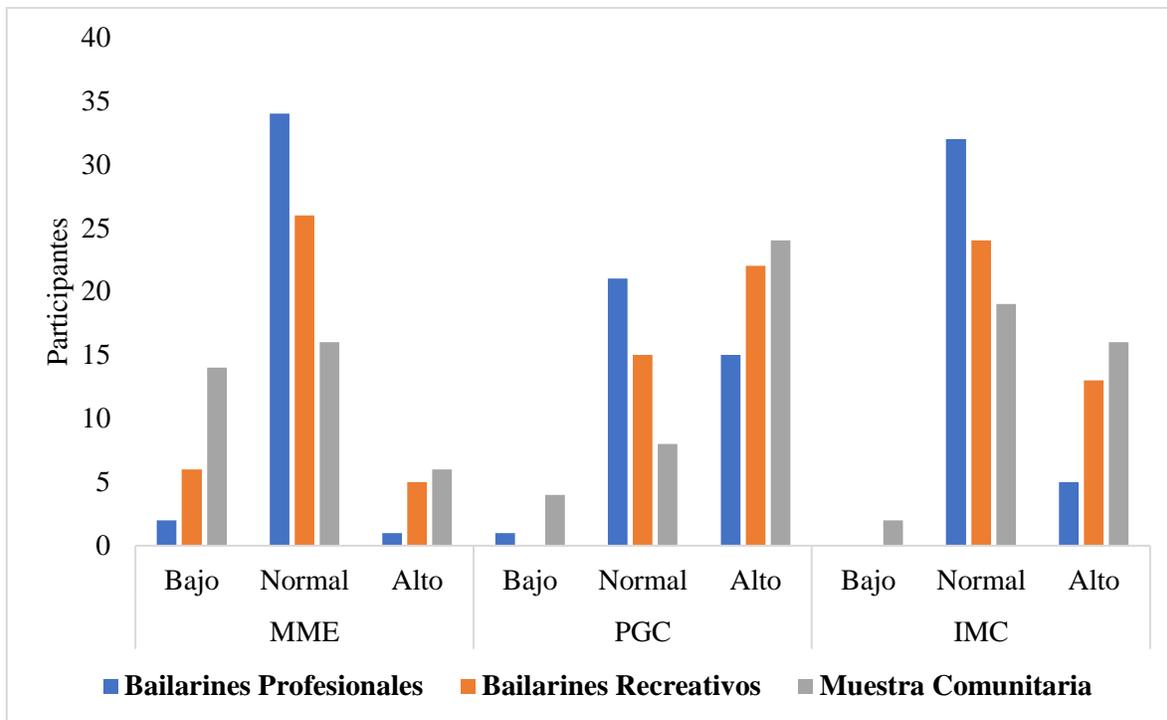
	Hombres			Mujeres			Total
	PGC			PGC			
	Bajo	Normal	Alto	Bajo	Normal	Alto	
BP (n = 37)	2.7%	35.1%	16.2%	-	21.6%	24.3%	100%
BR (n = 37)	-	21.6%	29.7%	-	18.9%	29.7%	100%
MC (n = 37)	5.4%	10.8%	24.3%	5.4%	10.8%	40.5%	97.2%*
Total	2.7%	22.5%	23.4%	1.8%	17.1%	31.5%	99%*

*Nota:* BP= Bailarines Profesionales; BR= Bailarines Recreativos; MC= Muestra Comunitaria; PGC= Porcentaje de Grasa Corporal

El total no corresponde al 100% en la muestra comunitaria debido a que un participante (varón) no permitió que se le tomara esta medida, este caso rebasó punto de corte en BULIT.

En la Figura 1, se muestran las frecuencias de MME, PGC e IMC para los tres grupos, donde se observa que la mayoría de los participantes del grupo de bailarines

profesionales se encuentra en un rango normal en las tres medidas, mientras que el grupo de recreativo y el comunitario tuvieron más alto el PGC y un IMC normal.



*Figura 1.* Frecuencia de Masa Muscular Esquelética, Porcentaje de Grasa Corporal e Índice de Masa Corporal

Nota. MME= Masa Muscular Esquelética; PGC= Porcentaje de Grasa Corporal; IMC= Índice de Masa Corporal, para este caso, el IMC está dividido en bajo (infrapeso), normal y alto (sobrepeso y obesidad en sus tres niveles).

En la Tabla 6 se muestran los resultados de las partes del cuerpo que más preocupan a los bailarines. Tanto a la muestra de bailarines profesionales como a la muestra de recreativos, les preocupa el abdomen y otra característica, siendo principalmente piernas, brazos, espalda, cintura, pecho, caderas, glúteos, cuello y tez. Dado que esta pregunta fue enfocada específicamente para bailarines, no se tienen estos datos para el grupo comunitario.

Tabla 6

*Partes del cuerpo preocupantes en los bailarines*

	Bailarines Profesionales			
	Ninguno	Abdomen	Abdomen y otras partes*	Otros
¿Te preocupa la forma y tamaño de alguna parte de tu cuerpo?	16,2% (6)	8,1% (3)	56,7% (21)	18,9 % (7)
	Bailarines Recreativos			
	Ninguno	Abdomen	Abdomen y otras partes*	Otros
	2,7% (1)	13,5% (5)	45,9% (17)	37,8% (14)

\*Las otras características incluían piernas, brazos, espalda, cintura, pecho, caderas, glúteos, cuello y tez.

En la Tabla 7 se encuentran los resultados de los antecedentes en danza de los bailarines profesionales, considerando la muestra total de este grupo y por sexo. Gran parte de los bailarines decidieron estudiar danza por decisión propia (89.2%). En cuanto a los hábitos alimentarios, 82.4% de las mujeres y el 70% de los hombres mencionan haberlos modificado a partir de que practican danza. Ligado a esto, únicamente las mujeres (29.4%) reportaron estar sujetas a un programa de reducción de peso. Referente a los estándares en danza, el 11.8% de las mujeres y el 10% de los hombres consideran que éstos son demasiado altos para ellos. Finalmente, en cuanto a los participantes que mencionan haber padecido algún TA, el 5.9% de las mujeres padeció AN y 17.6% BN, de las cuales únicamente el 5.9% indicó haber recibido atención profesional; para el caso de los hombres, solo el 5% reportó haber tenido BN y ninguno recibió atención profesional.

Tabla 7  
*Antecedentes de los bailarines profesionales*

	General (N = 37)		Hombres (n = 20)		Mujeres (n = 17)	
	Si	No	Si	No	Si	No
Practicar danza por decisión propia	89.2% (33)	10.8% (4)	95.0% (19)	5.0% (1)	82.4% (14)	17.6% (3)
Modificación de hábitos alimentarios a partir de practicar danza	75.7% (28)	24.3% (9)	70.0% (14)	30.0% (6)	82.4% (14)	17.6% (3)
¿Consideras que los estándares de imagen corporal exigidos en danza son demasiado altos para ti?	10.8% (4)	89.2% (33)	10.0% (2)	90.0% (18)	11.8% (2)	88.2% (15)
¿Estuviste sujeta/o a un programa de reducción de peso?	13.5% (5)	86.5% (32)	-	100% (20)	29.4% (5)	70.6% (12)
¿Has padecido anorexia?	2.7% (1)	97.3% (36)	-	100% (20)	5.9% (1)	94.1% (16)
¿Has padecido bulimia?	10.8% (4)	89.2% (33)	5% (1)	95% (19)	17.6% (3)	82.4% (14)
¿Has recibido atención profesional?	2.7% (1)	97.3% (36)	-	100% (20)	5.9% (1)	94.1% (16)

Al igual que en la tabla anterior, la Tabla 8 describe los antecedentes de los bailarines recreativos. Respecto a la modificación de hábitos alimentarios, el 50% de las mujeres y el 73.7% de los hombres mencionan haberlos modificado a partir de practicar danza. En relación a esto, el 33.3% de las mujeres y el 26.3% de los hombres refirió haber estado sujeto a un programa de reducción de peso. Ninguno de los participantes refirió haber padecido AN ni BN.

Tabla 8

*Antecedentes de los bailarines recreativos*

	General (N=37)		Hombres (n=19)		Mujeres (n=18)	
	Si	No	Si	No	Si	No
Practicar danza por decisión propia	91.9% (34)	8.1% (3)	94.7% (18)	5.3% (1)	88.9% (16)	11.1% (2)
Modificación de hábitos alimentarios a partir de practicar danza	62.2% (23)	37.8% (14)	73.7% (14)	26.3% (5)	50% (9)	50% (9)
¿Consideras que los estándares de imagen corporal exigidos en danza son demasiado altos para ti?	40.5% (15)	59.5% (22)	42.1% (8)	57.9% (11)	38.9% (7)	61.1% (11)
¿Estuviste sujeta/o a un programa de reducción de peso?	29.7% (11)	70.3% (26)	26.3% (5)	73.7% (14)	33.3% (6)	66.7% (12)
¿Has padecido anorexia?	-	100% (37)	-	100% (19)	-	100% (18)
¿Has padecido bulimia?	-	100% (37)	-	100% (19)	-	100% (18)
¿Has recibido atención profesional?	-	100% (37)	-	100% (19)	-	100% (18)

En la Tabla 9 se muestra la frecuencia de participantes que rebasaron punto de corte por grupo. En el grupo de los bailarines profesionales, el EAT-26 fue el instrumento que más participantes rebasaron punto de corte ( $n = 6$ ; 16.2%), mientras que, en el grupo de los bailarines recreativos, el BULIT fue el instrumento que rebasaron con mayor frecuencia ( $n= 4$ ; 10.8%). Respecto a la muestra comunitaria, tres participantes rebasaron punto de corte en el BULIT (8.1%) y dos en el EAT-26 (5.4%). Del grupo de bailarines profesionales solamente un participante accedió a realizar la entrevista diagnóstica para TA y cuatro controles. En el grupo de bailarines recreativos sólo un bailarín y dos controles accedieron a realizar la entrevista. Finalmente, en el grupo de muestra comunitaria se entrevistaron a dos alumnos que rebasaron punto de corte y a dos controles. Ninguno de los participantes entrevistados cumplió con los criterios para AN o BN.

Tabla 9

*Frecuencia de participantes que rebasaron punto de corte por sexo y grupo*

Bailarines Profesionales				
	EAT-26 <i>n</i> (%)	BSQ <i>n</i> (%)	BULIT <i>n</i> (%)	Diagnóstico de TA
Hombres ( <i>n</i> = 20)	3 (15.0)	3 (15.0)	-	-
Mujeres ( <i>n</i> = 17)	3 (17.6)	4 (23.5)	-	-
Total ( <i>N</i> = 37)	6 (16.2)	7 (18.9)	-	-
Bailarines Recreativos				
	EAT-26 <i>n</i> (%)	BSQ <i>n</i> (%)	BULIT <i>n</i> (%)	Diagnóstico de TA
Hombres ( <i>n</i> = 19)	2 (10.5)	3 (15.7)	2 (10.5)	-
Mujeres ( <i>n</i> = 18)	1 (5.5)	4 (22.2)	2 (11.1)	-
Total ( <i>N</i> = 37)	3 (8.1)	7 (18.9)	4 (10.8)	-
Muestra Comunitaria				
	EAT-26 <i>n</i> (%)	BSQ <i>n</i> (%)	BULIT <i>n</i> (%)	Diagnóstico de TA
Hombres ( <i>n</i> = 16)	-	1 (6.25)	1 (6.2)	-
Mujeres ( <i>n</i> = 21)	2 (9.5)	5 (23.8)	2 (9.5)	-
Total ( <i>n</i> = 37)	2 (5.4)	6 (16.2)	3 (8.1)	-

A continuación, en la Figura 2 se observan las medias de los puntajes obtenidos, de los tres grupos (profesionales, recreativos y comunitaria), en las subescalas del EDI-3. Para analizar las gráficas, se tomaron en cuenta las tres variables más asociadas a TA, en este

caso, MA, IC y P (motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y perfeccionismo, respectivamente). La subescala MA evalúa la presencia de preocupaciones por la dieta y el peso, la presencia de un intenso temor a ganar peso y la presencia de un fuerte deseo a estar más delgado; se observa que el grupo de bailarines profesionales tienen mayor motivación para adelgazar, seguido de la muestra comunitaria.

La subescala IC evalúa la insatisfacción con el tamaño y la forma del cuerpo en su conjunto y de las partes concretas del mismo a las que las personas con TA prestan mucha atención (p.ej. estómago, caderas, muslos y nalgas); se puede observar que la muestra comunitaria tiene mayor insatisfacción corporal, seguido de la muestra de bailarines recreativos.

Finalmente, la subescala P evalúa en qué medida el sujeto se impone a sí mismo la necesidad de alcanzar los más altos niveles de logro personal y la consecución de objetivos con el máximo nivel de exigencia; los resultados señalan que el grupo de bailarines recreativos tienen mayor nivel de perfeccionismo, seguido por el grupo de bailarines profesionales.

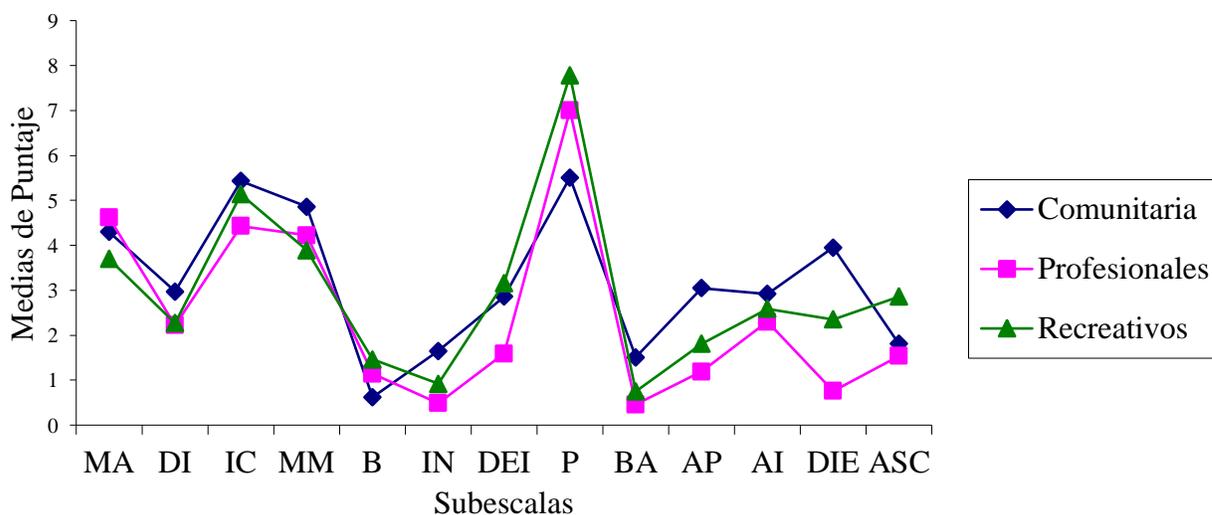


Figura 2. Media de puntajes obtenidos por grupo en el EDI-3

MA= miedo a madurar; DI= desconfianza interpersonal; IC= insatisfacción corporal; MM= miedo a madurar; B= bulimia; IN= ineficacia; DEI= déficit interoceptivo; P= perfeccionismo; BA= baja autoestima; AP= alineación personal; AI= alineación interpersonal; DIE= disregulación emocional; ASC= ascetismo

La Figura 3 corresponde a la media de los puntajes únicamente de los hombres en cada grupo. Se observa que el grupo de bailarines recreativos obtuvo las puntuaciones más altas en las tres variables (MA, IC y P), en el caso específico de MA, tanto el grupo de comunitaria como de profesionales obtuvieron la misma puntuación. En el caso de IC el grupo de bailarines profesionales obtuvo las puntuaciones más bajas. Finalmente, para el caso de P fue el caso de la muestra comunitaria quienes obtuvieron las puntuaciones más bajas.

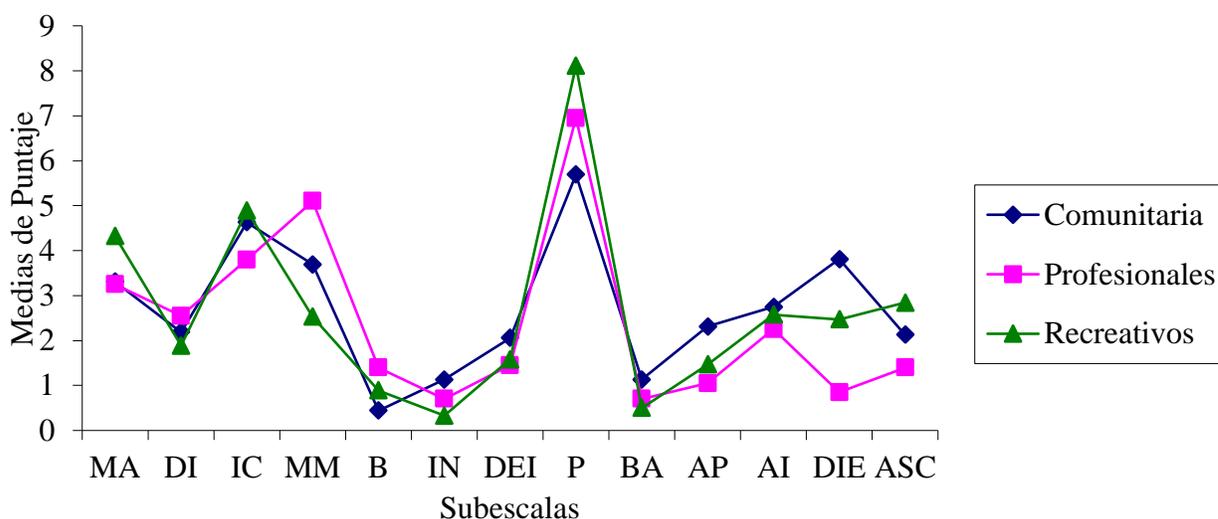
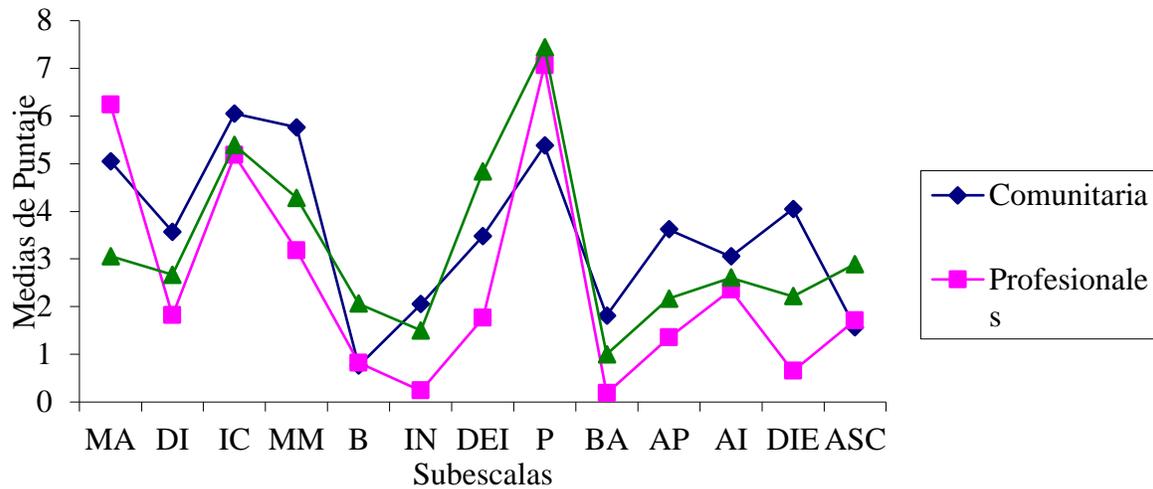


Figura 3. Media de puntajes de los varones por grupo en el EDI-3

MA= miedo a madurar; DI= desconfianza interpersonal; IC= insatisfacción corporal; MM= miedo a madurar; B= bulimia; IN= ineficacia; DEI= déficit interoceptivo; P= perfeccionismo; BA= baja autoestima; AP= alineación personal; AI= alineación interpersonal; DIE= disregulación emocional; ASC= ascetismo

Finalmente, la Figura 4 corresponde a la media de puntajes obtenido por las mujeres. Se observa que las mujeres de la muestra comunitaria tienen mayor IC y menor P, mientras que el grupo de profesionales tuvo mayor MA y P en comparación con la muestra comunitaria. grupos.



*Figura 4.* Media de puntajes de las mujeres por grupo en el EDI-3  
 MA= miedo a madurar; DI= desconfianza interpersonal; IC= insatisfacción corporal;  
 MM= miedo a madurar; B= bulimia; IN= ineficacia; DEI= déficit interoceptivo; P=  
 perfeccionismo; BA= baja autoestima; AP= alineación personal; AI= alineación  
 interpersonal; DIE= disregulación emocional; ASC= ascetismo

### Análisis Inferencial

Para conocer si hay diferencias en el IMC, PGC, MME y los puntajes totales del EAT-26 y BSQ entre los tres grupos, se utilizó la prueba ANOVA de un factor (ver Tabla 10). El análisis señala que existe diferencia estadísticamente significativa en el IMC, la cual se observa entre la muestra comunitaria y los bailarines profesionales. En cuanto al PGC, existe diferencia significativa únicamente entre los grupos de bailarines recreativos y muestra comunitaria. Para el caso de MME EAT-26 y BSQ no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Cabe mencionar que los datos del BULIT no se consideraron para este análisis debido a que algunos participantes del grupo de bailarines profesionales no respondieron este instrumento.

Tabla 10

*Comparación de las variables de estudio entre grupos*

Variable	G. Profesional		G. Recreativo		M. Comunitaria		F	p
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
IMC	22.7 <sub>a</sub>	1,7	24.2 <sub>ab</sub>	3.8	25.1 <sub>b</sub>	5.0	3.86	.024
PGC	23.0 <sub>ab</sub>	6.1	27.4 <sub>b</sub>	8.3	21.7 <sub>c</sub>	9.7	4.85	.010
MME	27.5	5.4	27.4	6.2	25.8	6.7	0.84	.433
EAT-26	8.4	11.9	6.4	6.8	6.8	8.0	0.51	.599
BSQ	77.1	34.8	84.0	33.6	75.4	33.6	0.66	.515

*Nota:* MME (kg): Masa Muscular Esquelética; PGC: Porcentaje de Grasa Corporal;

IMC: Índice de Masa Corporal

La Tabla 11 muestra los resultados de la prueba *t* de Student, a partir de la cual se deduce que no hay diferencias entre sexos respecto a los puntajes del EAT-26 y del BSQ. Este análisis no incluyó el BULIT debido a que hubo algunos participantes del grupo de bailarines profesionales que no lo respondieron, en su lugar, se utilizó la subescala del EDI-3 que corresponde a sintomatología de bulimia.

Tabla 11

*Comparación de las variables de estudio entre sexos*

Variables	Hombres		Mujeres		t	p
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
EAT-26	5.7	8.5	8.7	9.630	1.7	.106
BSQ	71.5	31.4	86.0	35.0	2.2	.584

De igual manera, para conocer si hay diferencias en los puntajes de las subescalas del EDI-3 entre los tres grupos, se realizó la prueba ANOVA de un factor (ver Tabla 12). Los resultados señalan que hay diferencias significativas en cinco de las 13 subescalas. En las

subescalas IN, BA y DIE (ineficacia, baja autoestima y disregulación emocional, respectivamente) se observan diferencias significativas en la muestra comunitaria y el grupo de bailarines profesionales. Para la subescala P (perfeccionismo), hubo diferencia significativa en los grupos de bailarines recreativos y la muestra comunitaria. Finalmente, en la subescala AP (alineación personal) se observa que los tres grupos tienen diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 12

*Comparación de las subescalas del EDI-3 entre grupos*

<i>Subescalas</i>	<i>G. Profesional</i>		<i>G. Recreativo</i>		<i>M. Comunitaria</i>		<i>F</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>		
MA	4.6	4.9	3.7	4.3	4.3	5.0	0.34	0.709
DI	2.2	3.5	2.2	2.7	2.9	3.1	0.65	0.520
IC	4.4	4.0	5.1	4.6	5.4	4.4	0.50	0.603
MM	4.2	3.7	3.8	3.3	4.8	4.4	0.60	0.550
B	1.1	2.1	1.4	3.0	.6	1.3	1.27	0.283
IN	0.4 <sub>a</sub>	0.8	0.9 <sub>ab</sub>	1.5	1.6 <sub>b</sub>	2.3	4.57	0.012
DEI	1.5	2.2	3.1	4.9	2.8	4.9	1.44	0.241
P	7.0 <sub>ab</sub>	3.3	7.7 <sub>b</sub>	4.6	5.5 <sub>c</sub>	3.3	3.30	0.040
BA	0.4 <sub>a</sub>	0.8	0.7 <sub>ab</sub>	1.5	1.5 <sub>b</sub>	2.0	4.52	0.013
AP	1.1 <sub>a</sub>	1.3	1.8 <sub>b</sub>	1.9	3.0 <sub>c</sub>	2.9	6.96	0.001
AI	2.3	2.0	2.5	2.8	2.9	2.3	0.59	0.553
DIE	0.7 <sub>a</sub>	1.7	2.3 <sub>ab</sub>	3.1	3.9 <sub>b</sub>	4.6	8.17	0.000
ASC	1.5	1.7	2.8	2.2	1.8	3.0	3.09	0.050

*Nota:* MA= miedo a madurar; DI= desconfianza interpersonal; IC= insatisfacción corporal; MM= miedo a madurar; B= bulimia; IN= ineficacia; DEI= déficit interoceptivo; P= perfeccionismo; BA= baja autoestima; AP= alineación personal; AI= alineación interpersonal; DIE= disregulación emocional; ASC= ascetismo

## DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue conocer la composición e imagen corporal, la presencia de trastorno alimentario y las características psicológicas asociadas a éste en bailarines de danza folklórica profesionales, recreativos y en muestra comunitaria.

En cuanto a composición corporal, no hay diferencias significativas en el IMC de los grupos de bailarines profesionales y recreativos, sin embargo, sí las hay entre profesionales y muestra comunitaria. La primera hipótesis planteada fue que el porcentaje de grasa corporal (PGC) e IMC serían significativamente menores en el grupo de bailarines profesionales vs el grupo de bailarines recreativos y la muestra comunitaria, no obstante, el IMC de los profesionales estuvo dentro del rango normal. Esto difiere de lo reportado por Rutzstein et al. (2010) quienes mencionan que el IMC de los bailarines de danza a nivel profesional es significativamente menor a los que no practican danza, ubicando a los bailarines profesionales en bajo peso. Sin embargo, Kurpel et al. (2016) en su estudio realizado con bailarines profesionales y aficionados de ballet, street dance y jazz, mencionan que el IMC de los participantes estuvo dentro del rango normal, no obstante, había percepciones físicas erróneas. Esto último es congruente con los resultados hallados en este estudio, sin embargo, la falta de evidencia sobre danza folklórica mexicana dificulta las comparaciones de los datos actuales, lo que sugiere la necesidad de más estudios con esta población.

Respecto al PGC, hubo diferencias significativas entre bailarines recreativos y muestra comunitaria, cabe resaltar que en ambos grupos la mayoría de casos se encontraban en un rango alto, sin embargo, el análisis caso por caso mostró que los participantes cuyo PGC estaba más elevado correspondían a los hombres del grupo de bailarines recreativos y a las mujeres de la muestra comunitaria. Los resultados obtenidos muestran en ambos grupos problemas de malnutrición, al contrario de los bailarines profesionales, quienes en su mayoría se encontraban en un rango normal de PGC. Sobre esto último, Betancourt, Aréchiga, Diaz y Ramírez (2008) mencionan que una bailarina con una mayor cantidad de grasa mostrará mayor volumen corporal que una con una menor cantidad, lo que incrementará las posibilidades de ser clasificada como “físicamente no apta” en la

disciplina dancística. En este caso, no solo aplicaría para el sexo femenino, también para los varones, ya que en las entrevistas dos participantes del grupo de bailarines profesionales y uno del grupo de bailarines recreativos mencionaron que se hacía evidente si alguno había subido de peso y eso interfería en que fueran seleccionados para alguna presentación.

Para el caso de la masa muscular esquelética (MME), no hubo diferencias significativas entre los tres grupos, no obstante, la mayoría de participantes del grupo de bailarines profesionales estaba en un rango normal, la hipótesis mencionaba que la MME sería significativamente mayor en bailarines profesionales en comparación con la muestra comunitaria. Al respecto, Betancourt, Aréchiga, Diaz y Ramírez (2007) mencionan que si el bailarín no tiene un equilibrio entre el PGC y la MME habría falta de fuerza, lo que limitaría la posibilidad del bailarín de continuar su desempeño en la disciplina dancística. Durante las entrevistas, los participantes del grupo de bailarines profesionales mencionaron practicar, además de la danza, otra actividad como gimnasio, o cardio para mejorar su desempeño, sin embargo, especialmente los bailarines varones, mencionan que el bailarín debe verse estético, por lo que no es necesario el desarrollo excesivo de músculo, el cual se ve reflejado en los resultados. En este mismo grupo, de manera general, los bailarines cumplen con el equilibrio mencionado, al contrario del grupo de bailarines recreativos, quienes mostraron mayor PGC, el cual está asociado a una mayor malnutrición, esto podría deberse a que la exigencia estética y física no es tan alta como en aquellos que practican danza de manera profesional.

Es preciso mencionar que el porcentaje de participantes que rebasaron punto de corte en los cuestionarios EAT-26 y BULIT es menor a lo esperado. Garfinkel y Garfinkel (1987), en su estudio mencionan que, posterior a la entrevista diagnóstica, alrededor de 25,7% y 14,2% de los bailarines fueron diagnosticados con AN y BN respectivamente. La hipótesis propuesta en este estudio señaló que los bailarines profesionales tendrían puntuaciones mayores en sintomatología de TA, así como mayor diagnóstico, en comparación con los bailarines no profesionales y muestra comunitaria. En este caso, ningún participante entrevistado fue diagnosticado con el trastorno, sin embargo, cumplen de manera parcial con algunos de los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), como la restricción de la ingesta, miedo intenso a ganar peso y la alteración en la percepción

corporal, para el caso de AN y, para BN, episodios recurrentes de atracones y comportamientos compensatorios.

El hecho de que ningún participante haya cumplido cabalmente con los criterios diagnósticos de TA, podría deberse a que tener AN o BN es un factor determinante para la expulsión de la compañía o grupo de danza, siendo esto una variable que pudo afectar la veracidad con la que los participantes se expresaban durante la entrevista. Si bien se les aseguró a los participantes la confidencialidad de sus datos, e incluso se les llegó a dar un estímulo económico (\$200.00 M.N.), constantemente posponían o cancelaban las entrevistas, especialmente aquellos que rebasaron punto de corte en los instrumentos. De igual manera durante las mediciones antropométricas, un participante de la muestra comunitaria solamente permitió que se obtuviera su peso y talla, cabe destacar que este mismo participante había rebasado punto de corte en el BULIT. Al respecto Katz (2019), mencionó que en bailarines se detectó alta prevalencia de vómito, sin embargo, esto fue posible detectarse debido a que las evaluaciones fueron totalmente anónimas, lo que permitió que los bailarines respondieran con veracidad.

Respecto a la insatisfacción corporal, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones del BSQ en los tres grupos, la hipótesis era que los bailarines profesionales tendrían mayor insatisfacción corporal que los bailarines no profesionales y la muestra comunitaria, sin embargo, los tres grupos mostraron medias muy por debajo del punto de corte siendo 77, 84 y 75 para el grupo de profesionales, recreativos y muestra comunitaria, respectivamente. En el caso de los bailarines profesionales y recreativos, este dato en particular, es inconsistente con lo reportado en la hoja de datos generales y la entrevista, donde un alto porcentaje (56.7% profesionales y 45.9% recreativos) reporta que las partes del cuerpo que más les preocupan son: el abdomen junto con otras características (piernas, brazos, espalda, cintura, pecho, caderas, glúteos, cuello y tez). Esto podría sugerir que en el grupo de bailarines profesionales la veracidad de los datos se pudo haber afectado, probablemente por el temor a ser identificados como bailarines “en riesgo”, pero en el caso de bailarines recreativos y muestra comunitaria, este resultado podría ser reflejo de un malestar con su imagen normativo, el cual refiere que, aunque se esté insatisfecho con el cuerpo, no implica la realización de conductas para modificar el estado corporal.

La insatisfacción corporal detectada a partir de la entrevista, nos habla de que existen ciertas características relacionadas con la estética requerida para el bailarín, siendo el cuerpo delgado una de las principales. Requena et al. (2015) explican que los bailarines muestran descontento con su cuerpo, especialmente con la parte de la cintura, debido a la importancia de la imagen dentro de la danza. Tanto hombres como mujeres están expuestos a críticas constantes por la forma y tamaño de su cuerpo, lo que los hace interiorizar actitudes que fomenten el ideal de delgadez (García et al., 2014).

Además, es relevante mencionar que los estudiantes de danza están expuestos durante los ensayos a factores que alteran su imagen corporal, como los espejos y los uniformes de ensayo que se usan de manera ajustada, mismos que enfatizan y promueven la valoración de la figura, además de que provoca en los bailarines ansiedad, no por todo el cuerpo, sino en partes específicas que sesgan la percepción sobre su peso (Danis et al., 2016). Para este caso, es importante recalcar que la danza folklórica requiere en las mujeres fuerza en los brazos debido al uso de la falda en la ejecución, lo que podría explicar la insatisfacción respecto a los brazos, pues en la hoja de datos generales refieren la necesidad de ejercitar más esta parte de su cuerpo.

En cuanto a la preocupación por la tez, Rutzstein et al. (2010) mencionan que, entre las mujeres occidentales, el sentir malestar con la imagen corporal es una característica normativa, sin embargo, en esta población de bailarines se encontró durante las entrevistas que la tez clara y la estatura son requisitos comunes a la hora de ingresar dentro de una compañía de danza, incrementando el malestar no solo en las mujeres, también en los hombres. Es importante destacar que estos requisitos dentro de la danza folklórica mexicana se están alejando del objetivo por el cual tuvo su origen: preservar las características del pueblo mexicano. El cumplir con los requisitos estéticos dentro de la danza ha propiciado que, en este caso especial, se pierda la representatividad nacional mexicana.

Continuando con la hipótesis que señala que las bailarinas mujeres tendrán mayor presencia de TA e insatisfacción corporal que los bailarines hombres, no se encontraron diferencias significativas entre sexos en los puntajes del EAT-26, sin embargo, cuatro

bailarinas mujeres y tres hombres rebasaron punto de corte en este instrumento. Como se mencionó anteriormente, no hubo ningún diagnóstico de trastorno, aunque sí se presentaba sintomatología asociada a AN y BN en los participantes. Para el caso de BN, la subescala del EDI-3 que hace referencia a la sintomatología de este trastorno, se encontró que los grupos de danza recreativa y comunitaria presentan puntuaciones mayores que el grupo de bailarines profesionales.

Durante las entrevistas, los bailarines se referían constantemente al control de peso corporal por medio de dietas, no obstante, en la hoja de datos generales los bailarines del grupo profesional reportaron que el 10% de los hombres y 11.8% de las mujeres percibían que los estándares de imagen corporal exigidos en danza son demasiado altos para ellos, mientras que para los bailarines recreativos es mayor el porcentaje de mujeres (38.9%) y hombres (42.1%) los que consideran demasiado altos dichos estándares. Sin embargo, estos resultados no son congruentes con el porcentaje que mencionó haber modificado sus hábitos alimentarios, siendo de manera general el 75.8% de bailarines profesionales y 62.2% de bailarines recreativos. De acuerdo a las entrevistas, los bailarines no suelen acudir con un profesional para solicitar un plan nutricional, es más común que entre compañeros se compartan métodos para bajar de peso, siendo la restricción alimentaria, licuados con suplementos alimenticios y cápsulas para reducir la grasa corporal los métodos más frecuentes.

Sobre esta misma línea, Dotti et al. (2002) refieren que el compromiso con el control de peso se adquiere dentro de la educación del ser bailarín de manera temprana. Jáuregui et al. (2016) mencionan al respecto que los estudiantes de danza profesional realizan dietas por razones estéticas, siendo las mujeres quienes lo hacen con mayor frecuencia, sin embargo, en este estudio fue mayor el porcentaje de hombres (73.7%) que modificaron sus hábitos alimentarios en comparación con las mujeres (50%) del grupo de bailarines recreativos. Una posible explicación a esto es que, en el ámbito de la danza, es más valorado el bailarín hombre cuya figura estética sea esbelta, pero manteniendo la fuerza para la ejecución de la técnica artística (Betancourt et al., 2007). Otra posible explicación es la orientación sexual de los bailarines hombres, quienes, durante la aplicación de los instrumentos y las entrevistas, mencionaban abiertamente su orientación

homosexual; García et al. (2014) refieren que en hombres homosexuales se presentan, con mayor frecuencia, alteraciones en la imagen corporal en comparación con heterosexuales, particularmente en el ámbito artístico, ya que tienen conductas más femeninas que los hombres heterosexuales (Bailey & Oberschneider, 1997, citado en García et al., 2014).

Al respecto de los resultados del EDI-3, el grupo de bailarines profesionales muestra mayor motivación para adelgazar, esto podría explicarse debido a que son ellos los que están mayormente expuestos a la presión social del culto a la delgadez y el estricto estándar físico que se exige en la profesión (Ribero & da Veiga, 2010), pues el ser bailarín profesional implica no solo mantener un alto nivel de técnica, también es necesario mantener un adecuado rendimiento físico, lo anterior es lo que puede llevarlos a sentirse insatisfechos con sus cuerpos y motivarlos a realizar prácticas alimentarias de riesgo para adelgazar.

Con relación al perfeccionismo de los grupos de bailarines recreativos y profesionales, que tuvieron puntuaciones más altas que la muestra comunitaria, se muestra consistencia con lo que mencionan Nordin-Bates et al., (2016), pues en el ambiente de los bailarines son altamente reconocidos los éxitos, se promueven las rivalidades y se castigan los errores, relacionándose esto incluso con altos niveles de perfeccionismo. Una posible explicación a esto es que, en población de bailarines, debido a la exigencia, se tiene la necesidad de poseer un alto control sobre sí mismos y sus cuerpos, lo que los lleva a la resistencia a malestares que pudiesen presentar, pues una característica del bailarín es conseguir que el público vea que disfrutan mientras bailan, aunque muchas veces no sea así (Wulf, 2001, citado en Maymó, 2009).

### **Limitaciones y recomendaciones**

Las limitaciones del presente estudio competen a la aplicación de uno de los instrumentos (BULIT), el cual no se aplicó a todos los participantes del grupo de bailarines profesionales debido al tiempo otorgado por las autoridades de la compañía. En este caso, se sugiere la negociación de tiempos menos limitados con las autoridades.

A su vez, la mayoría de los participantes que habían rebasado punto de corte no se presentaron a las entrevistas y otros posponían constantemente las mismas, debido a esto, se sugiere que en posteriores investigaciones se realice de manera anónima, sustituyendo el nombre por un número de folio, para que de esta manera los participantes tengan la libertad de responder sin temor a ser identificados.

Por otro lado, la falta de evidencia sobre este tipo de danza dificultó las comparaciones con otros estudios, pues en su mayoría se enfocaban únicamente a danza clásica.

De igual manera, es importante destacar que el tamaño de la muestra es poco representativo, por lo que se sugiere en futuras investigaciones ampliar el tamaño de la muestra con la finalidad de brindar mayor poder estadístico.

Además de lo anteriormente mencionado, otra posible limitación a considerar es que el presente estudio fue de corte transversal, para futuras investigaciones se sugiere un estudio longitudinal que explore los cambios que experimenten los bailarines a lo largo de su formación, lo que podría brindar mayor información sobre los TA y las variables psicológicas involucradas.

Finalmente, el EDI-3 si bien está en proceso de validación, aún no está publicado en México. Aunque este instrumento está diseñado originalmente para población clínica, en este estudio se utilizó debido a que la literatura señala a los bailarines como una población de alto riesgo de padecer trastorno alimentario.

## CONCLUSIONES

- En cuanto a la composición corporal, se encontraron diferencias significativas únicamente entre bailarines profesionales y muestra comunitaria, tal como lo sugiere la literatura. Los bailarines profesionales están, de manera general, dentro del rango ideal de IMC, PGC y MME, sin embargo, se hallaron alteraciones en su percepción de la imagen corporal. En cuanto a la composición corporal de la muestra comunitaria y los bailarines recreativos, sus resultados señalan que hay malnutrición en ambos grupos.
- Aun cuando los participantes entrevistados no fueron diagnosticados con AN o BN, mostraban de manera parcial sintomatología de dichos trastornos, incluso en las preguntas realizadas en la hoja de datos generales expresaban su insatisfacción corporal; esto sugiere la falta de veracidad al momento de responder los cuestionarios, la cual podría deberse a las posibles consecuencias sobre ellos y su actividad.
- Los estándares corporales exigidos en danza son demasiado altos para algunos de los bailarines, especialmente el grupo que más lo refirió fue el de bailarines recreativos, lo que los lleva a conductas para controlar su peso que ponen en riesgo su salud, pues éstas son promovidas por los mismos compañeros de grupo.
- La motivación para adelgazar estuvo presente en los tres grupos, sin embargo, fue el grupo de bailarines profesionales quienes tuvieron puntuaciones más elevadas en esta subescala del EDI-3, pues al ser profesionales se esperan mejores ejecuciones y cuerpos más apegados al estándar físico.
- Finalmente, el perfeccionismo encontrado en ambos grupos de bailarines tiene consistencia con lo mostrado en la literatura, pues para los bailarines es importante el control sobre su cuerpo no solamente a nivel de técnica artística, sino que también a nivel incluso emocional.

## REFERENCIAS

- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Avalos, L., Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image, 2*, 285-97.
- Behar, R., & Arancibia, M. (2014). DSM-V y los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 52*(1), 22-33.
- Berengüí, R., Castejón, M., & Torregrosa, M. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 7*(1), 1-8.
- Betancourt, H., Aréchiga, J., Diaz, M., & Ramírez, C. (2007). Estudio bioantropológico del concepto “gordura-delgadez” en un grupo de bailarines de ballet adolescentes de Cuba. *Nutrición Clínica, 10*(2), 115-122.
- Betancourt, H., Aréchiga, J., Diaz, M., & Ramírez, C. (2008). Valoración antropométrica de la composición corporal de bailarines de ballet. Un estudio longitudinal. *Revista Brasileira de Cineantropometría y Desempenho Humano, 10*(2), 115-122.
- Cash, T., Fleming, E., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: the development and validation of the body image states scale. *Eating Disorders, 10*, 1-4.
- Chalon, E. (1831). Marie Taglioni como Flore en el ballet de Charles Didelot Zephyre et Flore [Ilustración]. Recuperado de <https://es.wahooart.com/@@/9DHPJW-Alfred-Edward-Chalon-Marie-Taglioni-Como-Flore-En-Ballet-de-Charles-Didelot-Zephyre-Et-Flore>

- Cheng, T. (1988). A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychological Medicine*, 18, 953-968.
- Collins, M. (1991). Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-495.
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
- Cordás, T., & Neves, J. (1999). Escalas de avaliação em transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(1), 41-7.
- Cordás, T., & Hochgraf, P. (1993). “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42, 141- 146.
- Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Batacchi, M. (1999). BUT una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all’immagine del corpo. *Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza*, 66, 417-428.
- Danis, A., Jamaludin, A., & Mohd, H. (2016). Body Image Perceptions among Dancers in Urban Environmental. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 222, 855-862.
- Dotti, A., Fioravanti, M., Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating behavior of ballet dancers. *Eating Weight Disorders*, 7, 60-67.
- Dore, B., & Guerra, R. (2007). Sintomatologia dolorosa e fatores associados em bailarinos profissionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(2), 77-80.
- Durán, L. (1990). *La danza mexicana en los sesenta*. México: INBA.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. (1964). *The manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.

- Fioravanti, A., Cheniaux, E., & Landeira, J. (2011). Development and validation of a short-form version of the Brazilian state-trait anxiety inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 485-94.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Franco, K., Solorzano, M., Díaz, F., & Hidalgo-Rasmussen, C. (2016). Confiabilidad y estructura factorial del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, 30–1.
- Garner, D. (2004). *Eating Disorder Inventory- 3 Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- García, A., Sánchez, M., Del Río, C., & Jaenes, J. (2014). Insatisfacción corporal y actitudes alimentarias anómalas en bailarines y bailarinas. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(2), 519-531.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Garner, D., Garfinkel, P., Rockert, W., & Olmsted, P. (1987). A prospective study of eating disturbances in the ballet. *Psychother Psychosom*, 48, 170-175.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- Garner, D., & Olmsted, P. (1984). *The eating disorder inventory manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory- 2*. Odessa, Florida: Psychosocial Assessment Resources.

- Goldberg, P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-45.
- Guillemot, A., & Laxenaire, M. (1994). Breve historia de la anorexia nerviosa. En *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: el peso de la cultura* (pp. 8-11). Barcelona: Masson.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). La bulimia: ¿una nueva enfermedad? En *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: el peso de la cultura* (pp. 13-14). Barcelona: Masson.
- Hill, R., Huelsman, T., Furr, R., Kibler, J., Vicente, B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: the perfectionism inventory. *Journal of Personality Assessment*, 82, 80-91.
- Islas, H. (1995). *Tecnologías corporales: danza cuerpo e historia*. México: INBA.
- Jáuregui, I., Bolaños, P., Valero, E., & Ortega, A. (2016). Eating attitudes, body image and risk for eating disorders in a group of Spanish dancers. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1213-122.
- Katz, M. (2019). El fracaso de las dietas como estrategia clínica y sanitaria. *17ª Jornada del Grupo de Investigación en Nutrición*. Conferencia llevada a cabo en el Grupo de Investigación en Nutrición, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Kirszman, D. & Salgueiro, M. (2015). Imagen corporal. Dimensiones mediadoras en psicopatología y modalidades de intervención. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 129-136.
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., ... Moher, D. (2009). The prisma statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-28.
- Liu, Ch., Tseng, M., Chang, Ch., Fang, D., & Lee, M. (2016). Comorbid psychiatric diagnosis and psychological correlates of eating disorders in dance students. *Journal of the Formosan Medical Association*, 115, 113-120.
- Lohman, T. (1992). The prevalence of obesity in children in the United States. En: T. G. Lohman (ed.). *Advances in body composition assessment*. EEUU: Human Kinetics Publishers.

- Kurpel, M., Gomes, G., & Larocca, T. (2016). Frequency of pain and eating disorders among profesional and amateur dancers. *Sao Paulo Medical Journal*, 134(6), 501-507.
- Kustlesic, V., Williamson, D., Gleaves, D., Barbin, J., & Murphy-Eberenz, K. (1998). The Interview for the diagnosis of eating disorders-IV: Aplicacion to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10 (1), 41-48.
- Mannucci, E., Ricca, V., Di Bernardo, M., & Rotella, C. (1966). Studio del comportamento alimentare con una intervista strutturata: la eating disorders examination. *Il Diabete*, 8, 127-131.
- Maymó, M. (2009). Algunos aspectos psicológicos en los profesionales de la danza. *Estudis Escènics: Quaderns de l'Institut del Teatre*, (36), 436-447.
- Méndez, J., Vázquez, V., & García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 579-592.
- Newton, M., Duda, J., & Yin, Z. (2000). Examination of the psychometric properties of the perceived motivational climate in sport Questionnaire-2 in a sample of female athletes. *Journal of Sport Sciences*, 18, 275-290.
- Nishida, T. (1984). The effect of achievement motivation on motor skill learning. *Japanese Journal of Physical Education*, 29, 15-24.
- Nordin-Bates, S., Schwarz, J., Quested, E., Cumming, J., Aujla, I., & Redding, E. (2016). Within- and between-person predictors of disordered eating attitudes among male and female dancers: Findings from the UK centres for advanced training. *Psychology of Sport and Exercise*, 27,101-111.
- Ocampo, M., Lopez, X., Álvarez, G., & Mancilla, J. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica*, 9, 521-535.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Portela, S., da Costa, H., Mora, M., & Raich, M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Rabel, D. (1626). *El Ballet Royal de la viuda de El gran baile de Bilbao* [Ilustración]. Recuperado de <https://es.wahooart.com/@/8XZU36-Daniel-Rabel-El-Royal-Ballet-de-la-viuda-del-Gran-Baile-de-Bilbao>
- Rava, M., & Silber, T. (2004). Bulimia nerviosa (parte 1) historia, definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(5), 353-363.
- Requena, C., Martín, A., & Santiago, B. (2015). Imagen corporal, autoestima, motivación y rendimiento en practicantes de danza. *Revista de Psicología del Deporte*, 24(1), 37-44.
- Ribero, L., & da Veiga, G. (2010). Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 16(2), 99-102.
- Román, E., Ronda, E., & Carrasco, M. (2009). Danza profesional: una revisión desde la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 83(4), 519-532.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rutzstein, G., Maurwski, B., Elizathe, L., Armatha, A., Leonardelli, E., Diez, M., Arana, F., Scappatura, M., Lievendag, L., Miracco, M., & Maglio, A. (2010). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 55-68.
- Rutztein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M., Murawski, B., Elizathe, L., & Maglio, A. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios - 3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 1-14.

- Saucedo, T., Ocampo, M., Mancilla, J., & Gómez, G. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta Pediátrica de México*, 22(3), 184-190.
- Sherlock, J. (1996). Gender and dance. *Women's Studies International Forum*, 9(5), 479-480.
- Smith, M., & Thelen, M. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 863-872.
- Stunkard, A., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1993). *Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness*. New York: Raven Press.
- Toro, J., Salamero, M., & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influence on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Trejo, M. (2014). El vestuario y el calzado para bailar, una mirada con perspectiva histórica sobre algunos elementos que definen la danza académica teatral. *Artes La Revista*, 20, 207-230.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Ocampo, M., & Mancilla, J. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Revista Psicología Contemporánea*, 7(1), 56-65.
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G., Mancilla, J., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52.
- Vázquez, R., López, X., Ocampo, M., & Mancilla, J. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120.
- Zellner, D., Harner, D., & Adler R. (1989). Effects of eating abnormalities and gender on perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 93-96.

