

59



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

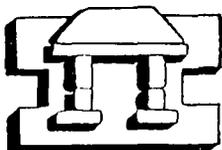
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

ASOCIACION ENTRE LA PRESENCIA DE
SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNO ALIMENTARIO
EN ESTUDIANTES DE DANZA, Y ALGUNOS
FACTORES COGNITIVOS Y CONDUCTUALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ALEJANDRA EVA DELGADO ALFARO
MARIA ISABEL VILLEGAS CALZADA

DIRECTORA: MTRA. GEORGINA LETICIA ALVAREZ RAYON
ASESORES: DR. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ
DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO



IZTACALA

FEBRERO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A Dios.

**Por otorgarme el regalo de la vida y
darme la oportunidad de realizar uno de mis anhelos
y compartirlo con los seres que amo.**

A la memoria de mi abuelita María y al recuerdo de su cariño.

A mi Mamita.

**Por darme la vida, donde quiera que estés TE AMO
y espero que veas que lo logre.**

**Está tesis, está dedicada a la persona
que es y será la más importante en mi vida,
ya que con su cariño, apoyo incondicional,
confianza y ejemplo me ha enseñado a nunca
darme por vencida y a lograr todas las metas
que me propongo. A esa persona que con su esfuerzo,
sacrificio y lucha saco adelante una familia.
Por lo que este es un homenaje y recompensa a
esa persona por todo su esmero, desvelo y amor.
Con todo mi amor, para ti PAPA.**

A Claret, Cesar, Jesús, Quique, Ivon y Joyce.

**Porque sin ellos no sería igual mi vida,
porque me han dado muchas alegrías,
porque los amo profundamente.
Nunca lo olviden LOS QUIERO MUCHO.**

**A mi amor, mi cómplice y todo,
por el amor y apoyo que siempre me ha dado,
por los momentos que hemos compartido
que le han dado un sentido especial a mi vida
y lo más importante por hacerme tan feliz.**

Para ti Rubén, TE AMO.

A Izumy, Alex, Quique, Erico, Aranza y Andrea.

**Que con su amor, ternura y diabluras han
alegrado esos momentos difíciles.**

A Maribel, Olivia, Griselda, Benjamín, Ana María, Horacio, Miguel Angel y Pedro.

**Por darle un matiz especial a todo lo que hago
y por ser parte de mi vida.**

LOS QUIERO MUCHO

A Isabel.

**Por su amistad y por todo lo que compartimos
en la realización de nuestra tesis.**

ALE

A Dios.

**Por estar siempre presente y permitirme disfrutar la realización
De una meta más en mi vida.**

A mi Mamá.

**Ejemplo viviente de amor, lucha y fortaleza,
mujer incansable, valiente.**

**Gracias por ser mi consuelo en el dolor,
esperanza en la angustia, fortaleza en la debilidad
y sobre todo luz que me guía a enfrentar la vida
con decisión, sabiendo que siempre estarás apoyándome.**

Por todos tus sacrificios y vida de entrega.

TE QUIERO MUCHO.

A mi papá.

Por encauzar mi camino, por tu confianza y cariño.

A Arturo.

**Por tu comprensión en los momentos alegres y difíciles.
Quiero compartir contigo el logro de este sueño
y el inicio de una etapa más en nuestras vidas
donde juntos luchemos por la hermosa familia
que hemos formado.**

TE AMO.

A mi hija.

**Por ser motor de mi existencia,
ya que cuando estoy a punto de desfallecer,
sólo bastan tus bracitos rodeando mi cuello,
un beso y un "te quiero mucho", para
hacer renacer en mí la fuerza para seguir adelante.**

Gracias Isabel por enseñarme a pensar con el corazón

TE AMO PEQUE.

A mi hermana Alejandra.

A pesar de tus enfados, gracias por ser una madre para mi hija.

A mis hermanos Héctor y Laura.

Por compartir conmigo tristezas y alegrías.

A mi tío Adrián

Por su apoyo y confianza en la práctica de mi profesión.

A Ale

**Por el tiempo y experiencias compartidas, pero sobre todo
por ser mi amiga.**

A Lety, Graciela, Olivia y Juanita, por su amistad y palabras de aliento.

ISABEL

AGRADECIMIENTOS

A Georgina Alvarez Rayón

Gracias por participar durante el desarrollo y terminación de este trabajo, por tu comprensión y ayuda incondicional, pero sobre todo mil gracias por impulsarnos a lograr esta meta. A ti por existir en nuestro tiempo y en nuestro espacio.

A Juan Manuel y Rosalia

Gracias por el apoyo y el interés que mostraron en nuestro trabajo, gracias por los conocimientos transmitidos y por su gran calidad humana.

ALE E ISABEL

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES TEÓRICOS	
1. ANOREXIA NERVIOSA.	
1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.....	6
1.2. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	8
2. BULIMIA NERVIOSA.	
2.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.....	10
2.2. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	12
3. OCURRENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	13
4. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	18
5. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA DANZA.....	39
OBJETIVOS	53
MÉTODO	54
RESULTADOS	59
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS	89

RESUMEN

A las bailarinas de ballet se les identifica como una población de alto riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, esto debido a que la posesión de un cuerpo delgado suele considerarse como un criterio básico para su desempeño y eficiencia técnica en la ejecución, por tanto, este tipo de población parece ser más vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario, como son la anorexia y la bulimia nerviosas. El objetivo de la presente investigación fue realizar una caracterización de la sintomatología de trastorno alimentario presente en estudiantes de danza clásica, así como su asociación con algunos factores cognitivo-conductuales.

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 58 jóvenes de entre 10 y 18 años, pertenecientes a una escuela de danza, la cual se dividió para su análisis en dos submuestras: con sintomatología ($n= 29$) y control ($n= 29$). Se les evaluó por medio de tres cuestionarios de autoreporte: Test de Actitudes Alimentarias (EAT), Test de Bulimia (BULIT) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI).

Las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por presentar mayor motivación para adelgazar, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, y patrones y estilos alimentarios estereotipados; lo cual indica que las bailarinas presentan mayor sintomatología característica de la anorexia nerviosa. Esto se corroboró con lo encontrado en el BULIT, ya que sólo se observó diferencia significativa entre los grupos en cuanto al factor sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación, sin embargo, cabe mencionar que aparentemente no se trata de un "atacón real", sino más bien de una percepción alterada de la cantidad de alimentos ingeridos (sobrestimación). Respecto a los factores cognitivos, se encontró que las bailarinas con sintomatología presentan mayor miedo a madurar, insatisfacción corporal, ineffectividad y desconfianza interpersonal. Por otro lado, al comparar la muestra de bailarinas con una muestra comunitaria, se observó que la población de bailarinas se caracterizó por presentar mayor motivación para adelgazar, presión social percibida, patrones y estilos alimentarios estereotipados y evitación de alimentos engordantes. Respecto a los factores cognitivos, se observó que la población de bailarinas se caracterizó por presentar mayor miedo a madurar, insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, ineffectividad y perfeccionismo. Los resultados de la presente investigación, llevan a identificar los síntomas de trastorno alimentario y algunos de los factores cognitivos asociados en estudiantes de danza, lo cual puede ser de utilidad; ya que estos hallazgos facilitan la detección temprana y formulación de programas dirigidos a la prevención de dichos trastornos en poblaciones consideradas de alto riesgo.

INTRODUCCIÓN

Una de las necesidades primarias y fundamentales que el hombre ha tenido que satisfacer para poder vivir es la alimentación. El desarrollo pleno del ser humano sólo puede darse cuando recibe diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos, ya que cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos alimentarios, que ponen en peligro el bienestar físico y emocional del individuo.

Al respecto, se debe distinguir entre la alimentación y la nutrición, términos que frecuentemente y de manera errónea son usados como sinónimos. Higashida (1991) distingue entre estos dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos.

De tal modo, se puede observar que si bien el proceso fisiológico denominado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en el que se encuentre (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

En vista de lo anterior, se puede afirmar que la conducta alimentaria del ser humano es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores, como son: biológicos (hambre, necesidades especiales debido al crecimiento y embarazo o lactancia), geográficos (disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima o estación del año) y psicológicos (apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones), (Bourges, 1987). Por ello, para hablar de alimentación humana, no basta con centrarnos en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar lo psicológico, social y cultural que ella implica.

Éste parece ser el camino para aproximarse al estudio de las patologías alimentarias, las que hasta hace poco más de tres décadas han sido identificadas y denominadas como trastornos de la conducta alimentaria, términos que invariablemente llevan a pensar en procesos anormales de la alimentación. Ya que aunque pareciera común establecer una unidad mente-cuerpo, Alvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López (1998) refieren que en el caso de los trastornos alimentarios parecen estar disociados, tenemos una "mente" que pretende saber mejor que el "cuerpo" lo que éste requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda, que bajo estas condiciones puede ser sobrecolmada, ignorada e incluso castigada. Pareciera entonces que el individuo se enfrenta a una "encrucijada psicobiológica" (Johnson y Maddi, 1988), donde la motivación biológica (ciclo hambre-saciedad) se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones que éstas implican.

Por lo anteriormente mencionado, se puede reconocer que en el origen de los trastornos alimentarios puede haber diversas causas, desde fisiológicas (por ejemplo, trastornos metabólicos), psicológicas (por ejemplo, rasgos de personalidad), sociales, culturales (por ejemplo, cultura de la "esbeltez"), familiares (ciertas características en familias determinadas, por ejemplo, situación familiar conflictiva en bulimia y sobreprotectora en anorexia), hasta determinantes relativos a la profesión (por ejemplo, la danza o modelaje), (Holtz, 1992).

Algunas profesiones como la danza, el modelaje, la actuación o ciertas disciplinas deportivas, son proverbiales por fomentar en gran medida los trastornos alimentarios, debido al alto valor que se le concede a poseer un aspecto delgado y paradójicamente, saludable.

Particularmente, a las bailarinas de ballet se les identifica como una población de alto riesgo, esto debido a que requieren de un cuerpo delgado para desempeñar su profesión, y para lograrlo suelen incurrir en la práctica de dietas bajas en grasas y calorías, o en el consumo de laxantes, diuréticos o provocación de vómito. Por tanto, la obsesión por la delgadez en este tipo de población las hace más vulnerables a desarrollar trastornos alimentarios, como son la anorexia y la bulimia nerviosas.

Por otro lado, la investigación de los trastornos alimentarios en México ha ido aumentando, y también en lo que respecta específicamente en estudiantes de danza, aunque cabe mencionar que la investigación en este tópico aún es escasa (Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996; Unikel, 1998; Ocampo, López, Alvarez y Mancilla, 1999; Vázquez, López, Alvarez, Ocampo y Mancilla, 2000), y de ahí que una de las principales aportaciones de este estudio, en tanto habiendo poca información antecedente al respecto, es que fundamenta la necesidad e importancia de investigar estos trastornos en grupos identificados como de alto riesgo en México, y específicamente en la población de estudiantes de danza.

Con base a lo antes mencionado, el objetivo de la presente investigación fue caracterizar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario y de algunos factores cognitivos asociados, en una muestra de estudiantes de danza. Lo cual es relevante en medida de que el trabajo de investigación en cuanto a la presencia de sintomatología de trastorno alimentario es conducente a la detección temprana y prevención respecto al desarrollo de trastornos alimentarios; y así como fomentar prácticas saludables de alimentación que tomen en cuenta las necesidades tanto físicas como psicológicas de las bailarinas.

Para tal fin, a lo largo de la presente investigación se parte de retomar la definición y caracterización de la anorexia y bulimia nerviosas, así como los criterios de diagnóstico; asimismo se reseñan algunas investigaciones que han establecido la ocurrencia de trastornos alimentarios. Por otro lado, se hace referencia a los factores de riesgo de los trastornos alimentarios, y por último, se retoman algunos de los hallazgos de las investigaciones en la población de danza, la cual es objeto de estudio de la presente investigación.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. ANOREXIA NERVIOSA

1.1. Definición y características

Anorexia: es una palabra griega que designa la pérdida de apetito; también se emplea como una forma abreviada para designar a la anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa, caracterizada por limitaciones dietarias autoimpuestas, la consecuente pérdida de peso, intenso miedo a recuperarlo, alteración de la imagen corporal y –en las mujeres– amenorrea (Kaplan y Sadock, 1994); sin embargo, su mera descripción no es suficiente, ya que la anorexia nerviosa constituye un trastorno complejo en el que se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales, y que en muchos casos puede llevar a la muerte. La gente que padece esta enfermedad realmente no cree que le está pasando algo anormal, por ello suelen tomar a mal los esfuerzos de otras personas por ayudarlos, ya que no existe conciencia de que padecen una enfermedad.

Según Duker y Slade (1999), las personas anoréxicas se caracterizan por los siguientes rasgos:

- Comen como si estuvieran a dieta, a pesar de estar muy delgadas, por lo que siempre están vigilando el tamaño de las raciones o el número de calorías, saltándose comidas o cortando la comida en trozos pequeños y moviéndolos de un lado del plato a otro.

- Suelen usar ropas muy holgadas o demasiado grandes, ocultando su precaria condición física, caracterizada por una excesiva delgadez.

- Están preocupadas por el peso, por seguir dietas y por la figura, y exageran la importancia que esos factores tienen en su vida. Ante esto, debe señalarse que si bien es cierto que las adolescentes suelen preocuparse por su aspecto y su peso, por lo que tienden

a realizar diferentes dietas y ejercicio excesivo, no es normal que esto se convierta en el centro de atención de su vida.

- De modo que las anoréxicas, lejos de sentir que requieren ayuda, prefieren estar delgadas y perder peso; ya que desde su punto de vista, es bueno no comer. Además suelen pensar que la dificultad real radica en las personas que la rodean.

- Experimentan graduales cambios de personalidad, volviéndose reservadas, desconfiadas, nada serviciales, protegen celosamente sus rituales de ingesta y desaniman a cualquiera que trate de ayudarles (esto es típico de una anoréxica ya claramente establecida).

- Experimentan vértigos, desmayos, pérdida de conocimientos y dificultad para concentrarse.

- Presentan un intenso temor a aumentar de peso o engordar, aunque su peso sea anormalmente bajo, y se obsesionan con la decisión de mantenerlo a cualquier precio.

- La pérdida de peso se logra habitualmente por medio de una disminución exagerada en el consumo de alimentos, acompañado de ejercicio intenso; y con frecuencia estos pacientes se provocan el vómito o emplean laxantes o diuréticos para intentar eliminar –ilusamente– la posibilidad de ganar peso.

- Presentan disminución del interés sexual.

- Ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea).

- Asimismo, presentan algunas resultantes de la inanición, como son: piel fría, dolor al sentarse, desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo (lánugo), caída de vello, hipotensión (presión arterial anormalmente baja), bradicardia (latido del corazón anormalmente lento), estreñimiento que causa dolor abdominal, anemia, sensación de debilidad o cansancio,

problemas de sueño, anormalidades hormonales y amenorrea; esto debido a que las mujeres requieren del 18 al 22% de grasa corporal para mantener un normal funcionamiento hormonal.

- Tienen un excesivo deseo de agradar a los demás, generalmente a expensas de sus propias necesidades y bienestar.

Como se puede observar, existe una característica particular de la anorexia nerviosa que aparece frecuentemente en las evaluaciones clínicas, la cual se trata de la motivación central de este trastorno, que es un deseo supremo por alcanzar la delgadez (Garner y Garfinkel, 1982; Crisp, 1977). Bruch (1982) agrega que estas pacientes tienen además una percepción deformada de su imagen corporal, son incapaces de discriminar las diversas señales de hambre y saciedad provenientes de su organismo, y finalmente, tienden a experimentar un sentimiento profundo y generalizado de impotencia. Selvini-Palazzoli (1974) aclara que la anorexia no supone una pérdida "real" del apetito, sino más bien una restricción alimentaria autoimpuesta asociada al deseo de adelgazar.

El curso de este trastorno puede progresar y cronificarse hasta alcanzar la muerte por inanición, ser episódico o más frecuentemente darse un episodio único, del que el individuo se puede recuperar totalmente (APA, 1987).

La edad de comienzo de la anorexia nerviosa se sitúa en la adolescencia, aunque puede extenderse también desde la pubertad hasta el inicio de la tercera década (Margo, 1985); asimismo, el trastorno aparece en forma predominante en las mujeres (95%).

1.2. Criterios de diagnóstico

Los métodos de clasificación y diagnóstico de la anorexia nerviosa han variado en las últimas décadas, como resultado de la comprensión que se ha desarrollado sobre la psicopatología de este trastorno. Existen criterios operativos que enfatizan signos y síntomas; los más usados actualmente son los proporcionados en el DSM-IV (American

Psychiatric Association, 1994):

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

- En las mujeres postmenáuricas, amenorrea, es decir, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (una mujer es considerada como amenorreica si sus periodos ocurren sólo tras la administración de hormonas, como por ejemplo, estrógenos).

Y plantea dos tipos específicos de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo: durante el episodio actual de anorexia nerviosa, la persona no recurre regularmente a "atracones" de comida ni a conductas de purga (por ejemplo, vómito autoinducido o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

- Tipo compulsivo-purgativo: durante el actual episodio de anorexia nerviosa, la persona recurre regularmente a atracones o conductas purgativas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Estos dos tipos de anorexia nerviosa se preocupan excesivamente por el peso e imagen corporal, pueden realizar ejercicio durante varias horas al día y exhibir conductas alimenticias bizarras, asimismo, pueden estar socialmente aislados, tener síntomas depresivos y disminuir su interés sexual. Cabe señalar que algunas de las personas con

Anorexia Nerviosa se purgan pero no se "atracan", si bien comparten características, parecen tener una historia y rasgos clínicos distintivos. De acuerdo con Kaplan y Sadock (1994), las personas anoréxicas del tipo "compulsivo-purgativo" comparten algunos rasgos con las personas que tienen Bulimia Nerviosa pero no Anorexia Nerviosa. Tienden a tener familias en las que algunos miembros son obesos y tienen historias de sobrepeso previas al trastorno; además se les asocia con el abuso de sustancias, incapacidad para el control de los impulsos y trastornos de la personalidad. Por otro lado, las personas con "Anorexia restrictiva" limitan su ingesta alimentaria, consumen pocas calorías tanto como les es posible, tienen rasgos obsesivos-compulsivos con respecto a la comida y a otros aspectos de su vida.

2. BULIMIA NERVIOSA

2.1. Definición y características

El término bulimia se deriva de "Bulimy" en griego y se traduce como hambre excesiva o "hambre de buey" (Kaplan y Garfinkel, 1984), denota a las palabras latinas "Kynos-orexia" o "hambre canina".

La bulimia nerviosa se caracteriza por la ingestión episódica, descontrolada y compulsiva de grandes cantidades de alimento en un corto período de tiempo (episodios de sobreingesta o "atracones"). Los alimentos consumidos durante estos episodios suelen tener un alto contenido calórico y normalmente son ingeridos de forma clandestina; esto suele constituirse en "círculo vicioso", consistente en una actitud "rebelde" o transgresora de la norma o patrón alimentario. Una vez iniciada la ingesta se pueden ir añadiendo alimentos para continuar la comilona, acompañada de la sensación de pérdida de control sobre el impulso alimentario. Sólo el malestar físico, el dolor abdominal o la sensación de náusea ponen fin al episodio, que suele ir seguido de sentimiento de culpa, depresión y pensamientos autodespreciativos. Además, el individuo reacciona practicando posteriores conductas compensatorias, como son, vómito, uso de laxantes, diuréticos o enemas en exceso (purgativas) y ayuno, ejercicio excesivo (no purgativas), esto con la finalidad de tratar

de evitar el consecuente aumento de peso, resultante de la sobreingesta; sin embargo, manifiestan incapacidad para controlar la ingesta compulsiva (Corona, 1998). Según Rosen y Leitenberg (1988) algunas de las características que presentan las personas bulímicas son:

- Tienen atracones regulares (lo que suelen ocultar muy bien). Comen, por lo general, comida con alto valor calórico, preferentemente de sabor dulce y consistencia blanda.

- Se purgan regularmente (uso excesivo de laxantes o diuréticos de venta libre) y pasan largos periodos en el baño después de las comidas. Siguen sus atracones con episodios de vómito o de ejercicio intenso.

- Presentan un incremento o mantenimiento del peso corporal, esto a pesar de estar frecuentemente a dieta y hacer ejercicio. Aparentan ser personas que siempre están contando las calorías que consumen pero que nunca parecen perder peso, o alguien que parece "comer bien" pero hace ejercicio excesivo y sólo está ligeramente delgado.

- Padecen frecuentes estados de depresión.

- Presentan hinchazón de las mejillas o de las glándulas del cuello, ya que el vómito frecuente y/o prolongado a menudo causa que las glándulas salivales de esta zona se hinchen, e incluso, se ulceren.

- Puede tener cicatrices o úlceras en el dorso de las manos, lo que puede ser una prueba de que la persona probablemente está forzándose a vomitar, introduciéndose la mano o los dedos en la garganta.

- Realizan un mínimo de dos episodios de atracón a la semana durante al menos tres meses.

- Tienen un excesivo temor a engordar.

- Tienen una sensación de pérdida del autodomínio o autocontrol sobre el impulso alimentario, lo que desemboca en la presencia de los atracones.

La bulimia nerviosa suele ser difícil de identificar a simple vista, ya que estas pacientes presentan diversidad de formas y tamaños corporales; hay bulímicas que de hecho se ven emaciadas, otras son obesas, cuyo tamaño refleja su lucha contra la comida.

En general, las bulímicas tienden a ser mayores de edad y más independientes de sus familias que las anoréxicas. Son más propensas a estar inquietas por su conducta y buscar ayuda, aunque el obstáculo que enfrentan es su propia vergüenza.

2.2. Criterios Diagnósticos

Los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa, de acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), son los siguientes:

- Episodios recurrentes de "atracones" de comida. Un "atración" se caracteriza por: (1) comer en un discreto período de tiempo (por ejemplo, dos horas) una cantidad de comida que es definitivamente mayor a la que la mayoría de gente comería durante un período de tiempo similar y bajo las mismas circunstancias y (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- Recurrentes conductas compensatorias inapropiadas, con el fin de prevenir el incremento de peso, como lo son el vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

- Tanto los "atracones" como las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

- La autoevaluación está excesivamente influenciada por la silueta y el peso corporal.

- La alteración no aparece exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa.

Además, se sugiere especificar el tipo de bulimia nerviosa, ya sea:

- Tipo con purga: durante el actual episodio de bulimia nerviosa la persona se provoca regularmente el vómito o consume laxantes, diuréticos o enemas.

- Tipo sin purga: durante el actual episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea conductas compensatorias inapropiadas, como realizar ayunos o ejercicio excesivo, pero no recurre regularmente al vómito autoinducido o al uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Esta última distinción entre los dos tipos de bulimia es agregada al DSM-IV (APA, 1994) para evitar la confusión diagnóstica que se estaba dando alrededor del término "bulimia," ya que algunos autores consideraban que una persona era bulímica por el sólo hecho de "atracarse" dos o más veces por semana (siguiendo el criterio del DSM-III-R) aunque no se purgaran; mientras que otros autores consideraban exclusivamente aquel comportamiento de atracarse y después purgarse.

Otro dato clínico que concierne a los criterios de DSM-IV, es que los síntomas pueden ocurrir a lo largo de un continuo de trastornos alimentarios, que van desde la anorexia nerviosa restrictiva hasta la obesidad, pasando por las anoréxicas compulsivas (o viceversa, dependiendo del síndrome que predomine) y la bulimia nerviosa.

3. OCURRENCIA DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los problemas de anorexia y bulimia han sido ampliamente estudiados en varios países de Occidente, así como en secciones "occidentales" de países orientales y del tercer mundo. En dichos estudios se ha encontrado que el porcentaje promedio de los trastornos alimentarios entre mujeres estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo

es sorprendentemente similar, oscilando entre un 4 y 13% (Holtz y Tena, 1995). Es un porcentaje realmente alarmante considerando que estos trastornos son los únicos síndromes clasificados en el DSM-IV que por sí solos pueden llevar a desequilibrios orgánicos graves, e incluso, poner en peligro la vida de quien los padece.

Nasser (1988) hace un interesante repaso a diferentes estudios epidemiológicos llevados a cabo en la India, Sudán, Egipto y Malasia, observando que este tipo de trastorno casi no aparece en estos países, y además, los pocos casos que se describen parecen estar más relacionados con otras alteraciones como la histeria. Asimismo, los trastornos alimentarios son muy raros entre la población negra de África (Famuyiwa, 1988) y la población china que vive en el lejano oriente (Lee, Chiu y Chen, 1989). Pero cuando se analiza la prevalencia de estos trastornos en la población originaria de Asia o África que ha emigrado y se ha establecido en el mundo occidental, aumenta dramáticamente. Ficher (1990) identifica 1,1% de anorexia nerviosa en chicas griegas que viven en Munich, frente al 0,42% que se observa entre las que viven en Grecia. Comparando unos grupos similares en número de jóvenes árabes que estaban estudiando, unas en El Cairo y otras en Londres, Nasser (1986) identificó seis casos de bulimia en Inglaterra, frente a ninguno en el Cairo.

En la sociedad occidental hay una marcada preferencia por la esbeltez, la que parece que predomina principalmente en las clases socioeconómicas altas. Existen algunos estudios que corroboran lo anterior, uno de ellos es el de Garner y Garfinkel (1980), quienes revisaron el peso y la altura de las modelos de *Playboy*, y de las concursantes y ganadoras del evento Miss América desde el año de 1959 hasta 1978, y no sólo encontraron una disminución del peso corporal de aproximadamente 3.4 Kgs., sino también una disminución en las medidas de busto y caderas. Sin embargo, paradójicamente, al mismo tiempo que los modelos de estética corporal femenina disminuían en cuanto al peso, la mujer americana lo aumentaba en una media de 2,8 Kgs. También estudiaron el impacto publicitario de los productos para hacer dieta y observaron un significativo incremento de éste. Posteriormente, Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens (1992) han replicado este estudio, y han deducido que los pesos de las "misses" no sólo han disminuido, sino que están entre un 13 y un 19% por debajo del

peso normativo.

Algunos estudios hechos en países altamente industrializados, muestran un incremento en la prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosas. Por ejemplo, en Suiza se encontró que de 1956-58 a 1973-75, se incrementó cuatro veces (de 3.98 por cien mil a 16.76 por cien mil) la incidencia de anorexia en mujeres con edades de entre 12 y 25 años (Willi y Grossman, 1983). En otra investigación que fue realizada en Londres, se encontró que por cada 250 estudiantes mujeres inscritas en escuelas privadas, había un caso severo de anorexia nerviosa (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976).

Por otra parte, de acuerdo con Gómez-Peresmitré (1993), la bulimia nerviosa es la de más reciente ingreso al campo de las anomalías de la conducta alimentaria. Señala que el número de pacientes que se atendían anualmente en la Clínica de Stanford hasta antes de 1979, no excedía a 10, pero que a partir de los primeros años de la década de los 80's se incrementó a 200. Varios estudios corroboran esto, uno de ellos es el realizado por Pyle, Halvorson, Neuman y Mitchell (1986), quienes encontraron en su seguimiento durante tres años de una muestra, un incremento del 1 al 3.2% de accesos bulímicos y técnicas de purga. En esa misma dirección, existe otra investigación realizada en Inglaterra con un grupo de mujeres que asistía a una clínica de planeación familiar, observando que el 21% refirió accesos bulímicos, un 2.9% dijo haber recurrido alguna vez al vómito autoinducido para controlar su peso, en tanto que el 1.9% cubrió en su totalidad los criterios diagnósticos de la bulimia nerviosa (Cooper y Fairburn, 1983). Mientras que una investigación de Strangler y Pritz (1980), se menciona que de una muestra de 500 estudiantes universitarios con un promedio de edad de 25 años, encontraron una prevalencia de bulimia de 3.8%, siendo las mujeres quienes la presentaron con mayor frecuencia.

A partir de los estudios antes referidos, se ha considerado de suma importancia conocer la magnitud de estos trastornos en México, por lo que se han realizado varios estudios al respecto. Uno de ellos es el realizado por Gómez-Peresmitré (1993), cuyo objetivo fue detectar algunos indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en población mexicana. Su muestra estuvo compuesta por estudiantes, hombres y mujeres,

que se encontraban cursando la preparatoria, licenciatura o posgrado. Sus resultados reportaron una práctica inexistencia del problema de obesidad (2%), mientras que un 41% presentó sobrepeso; por otro lado, detectó la presencia de ciertos patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas como la bulimia y la anorexia.

Otro estudio realizado en México es el de Martínez, Medina y Quiroz (1997), cuyo objetivo fue realizar un estudio exploratorio de la ocurrencia de sintomatología de trastorno alimentario en una población de jóvenes mexicanas. Su muestra fue no probabilística de tipo intencional conformada por 960 jóvenes de sexo femenino (con un rango de edad de 15 a 25 años), de instituciones educativas estatales (420 de nivel profesional y 185 de nivel bachillerato) e instituciones privadas (191 de nivel profesional y 164 nivel bachillerato). Los instrumentos utilizados fueron el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) y el Test de Bulimia (BULIT). Los resultados que se obtuvieron muestran que estuvo significativamente más presente la sintomatología de trastorno alimentario en las instituciones privadas (29.9%) que en las públicas (9.2%). La sintomatología con mayor presencia en las instituciones públicas fue la de anorexia nerviosa, mientras que en las de tipo privado fue la bulímica. También encontraron una ocurrencia significativamente mayor de sintomatología de trastorno alimentario en el nivel bachillerato de instituciones públicas; dato contrario a lo observado en la institución privada, ya que aquí la mayor ocurrencia se observó en el nivel profesional. Los autores concluyen que la sintomatología de bulimia se presenta en mayor medida que la anorexia, aunque sólo en la institución de tipo privado, ya que en las públicas fue ligeramente mayor la ocurrencia de esta última.

Otro estudio, que cabe mencionar es el realizado por Manríquez y Mercado (1997) cuyo objetivo fue valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios, específicamente anorexia y bulimia nerviosas en una muestra universitaria mexicana; así como verificar la correlación existente entre los factores de riesgo con los trastornos alimentarios y verificar si existen diferencias entre las submuestra con y sin trastorno con respecto a los factores de riesgo, se llevó a cabo un estudio con 524 mujeres universitarias cuyas edades oscilan entre los 15 y 25 años, con una media de edad de 19.3 años, a las que se les aplicaron: Test de Actitudes

hacia la alimentación (E.A.T.-40), el Test de Bulimia (B.U.L.I.T), el Eating Disorder Inventory (E.D.I) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (C.I.M.E.C). Las personas cuyo puntaje rebasó el punto de corte del E.A.T.-40 y del B.U.L.I.T. se clasificaron como submuestra con trastorno alimentario (anoréxicas n=27 y bulímicas n=17), el grupo control (n=88) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin trastorno. Los factores de riesgo que se estudiaron en la presente investigación se retomaron de algunas escalas de los instrumentos E.D.I y C.I.M.E.C. a partir de una t de student, un análisis de varianza (ANOVA y prueba de Duncan) y dos análisis de correlación (r de Pearson), se encontraron diferencias significativas entre las submuestras con y sin trastorno alimentario con respecto a los factores de riesgo, asimismo los factores Presión social, Motivación para adelgazar e Inefectividad, tuvieron más constancia en cuanto a su significancia en los trastornos alimentarios que los factores Miedo a madurar, Desconfianza Interpersonal y Perfeccionismo, lo cual sugiere que estos factores puede ser la causa para que se desencadenen los trastornos alimentarios.

Otro estudio al respecto fue el realizado por Escarria, Haro, López, Álvarez y Vázquez (2000), cuyo objetivo fue identificar la ocurrencia de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes residentes de una universidad privada de la ciudad de Monterrey y de algunos factores de riesgo. Para tal fin, aplicaron los siguientes instrumentos: EAT-40, BULIT y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) a 339 estudiantes con un rango de edad de 16 a 26 años (222 mujeres y 117 hombres). Los resultados que obtuvieron fueron que el 31.6% de la muestra evaluada presentó algún grado de sintomatología de trastorno alimentario, reportándose 14 casos con sintomatología de anorexia (4.1%), 54 casos de sintomatología bulímica (15.9%) y 39 casos con ambos tipos de sintomatología (11.5%). La sintomatología de trastorno alimentario estuvo más presente en el rango de edad de 21 a 26 años (8.0%). Los factores que caracterizaron a los varones fueron el Miedo a madurar, Conductas compensatorias y Sobreingesta; y en cuanto a las mujeres, fueron la Motivación para adelgazar, Insatisfacción con la imagen corporal, Restricción alimentaria, Preocupación por la comida, Obsesiones y compulsiones, y Sentimientos negativos después de la sobreingesta. Los autores concluyen que existió un alto grado de presencia de sintomatología de trastorno

alimentario en la muestra evaluada, y que específicamente la sintomatología de bulimia nerviosa triplicó la ocurrencia a la de anorexia.

Si bien la bulimia y anorexia nerviosas se presentan básicamente en mujeres jóvenes, en edad adolescente o adulta joven, son cada vez más los estudios que muestran que su presencia también se va incrementando sustancialmente en los hombres, sobre todo en aquellos cuya profesión gira alrededor de su cuerpo (actores, deportistas, bailarines, etc.); aunque en el caso de los varones que los padecen lo ocultan aún más que las mujeres, por considerar que éstos son trastornos "femeninos" (Holtz y Tena, 1995).

4. FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Tanto en pacientes anoréxicos como en los bulímicos, la enfermedad se inicia con la búsqueda de la delgadez, que lleva a la instauración de un temor mórbido a la obesidad. Hay muchos factores o rasgos en común entre ellos, por ejemplo, ambos son notorios entre mujeres jóvenes de clase media y media alta, representando un sector que está particularmente preocupado por la absorción de calorías y el aumento de peso. Estas mujeres tienen una predisposición o han aprendido a utilizar el alimento como un medio para enfrentar el estrés o los conflictos emocionales. Lo que determina que sea una u otra enfermedad, puede estar más relacionado con rasgos subyacentes de personalidad premórbida que con una fenomenología psicodinámica concreta.

En el caso del anoréxico restrictivo, el síntoma le proporciona un sentimiento de control sobre al menos un aspecto de su vida —la alimentación—; mientras que al bulímico de peso normal, sus síntomas parecen proporcionarle un sentimiento de gratificación inmediata, al pretender "derrotar" a su sistema fisiológico de incremento del peso corporal, secundario a la excesiva ingestión calórica. Pero sin duda, tanto en los bulímicos como en los anoréxicos, las alteraciones alimentarias le permiten bloquear o reprimir sus típicos conflictos, los que quedan enterrados por debajo de la excesiva atención prestada a la comida y a la evitación de la misma (Sorosky, 1988).

Una de las cosas que ha llamado la atención desde los comienzos del estudio de los trastornos alimentarios ha sido el que jóvenes que presentan un aspecto esquelético, es decir, que están extremadamente delgadas (emaciadas), afirman con gran convencimiento que se ven "gruesas", es decir que su imagen corporal no parece corresponder a una estimación objetiva. Por ello, es importante entender a qué se refiere el término "imagen corporal", el cual suele definirse como la representación mental en cuanto al tamaño y forma del propio cuerpo (Slade, 1988). En particular, se pueden distinguir dos aspectos de la imagen corporal: a) estimación del tamaño del cuerpo (percepción de la imagen corporal); y b) sentimientos hacia el cuerpo o partes del cuerpo (satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal). Y fue Bruch (1962) la primera persona en argumentar un rol fundamental del trastorno de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, al cual identificó como un "trastorno de ilusión de proporción de la imagen corporal". En lo que respecta a la bulimia, se han desarrollado estudios en los que se evalúa la percepción corporal, encontrando que las pacientes con bulimia nerviosa generalmente sobrestiman en un mayor grado el tamaño de su cuerpo que su contraparte control (Cooper y Taylor, 1988).

Una de las investigaciones realizadas en México en cuanto a este aspecto es la de Gutiérrez (2000), cuyo objetivo fue evaluar la relación existente entre la presencia de sintomatología de los trastornos alimentarios y dos variables: influencia del modelo estético corporal y la insatisfacción con la imagen corporal. Trabajó con 1000 estudiantes mujeres con un rango de edad de 15 a 29 años, 561 pertenecientes a instituciones públicas y 439 de instituciones privadas. Se les aplicaron cuatro instrumentos de evaluación: el EAT-40, el BULIT, el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) y el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Los resultados reportaron que las jóvenes con sintomatología de trastorno alimentario presentaron mayor insatisfacción con su imagen corporal, miedo a engordar, sentimientos de baja autoestima debido a la apariencia y el deseo de perder peso, así como mayor susceptibilidad a la influencia del modelo estético corporal de delgadez, particularmente a través de la publicidad, los mensajes verbales, así como de los modelos y situaciones sociales. También observó que las jóvenes con sintomatología de tipo bulímico presentaron mayor malestar con la imagen corporal, así

como mayor susceptibilidad respecto a la influencia de la publicidad, que las jóvenes con sintomatología de tipo anoréxico.

Por otro lado, el reciente incremento en el número de pacientes con Anorexia o Bulimia ha generado gran interés en lo que respecta a los factores que contribuyen al desencadenamiento o mantenimiento de estos trastornos, sobre todo, a partir del mayor consenso entre los investigadores en cuanto a la pertinencia de considerarlos como trastornos multideterminados.

Algunos de esos factores son: biológicos, familiares, cognitivos y socioculturales, los cuales predisponen predominantemente a mujeres adolescentes y jóvenes a desarrollar trastornos alimentarios. Éstos constituyen un perfil de personalidad característico acerca de la forma en que la búsqueda de la delgadez y la subsiguiente conducta anoréxica y bulímica surgen como una forma de adaptación de estos pacientes.

A continuación mencionaremos algunos de los factores que pueden colocar a un individuo en una situación de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios:

Factores biológicos: De la influencia de estos factores en el desencadenamiento de los trastornos alimentarios no se sabe aún a ciencia cierta, sin embargo, si se sabe –con cierta certeza– que el metabolismo de la persona también puede influir en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Se le llama metabolismo “bajo” cuando el organismo “aprovecha” al máximo cada caloría y es poco eficaz para emplear los depósitos de nutrientes almacenados, lo que provoca que dicha persona gane más peso que las que tienen un metabolismo “normal”, por lo que las personas con un metabolismo “bajo” pueden sentirse desesperadas y frustradas porque al comer lo mismo que otras personas ganan más peso, provocando esto que puedan intentar la disminución del peso por otras vías, como pueden ser las conductas bulímicas y/o anoréxicas.

Factores familiares: Los pacientes con trastorno alimentario evidencian una importante inestabilidad afectiva que puede haber precedido a la aparición de sus síntomas;

asimismo, dada la alta frecuencia de trastornos afectivos o adictivos entre los parientes cercanos a estos pacientes, podríamos especular que el entorno familiar refleja parte de dicha inestabilidad. De acuerdo a lo reportado por Johnson y Flach (1985), las familias con pacientes bulímicas manifiestan mayor grado de agresividad, cólera y conflicto, empleando generalmente estilos de comunicación más indirectos, lo que se refleja en un menor compromiso entre ellos.

Por otro lado, respecto a la familia del paciente anoréxico, Holtz (1995, cit. en Barber, Bolaños-Cacho, López-Jensen y Ostrosky, 1995) enumera las siguientes características: rigidez, sobreprotección, constreñimiento, límites confusos, intrusividad, falta de empatía, de privacidad e independencia, poca o nula capacidad para la solución de conflictos, así como alta tendencia a desviar o negar el conflicto, esto bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor; además el anoréxico generalmente se encuentra inmerso en una triangulación del conflicto parental, donde ni los conflictos, ni los deseos se expresan abiertamente.

Toro y Vilardell (1987) mencionan algunos aspectos familiares que influyen en la aparición de trastornos alimentarios, entre ellos destacan: trastornos afectivos, abuso de alcohol o de otras sustancias, obesidad materna, estatus socioeconómico medio-alto, y en algunos casos de anorexia nerviosa (AN), mayor edad de los padres. Asimismo, algunas evidencias indican que las pacientes con AN sostienen relaciones conflictivas con sus padres, por lo que con sus enfermedades tienden a centrar la atención sobre ellas, quitándola de los conflictos maritales o familiares (Kaplan y Sadock, 1994).

Varios estudios han sugerido que las relaciones familiares disfuncionales, a menudo acompañadas de signos de psicopatología individual en padres, aparecen frecuentemente asociados con el desarrollo y la persistencia de los trastornos alimentarios. Strober y Humphrey (1987) han señalado que los pacientes bulímicos y anoréxicos, así como sus padres, perciben sus ambientes familiares como más conflictivos y menos cohesivos; y en cuanto a la interacción familiar, han sugerido que son familias amalgamadas, intrusivas y hostiles, que niegan las necesidades emocionales de sus hijos.

Por otro lado, Waller, Sladi y Calan (1990) encontraron que la percepción de la interacción familiar difería mucho entre sus miembros, así como también sus habilidades para predecir la ausencia o presencia de trastornos alimentarios en sus hijos. Contrariamente, la apreciación de las hijas anoréxicas respecto a la interacción familiar fue mejor predictor de la presencia de trastornos alimentarios, ya fuese anorexia o bulimia nerviosa, lo que sugiere que los padres no comparten con sus hijos la percepción de la interacción familiar ni sus problemas.

León, Lucas, Colligan, Ferdinande y Kamp (1985) mencionan que los procesos patológicos de interacción de las familias se consideran importantes predictores del desarrollo de la AN, ya que la familia incide sobre la autonomía y control de las jóvenes anoréxicas. Por ello, estas jóvenes suelen ser obsesivas-compulsivas, con un alto grado de neurosis e introversión. Ante todo esto, Strober y Humphrey (1987) concluyen que existen factores familiares que conforman la fenomenología de los trastornos alimentarios, factores que ejercen su influencia a través de caminos constitucionales y excepcionales, incluyendo una pobre autorregulación del afecto y la conducta.

Por otro lado, Strober, Salkin, Burrugh y Morell (1982) encontraron que los padres de las pacientes bulímicas tenían puntuaciones significativamente mayores en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), específicamente en cuanto a las escalas de adaptación, impulsividad, poca tolerancia a la frustración y hostilidad. Mientras que los padres de las anoréxicas compulsivas obtuvieron mayores puntuaciones en escalas asociadas a la sensibilidad emocional, pasividad, sumisión y retraimiento social; en tanto que, las madres se caracterizaron por mayor preocupación psicósomática y depresión. Esto contrariamente a las madres de las pacientes anoréxicas restrictivas, quienes se caracterizaron como más introvertidas y fóbicas. Finalmente, tanto la madre como el padre de las bulímicas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en escalas que indican mayores problemas intrafamiliares y un menor grado de control interno.

Asimismo, los teóricos del sistema y la psicodinamia de la familia, coinciden con el planteamiento de que un trastorno de la alimentación es el reflejo de un problema profundo y recurrente en cuanto a la estructura de los roles familiares, de la expresión de afectos, y del estilo y dinámica de la interacción. Como resultado de esto, el paciente anoréxico o bulímico tiene dificultades para independizarse de la familia y consolidar una identidad propia (Bruch, 1973). Específicamente, en la anorexia nerviosa, la familia presenta una "fachada" de autosacrificio y amor, mientras que los miembros de las familias bulímicas son más abiertamente hostiles y rechazantes entre ellos, aunque presentando similares deficiencias respecto a su capacidad de autorregulación y control, lo que se ve reflejado en la patología alimentaria (Humphrey y Stern, 1988).

Por otra parte, aunque la dinámica familiar ha sido objeto de numerosos estudios, y la base para explicar –al menos parcialmente– la génesis de la patología alimentaria, existen otros aspectos dentro de la familia que deben ser considerados, como lo son: las actitudes paternas hacia el peso o la imagen corporal (Vázquez y Raich, 1998), las cuales son relevantes en medida que los padres transmiten a través de sus comentarios un ideal corporal, así como la importancia que éste puede tener en la valoración de las personas; de modo tal que dichos comentarios tienen efecto sobre la autoimagen que su hijo construya de su cuerpo. Ya Bruch, en 1974 (cit. en Vázquez y Raich, 1998) observaba en su práctica clínica la preocupación por el peso y la apariencia física que tenían los padres de hijas con trastorno alimentario; sin embargo, los estudios de la década pasada y la presente, parecen considerar poco este aspecto y centrarse únicamente en la caracterización de la dinámica familiar.

Asimismo, las hermanas de las pacientes con trastorno alimentario parecen jugar un papel relevante; al respecto, existen estudios que apoyan la hipótesis acerca de lo perjudicial que puede ser la influencia de una hermana con trastorno alimentario o con una gran preocupación por el peso y con una alta frecuencia de conductas restrictivas, corroborando esto que las características familiares pueden amplificar los imperativos socioculturales, lo que podría ser particularmente relevante cuando actualmente se sabe que los valores estéticos de la delgadez son un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos

alimentarios (Rodin, Siegel, Koepke, Moye y Tice, 1994).

Así, aunque se reconoce la importancia de la influencia familiar, no se puede plantear como un factor unicausal del trastorno, sino como un factor más que puede acelerar, modificar o mantener el curso de la enfermedad cuando se conjunta con otros factores causales. De modo que encontramos que el estar expuesto a una inestabilidad afectiva dentro de la familia hace mucho más vulnerables a sus miembros frente a las presiones grupales y sociales.

Como se puede observar, los factores biológicos y familiares por sí solos no alcanzarían para explicar el incremento en la frecuencia de los trastornos alimentarios, por lo que se hace imprescindible considerar el contexto sociocultural.

Factores socioculturales. Al respecto, se plantea que históricamente sucedieron dos acontecimientos culturales que parecen haber repercutido en la alta incidencia de los trastornos de la alimentación:

Por un lado, el movimiento feminista, el cual parecería que contribuyó al generar una confusión de roles e identidad. Garner et al. (1983, cit. en Johnson y Maddi, 1988) señalan evidencias de que la transformación de las normas culturales, forzó a las mujeres contemporáneas a afrontar expectativas de roles múltiples, que incluían la adaptación de las expectativas femeninas más tradicionales, tales como: la atracción física y la domesticidad, con la incorporación de estándares más modernos en lo que respecta a logros personales en el campo profesional y a las oportunidades para la autodefinición y autonomía.

Por otro lado, un segundo cambio cultural que surgió paralelamente con el movimiento feminista, y que parece haber influido en la expresión y exacerbación específica de la conducta relacionada con la comida y el cuerpo, es que específicamente en los años 60's surgió un énfasis en la delgadez femenina, la cual aparentemente se instauró como un medio por el cual las mujeres jóvenes podían competir entre ellas y demostrar su autocontrol (Johnson y Maddi, 1988). De manera que el "logro" que representa la delgadez fue

tornándose cada vez más en un atributo o cualidad sumamente apreciada, que asegura la envidia y el respeto entre las mujeres. De modo tal, que la búsqueda de la delgadez y la evitación de la obesidad parecen constituir una actividad muy concreta a través de la cual las mujeres jóvenes pueden competir y obtener respuestas sociales favorables, lo que les permite fortalecer su autoestima.

Desde la perspectiva sociocultural, se argumenta que los trastornos alimentarios son producto de la enorme presión que ejerce la sociedad sobre el peso corporal de las mujeres, así como la consecuente prescripción de dietas irreales y enfermizas. Así, la sociedad acuerda cuál dieta y peso son los adecuados como normatividad para las mujeres (Pike y Rodin, 1991). De este modo, la cultura de la delgadez dirige la valoración y normas que determinan actitudes y conductas asociadas a la forma, dimensiones y peso del cuerpo, particularmente durante la adolescencia y juventud, periodos que suponen profundos cambios biopsicosociales. En algunas sociedades las influencias culturales son transmitidas a través de la imitación de modelos conductuales y la recepción de mensajes verbales, por lo que el grupo familiar y de amigos son agentes promotores (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

Como vemos, las mujeres a través del tiempo han venido padeciendo la influencia de los estándares culturales de belleza, los cuales han querido alcanzar a través de la compra de productos designados a cambiar su cabello, forma corporal y peso, a pesar de que estos métodos para realzar la belleza usualmente se encaminan hacia una desviación respecto a su apariencia natural. Asimismo, se ha encontrado que la mayoría de las mujeres se adhieren al ideal cultural de la delgadez, y según Casper (1983, cit. Harden, Butler y Scheetz, 1998) esta inclinación se debe a que ésta sugiere –cual símbolo social– independencia, autonomía, inocencia, vigor, fuerza, sólida moral, y lo más importante es que promete la obtención de la aceptación de los demás.

Por lo que la imagen corporal negativa entre las mujeres adolescentes, es decir la percepción de que sus cuerpos no corresponden al ideal, puede ser comprendida con base al esfuerzo que éstas realizan por lograr la seguridad que brinda la delgadez como imagen

ideal que destaca la cultura, más que en la vulnerabilidad y vitalidad de sus cuerpos femeninos (Berscheid y Walster, cit. en Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998). Este ideal social de belleza se ve reflejado en las imágenes de las modelos, quienes con su omnipresencia llegan a convertirse en patrones irreales, pues en la realidad la mayoría de las mujeres no pueden llegar a tener una figura así.

Sin embargo, es importante mencionar que no todas las mujeres jóvenes desarrollan trastornos alimentarios, por ello debe intentarse observar las características cognitivas que parecen estar presentes en las pacientes que desarrollan bulimia y/o anorexia nerviosa.

Factores cognitivos. Según Garner y Bernis (1985, cit. en Raich, 1994), la conducta alimentaria alterada se mantiene especialmente por factores cognitivos y conductuales. Hay evidencias substanciales de que las anoréxicas y las bulímicas nerviosas experimentan una significativa inestabilidad afectiva, conllevando la aparición de conductas impulsivas que incluyen a menudo abuso en el consumo de drogas y alcohol, en la baja tolerancia a la frustración y en la alta ansiedad. En consecuencia, estas pacientes tienen largas historias de sentimientos de falta de control y de impotencia en relación con su experiencia corporal, lo que contribuye significativamente al segundo rasgo: baja autoestima (Johnson y Maddi, 1988).

De acuerdo con Garner y Garfinkel (1982), diversos investigadores han observado que las pacientes tienen dificultades para identificar y articular sus diferentes estados internos, lo que contribuye al sentimiento de indiferenciación, el cual a su vez conduce al sentimiento de ineficiencia, dada su incapacidad para identificar y controlar sus estados internos. Resulta interesante señalar, que si bien los factores socioculturales contribuyen a que las mujeres se sientan insatisfechas con su cuerpo, esto se aúna a dificultades para identificar y regular sus estados internos, por lo que pueden sentir mayor insatisfacción e incluso odio hacia un cuerpo, debido a que suelen identificar su autoestima con la valoración de su cuerpo; por lo que es común en ellas expresiones como: "si no me considero atractiva es que no sirvo para nada". Varios estudios demuestran que el grado de satisfacción corporal o autoestima física está asociado con la autoestima en general, por lo que las mujeres con

trastorno alimentario tienen una extremadamente baja autoestima, y por lo tanto, un intenso miedo al rechazo o al abandono

Otro aspecto que exacerba los problemas de la autoestima es que las pacientes son excesivamente susceptibles al rechazo, lo cual produce sentimientos de inseguridad e incomodidad social porque estas pacientes suelen plantearse grandes expectativas respecto a sí mismas, acompañadas de una excesiva autocrítica que generalmente tienen como resultado recurrentes o permanentes sensaciones de vergüenza y culpa, debidas a la discrepancia entre su Yo verdadero y su Yo ideal (Goodsitt, 1984, cit. en Barber et al., 1995).

Además, cabe mencionar que según Donoso (1990), las personas con trastorno alimentario presentan una inteligencia promedio; asimismo, existe alejamiento respecto a sus necesidades más primarias, con base a la pasividad, sumisión y completa obediencia a las figuras de autoridad, resultado de su excesiva timidez, ansiedad e intensa dependencia a la familia. Asimismo, Bruch (1982) sostiene que los verdaderos trastornos alimentarios involucran distorsiones de la imagen corporal, y sus percepciones se suelen acompañar de un exacerbado sentimiento de ineffectividad. Selvini-Palazzoli (1974) amplía esta posición, postulando que algo también fundamental es la desconfianza interpersonal.

Por otro lado, otro grave problema lo representa la regresión que experimentan estas pacientes, por la cual no quieren crecer, manifestando miedo a ser adultas, y como si fuesen niñas, existe un excesivo temor a separarse de los padres. Ante esto, el ayuno con sus consecuencias sobre el organismo representa una forma de detener el desarrollo físico y manipular la atención de los padres (Barber et al., 1995).

Una investigación realizada respecto a los factores de riesgo antes mencionados, es la realizada por French, Story, Downes, Resnick y Blum (1995), cuyo objetivo fue examinar la asociación entre algunos factores psicológicos, sociales y comportamentales con la frecuencia de dieta restrictiva en adolescentes estudiantes de una escuela pública de Minnesota. Los resultados obtenidos fueron que la frecuencia de dieta restrictiva estuvo

asociada con los atracones de comida y una pobre autoimagen, por lo que se llegó a la conclusión de que la frecuencia de dieta tiene una estrecha asociación con ciertos factores psicosociales.

Otro estudio que se diseñó para examinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de los trastornos alimentarios en una población de estudiantes, fue el realizado por Killen, Hayward, Wilson, Taylor, Hammer, Litt, Simmonds y Haydel (1994). Estos autores emplearon el EDI, por medio del cual encontraron que las jóvenes sintomáticas reportaron mayor insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, inadecuación e inutilidad personal, y se mostraron menos seguras acerca de su habilidad para mostrar sus sentimientos. Estas puntuaciones fueron muy similares a las observadas en las pacientes anoréxicas que participaron en los estudios de validación del EDI. Otra investigación que también tuvo como objetivo examinar los factores de riesgo fue la realizada por Agras y Stice (1998), en la cual encontraron que la presión por la delgadez, la insatisfacción corporal, la dieta y los afectos negativos predicen el comienzo de la bulimia.

Una de las investigaciones realizadas en México a este respecto, es la de Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román (1999), cuyo objetivo fue analizar la relación entre la sintomatología de trastorno alimentario y algunos de los factores considerados en la literatura como asociados a la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; así como verificar si existen diferencias entre submuestras con y sin sintomatología con respecto a ciertos factores de riesgo. Su población consistió de 524 jóvenes estudiantes de sexo femenino (con un rango de edad de 15 a 25 años), a las que se les aplicaron los siguientes instrumentos: el EAT-40, el BULIT, y el EDI. Las personas que rebasaron el punto de corte del EAT-40 y del BULIT, fueron clasificadas como submuestra con sintomatología de trastorno alimentario (27 del tipo anoréxico y 17 del tipo bulímico, respectivamente), mientras que el grupo control se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin sintomatología. En los resultados se encontró que la presión social y el miedo a madurar fueron los factores que mostraron mayor influencia, aunque este último fue característico tanto de las jóvenes con sintomatología de anorexia nerviosa, como con de bulimia nerviosa. Además, se encontró una correlación altamente significativa en tres combinaciones de

factores: presión social y motivación para adelgazar; miedo a madurar e inefectividad; y desconfianza interpersonal e inefectividad. Por último, estos autores señalan que aunque en la literatura se sugería que los trastornos alimentarios eran exclusivos de países desarrollados, en la actualidad se observa que ya no pertenecen únicamente a éstos, tal parece que ahora el precepto que supone la "cultura de la delgadez" es una realidad en los países occidentales.

Otro estudio realizado en México es el de Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López (2000), cuyo propósito fue analizar qué factores pueden predecir en la población mexicana la presencia de sintomatología de trastorno alimentario de acuerdo con las ocho escalas del EDI y del EAT-40, los cuales fueron aplicados a una muestra de jóvenes estudiantes con una edad promedio de 18.3 años. El análisis identificó la relación entre los factores de EDI y la presencia de sintomatología de trastorno alimentario del EAT, el cual muestra que los ocho factores fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, la motivación para adelgazar, la insatisfacción corporal, la bulimia y la inefectividad obtuvieron un estadístico beta mayor en comparación con los otros factores, tales como: miedo a madurar, identificación de la interocepción, perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

A continuación se abundará en cuanto a ciertos factores cognitivos y conductuales generalmente presentes en los pacientes con trastorno alimentario.

Motivación para adelgazar. Se define a partir de la excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un gran deseo de perder peso, así como un desmesurado temor a ganarlo. Esta variable ha demostrado ser importante para la detección y prevención de los trastornos alimentarios, ya que la manifestación clínica de un intenso deseo de bajar de peso, de ser más delgada o temor mórbido a la gordura es esencial para el diagnóstico de la anorexia y bulimia. Autores como Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987) agregan que la motivación para adelgazar no sólo es sintomática de estos trastornos, sino también de importancia para su permanencia, por lo que se podría suponer, que una vez modificado el pensamiento disfuncional también se modificaría la conducta.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de "un cuerpo ideal" no estamos refiriéndonos a un ideal de salud o bienestar, sino a uno de moda imperante en un determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades. Pero en estas últimas décadas, parece esperarse que la mujer considera la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: "cuanto menos kilos, más logros" (Johnson y Maddi, 1988).

Los estudios realizados sobre los estereotipos femeninos fotografiados por la revista *Playboy* entre los años 1959 y 1979 demuestran que el modelo de figura femenina se ha ido afinando y aligerando a lo largo de dicho período Garner y Garfinkel (1980). Sin embargo, paralelamente se ha dado en nuestras sociedades un incremento del peso del hombre y de la mujer en esos mismos veinte años, seguramente debido a las mejores condiciones de alimentación, y a nivel general, a un mayor acceso a ella. El resultado es que entre el modelo ideal y la realidad posible hay cada vez mayor disparidad. Esto indudablemente lleva a las cifras que mencionábamos antes: 90% de las mujeres parecen estar disconformes con su forma corporal y dispuestas a involucrarse en la práctica de dietas, si es que todavía no lo están haciendo.

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación puede llegar a estar tan obsesionada con la comida y el comer que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las mínimas condiciones de estabilidad emocional que garanticen su buen desempeño laboral, escolar o social.

Hacer dieta es la forma más común de controlar el peso entre las personas con trastorno de la alimentación. Aunque la adaptación puede ser de diferentes maneras, desde seguir dietas sugeridas en libros, folletos de propaganda, etc., pasando por concurrir a clínicas o centros de reducción de peso, o ingerir productos que "mágicamente" reducirán el peso, hasta la forma más extrema que supone el ayuno. Se "brincan" comidas, se reducen

proporciones y se elimina determinada categoría de alimentos, sobre todo los que tienen la clara connotación de "engordantes".

Como se observa, las dietas son consecuencia de la gran preocupación existente por el peso, sin embargo, estas conductas generan diversas consecuencias negativas cuando este régimen se convierte en una abstención total o parcial de la ingesta de alimentos, en el caso de la anorexia; o en una combinación de periodos de restricción alimentaria con periodos de sobreingesta y vómito, en el caso de la bulimia.

No hay nada secreto acerca de las dietas: todas llevan a la restricción de calorías, por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. Cuando la restricción es lo suficientemente severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo (graso) para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, uno comienza a perder peso. El cuerpo está equipado para manejarse sin demasiados problemas ante reducciones calóricas a corto plazo, sin embargo, mantener a mediano o largo plazo dicha restricción provoca cambios internos en el cuerpo (Huo, Braganza, Brown, Ritchie y Roncolato, 1996).

Todo en la vida de una paciente con trastorno de la alimentación gira en torno a su peso y su silueta. Es decir, la autoestima, el estado de ánimo, la actitud hacia la vida, la sexualidad y las relaciones sociales giran alrededor del peso y la figura.

Miedo a madurar: Se define como el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tiene recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural de peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de "mujer". Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la alimentación, éste puede ser un factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia. Por lo que, generalmente, estas jóvenes están "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que ello implica.

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) mencionan que el tomar como modelo corporal el de una adolescente casi púber, en donde el atractivo está estrechamente ligado con el mantenimiento de una apariencia juvenil, influye para que se crea que para ser una mujer exitosa no sólo hace falta no desarrollar un cuerpo femenino, sino que además tampoco esta permitido crecer, madurar y envejecer al ritmo que el desarrollo humano supone. A este respecto, Saldaña (1994) mencionan que es en el pasaje de la pubertad a la adolescencia cuando se manifiesta el temor a crecer, ya que ello implica que el cuerpo de niña se transforme en uno de mujer, lo que en muchas ocasiones puede vivenciarse como amenazante.

Como ya se dijo previamente, las personas que sufren de trastorno de la alimentación suelen tener una historia familiar donde los padres son: rígidos, controladores, demandantes y sobre involucrados en la vida de sus hijos, a un grado tan intrusivo que interfiere en la madurez e independencia de sus hijos, a tal modo que los infantiliza (Strober y Humphrey, 1987).

Estas pacientes tienden a ser inseguras, dependientes e inmaduras, no desean hablar ni resolver los problemas que tienen, prefieren hablar de comida, dietas y formas de perder peso para evadir los problemas reales; y una vez que abandonan el trastorno se vuelven ansiosas, ya que no saben manejar los conflictos que la sintomatología ha enmascarado (Stierling, 1988, cit. en Ludewig, 1991).

Por todo ello que requieran de atención constante, y así, al no comer logran que los demás se preocupen y las atiendan, sin que ellas tengan que reconocer dicha necesidad. La ansiedad de separación se presenta cuando los padres viajan, cuando ingresan a la escuela y más adelante, cuando se separan para ir a la universidad, manifestándose a través de los síntomas alimentarios. Ya en tratamiento, estas chicas tienen severas dificultades en lograr su independencia y madurar, incluso en ocasiones presentan sentimientos de humillación por haber sido "fiferos" de sus padres (Wilson y Hogan, 1987).

También constantemente se observa un miedo intenso a la menstruación, incluso las pacientes de mayor edad suelen percibir a la menstruación como "una enfermedad" que hay que esconder y negar. La menstruación ha sido definida como "un castigo por un crimen que no había cometido; me estaba castigando por ser mujer y haber crecido"(Ludewig, 1991).

Inefectividad. Se define a partir de los sentimientos de inadecuación, inseguridad, vacío existencial y falta de control sobre su propia vida. Calificaciones altas en esta subescala reflejan un significativo déficit en la autoestima, debido a sentimientos de inadecuación (Garner, 1991).

Su valoración resulta pertinente, ya que se ha observado que las personas con bulimia o anorexia tienden a ser dependientes, con una opinión negativa de sí mismas y no se sienten capaces de tomar decisiones, por lo que generalmente tienen sentimientos de depresión.

Como se puede notar, el problema del control de impulsos es básico para entender a estas pacientes, ya que –al parecer– nunca han sentido tener el control sobre los momentos vitales en su vida, por lo que en el caso específico de las anoréxicas, una tentativa de ejercer dicho control es realizando dietas de una manera obsesiva; de modo tal, que cambian la inhabilidad para controlar los objetos externos, por el control sobre las funciones corporales (Crispo et al., 1996). Por ello, que una frustración respecto al mundo externo, por ejemplo, una discusión con los padres, puede dar como resultado la práctica de un control más rígido respecto a lo que comen o dejan de comer (Wilson y Hogan 1987).

En un trabajo, Huo y Brown (1984) estudiaron, mediante un cuestionario de autoevaluación, a un grupo de 25 anoréxicas, cuyas respuestas contrastaron con las de dos grupos control, uno de ellos constituido por adolescentes que se pesaban con frecuencia y otro por jovencitas que apenas se pesaban. Los resultados muestran una clara diferencia en una medida compuesta de autoestima, control conductual, aspecto personal y criticismo acerca de comer. Las anoréxicas cuentan con una autoestima baja, tendiente a no aceptarse a sí mismas, ya que creen adolecer de control sobre su desarrollo corporal, adecuación física y sobrepeso. En cuanto a su aspecto personal, valoran negativamente su forma de vestir, peinado y apariencia en general.

Bruch (1962, 1975, 1978) identificó en estas pacientes un acentuado sentido de ineffectividad que se refleja en sus actitudes y actividades. La autora sugiere que este sentido de ineffectividad general, puede ser más básico que sus otros disturbios en cuanto a la imagen corporal y el hambre.

De acuerdo con Crispo et al. (1996), las mujeres tienden a sentirse fracasadas al no responder a las expectativas que se tiene de ellas, esto disminuye su sensación de seguridad, confianza en sí mismas y su capacidad de "ser buenas" mujeres, esposas, madres, o buenas amigas, empleadas, compañeras de trabajo; e intentan entonces demostrarse a sí mismas que hay algo que sí pueden lograr, así es como el peso se convierte en el área sobre la que si van a poder ejercer el dominio exigido.

Perfeccionismo. Hace referencia a cuando una persona cree que los logros deben ser de excelencia, o por lo menos, superiores a la norma. A este respecto, Barriguete, Lewinsohn y Suarez (1998) mencionan que el perfeccionismo puede entenderse como la acción de demandarse a sí mismo o a otros una cualidad superior de desempeño que la requerida por la situación. Esta demanda es acompañada por tendencias a la evaluación hipercrítica y rigurosa de la conducta de uno mismo, una atención especial a los fracasos, ya que el pensamiento se caracteriza por ser del tipo "todo o nada", a través del cual sólo el éxito o fracaso total son los únicos posibles resultados.

Boskind-White y White (1983) señalan que la lucha por vivir con estándares de ejecución y logros perfeccionistas es característica de aquellas personas que desarrollan trastorno alimentario; además, generalmente, los padres de las pacientes anoréxicas o bulímicas son a su vez perfeccionistas y exigen la excelencia a sus hijos.

Asimismo, Slade (1982) ha identificado que el perfeccionismo es una condición crítica en la etiología de estos trastornos alimentarios, ya que las mujeres viven una lucha interna sembrada en parte por las creencias familiares por tratar de ser perfectas, pero como eso no se puede controlar, por lo menos tratan de obtener un cuerpo perfecto.

La tendencia al perfeccionismo es común entre las jóvenes con trastornos del comer, ya que el sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace excesivamente exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno, por lo que si no van a poder hacer a la perfección algo que se proponen, no lo intentan. De tal modo que para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier costo, convencidas de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas; paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo (Crispo et al., 1996).

Desconfianza interpersonal. Hace referencia a la aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas. Es típico oír que una mujer anoréxica no asistió a un evento social importante porque "se sentía muy gorda" (aún estando esquelética) o que una mujer con bulimia "prefiere" quedarse en su casa a comer, a vomitar o a usar laxantes; o que una mujer que come compulsivamente prefiere no salir porque "se ve gorda y nada le queda bien". Como se puede notar, en vez de controlar su peso, el peso las controla a ellas, alejándolas de las relaciones interpersonales significativas.

Por ello, muchas pacientes presentan gran dificultad en relación con su grupo de iguales, ya que tienden a abandonar las amistades y se quedan más en casa cerca de los padres. En ocasiones, se vuelven en la relación con sus amigos mandonas, rígidas, manipuladoras y evitan la relación con los hombres; en general, ocurre un aislamiento social

extremo dentro de su vida diaria (Bulton, 1990). La misma enfermedad hace que estas pacientes se unan más a la madre, se quedan más en casa, sólo discuten de sus hábitos alimenticios, salen menos y tienen menos amigos (Wilson y Hogan, 1987).

El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendido por los demás, la reducción de los centros de interés, la ocultación de sus problemas (especialmente por parte de las anoréxicas compulsivas), o la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, son factores que contribuyen al retraimiento social. Cuando el aislamiento relativo o absoluto se impone, determinado por su propio comportamiento, el interesado vive y sufre las consecuencias del mismo, sintiéndose rechazado o marginado, y viéndose empeorada su autoimagen por el hecho de su inminente ingreso a una situación de patente circularidad (Toro y Vilardell, 1987).

También es un hecho común la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual; lo cierto es que, si existía, el interés sexual se ve disminuido o anulado. Lo mismo puede decirse de las actividades sexuales propiamente dichas, añadiendo que en general, cuando hay relaciones heterosexuales éstas no suelen ser satisfactorias. En muchas pacientes se encuentra socialmente una tendencia al retraimiento y una deficiente conducta social. El interés en la sexualidad y en la madurez corporal parece en muchos pacientes no existir, el noviazgo y el contacto sexual es algo no deseado por ellos. Asimismo, una gran mayoría de los adolescentes anoréxicos tienen un desarrollo sexual y psicosocial tardío, mientras que los adultos muchas veces tienen un interés sexual marcadamente disminuido. Como vemos, en la anorexia y bulimia nerviosa, las relaciones interpersonales, y en general el desarrollo social, se encuentran frecuentemente alterados (Gómez-Peresmitré, 1993; Vitousek y Manke, 1994).

Insatisfacción corporal. Es el grado de conformidad con el propio peso y silueta –en general–, o bien respecto a ciertas partes específicas del mismo, como: el estómago, las caderas, los muslos y los glúteos.

El ideal del cuerpo delgado es para la mayoría de las mujeres inalcanzable, de modo que llegan a odiar su cuerpo o partes del mismo (Wooley y Wooley, 1984). Así, la insatisfacción con el propio cuerpo en su forma extrema se considera como característica central de la anorexia y la bulimia. De modo tal, que la insatisfacción corporal es generalmente vista como uno de los factores centrales en el inicio y mantenimiento de la conducta típica de los trastornos de la alimentación (Garner, 1991).

Estas personas se encuentran inconformes con la silueta de su cuerpo, lo que es reforzado por la propaganda comercial que exalta al cuerpo delgado, algo inalcanzable por la mayoría de las gentes. Hacen creer a las personas con bulimia que deben odiar su cuerpo y partes de éste en especial, como son las caderas, abdomen, busto y piernas. Esto las puede conducir a una verdadera distorsión de la imagen corporal, que las induce a creerse obesas aún estando delgadas, y a considerar un cuerpo esquelético como bello. Estas mujeres se exigen a sí mismas un grado de delgadez mucho más estricto que el concepto de un cuerpo atractivo para los hombres, estas cogniciones sostienen estos trastornos de la alimentación (Raich, 1998).

El inicio del cuadro siempre consiste en la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración del mismo. Al margen de su origen o procedencia, tales pensamientos e imágenes asociadas implican juicios como "Estoy demasiado grueso", "No me puedo controlar", "Para gustar debo estar delgada", "Si aumento de peso, si no adelgazo, seré completamente desgraciada", etc. Lo anómalo se produce cuando su reiteración va en aumento, constituyéndose en una temática casi exclusiva y asociándose dramáticamente con una creciente ansiedad (Gómez-Peresmitré, 1998).

Parece resultar central en muchos casos de anorexia nerviosa que la paciente extremadamente delgada niega su extrema delgadez, parece sobrevalorar sus dimensiones, y no reacciona ante ellas del modo que sería normal dentro de la anorexia. Esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a

ser tan acusada en ciertos casos que se ha hablado de "Dimensiones delirantes" (Slade, 1988).

Ciertamente, la mera observación clínica permite verificar la existencia de dos tipos de anomalías con relación a la apreciación del tamaño y dimensiones del cuerpo. En unos casos se constatan auténticas distorsiones perceptivas, puesto que se comprueban errores significativos en la percepción de determinadas características corporales. Pero en otros casos, y a partir de una percepción más o menos objetiva, se producen evaluaciones distorsionadas que, según su contenido, darán lugar a reacciones de ansiedad o incluso pueden contribuir a mitigarla (Raich, 1998). La aprehensión de un supuesto sobrepeso o una posible sobredimensión puede desencadenar una intensa angustia. Sin embargo, cuando la delgadez es extrema y alarmante desde todos los puntos de vista, el "sobredimensionamiento" del cuerpo puede servir para suavizar el miedo a la enfermedad o incluso a la muerte (Leon et al., 1985).

Identificación de la interocepción. Hace referencia a la confusión e incapacidad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales, así como la incertidumbre al tratar de identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad.

Esta incapacidad es típica en las pacientes con trastorno alimentario, por lo que suelen confundir cualquier necesidad corporal con la sensación de hambre, como el no sentir saciedad, aún después de comer grandes cantidades de comida; de esta manera, tratan de "llenar" vacíos emocionales con objetos externos no funcionales, ya que el vacío interno continúa presente.

Existen datos de una alteración de la percepción interna en la anorexia nerviosa. El anoréxico actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad y otras sensaciones corpóreas no fueran percibidas o lo fueran de modo anómalo (Larraburu, 1986). Su falta de respuesta al frío, su aparente inagotable resistencia a la fatiga

e incluso la ausencia de apetencias sexuales, son otros tantos datos en favor de tal hipótesis.

Asimismo, los procesos digestivos, desde la repleción o no repleción gástrica hasta la evacuación y los movimientos intestinales, parecen ser objeto de atención por parte de los anoréxicos, con una secuela de distorsiones perceptivas o conceptuales muy peculiares; se trata de una auténtica "Confusión interoceptiva". Se expresa como una gran desconfianza en que el organismo pueda llevar a cabo los procesos reguladores automáticos sin control consciente. Algunas anoréxicas llegan a considerar su cuerpo como si se tratara de un objeto extraño y desafiante que debiera ser sometido. Este control e hipervigilancia son más evidentes en relación con el alimento, comprobándose que las anoréxicas experimentan más sensación de saciedad durante más tiempo después de haber ingerido alimentos –que en su opinión– contaban con más calorías (Raush y Bay, 1998).

Lo cierto es que algo sucede con la interocepción digestiva de las anoréxicas, Garner y Garfinkel (1982) lo resumen así: pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden contar con unos factores cognitivos mediadores de la ingesta, lo suficientemente prominentes para prevalecer sobre los mecanismos reguladores internos.

5. LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA DANZA

La actividad física en general, y el deporte en particular, constituyen actividades y fenómenos extensamente establecidos en ciertos sectores de nuestra sociedad. El ejercicio físico es materia obligatoria de enseñanza, en donde la actividad muscular está considerada como fuente de saber, y el "estar en forma" constituye un valor u objetivo plenamente establecido en nuestra cultura. Por ello que el deporte, practicado o presenciado, sea un fenómeno sociológico de primer orden, capaz de movilizar a miles y miles de personas.

Fue en 1886 que se celebraron en Atenas los primeros juegos olímpicos de la nueva era. El barón Pierre de Coubertin encarna desde entonces todo un símbolo histórico de la introducción oficial de la práctica deportiva en el mundo contemporáneo, así como la competición y superación individual y colectiva a través de las actividades físicas. Desde entonces, para bien o para mal, el deporte no ha hecho sino extenderse, llegando a constituirse en uno de los grandes fenómenos sociológicos de nuestro tiempo. Asimismo, la necesidad de estar en forma, de "mantenerse bien" físicamente ha estado asociada a la proliferación de todo tipo de centros en los que se practican los más dispares ejercicios, desde fisicoculturismo hasta "artes más o menos marciales" (Toro, 1996).

Es evidente que la actividad física es sumamente recomendable en cualquier etapa del desarrollo, por lo menos cuando es practicada con regularidad y moderación; asimismo, existe desde hace tiempo la creencia generalizada en la "bondad" de la actividad física para la salud, sólo en los últimos 30 años esta suposición ha sido apoyada por hechos comprobados; por ejemplo, son varios los trastornos y enfermedades que pueden beneficiarse del ejercicio físico: coronariopatías, hipertensión sistémica, obesidad, trastornos emocionales, incapacidad por senectud, osteoporosis, diabetes mellitus, trastornos crónicos dorsolumbares, e incluso, lesiones ocasionadas por una mala práctica deportiva (Rowland y Freedson, 1994). Por tanto, la práctica deportiva entraña una serie de consecuencias potencialmente benéficas, que lo hacen sumamente aconsejable por razones de muy distinto orden, sin embargo, sus riesgos también parecen evidentes.

En la lista de inconvenientes y peligros que puede representar la actividad física y deportiva de niños y adolescentes, debemos situar en un primer plano el riesgo de propiciar actitudes relacionadas con la aparición de trastornos alimentarios. Y debemos situarlo en ese lugar preferente no sólo por constituir el tema de esta investigación, sino también por la trascendencia que han cobrado en los últimos años dentro de la población en general. La idea que ahora conviene retener es que la práctica deportiva así como tiene indudables efectos positivos, también entraña una serie de aspectos negativos que habitualmente no son tomados en cuenta.

La práctica de actividad física está bastante extendida entre la población en general, sin necesidad de que los practicantes sean deportistas profesionales, de élite o comprometidos en competiciones, lo que hace interesante conocer las motivaciones que les llevan a entregarse a la práctica de ejercicio. Por ejemplo, un estudio con 112 mujeres que practicaban ejercicio físico con regularidad, determinó que tal participación regular se correlacionaba estrechamente con preocupaciones por el peso y la alimentación (Davis, Fox y Cowles, 1990). Además, observaron que las mujeres practicaban actividad física a causa de su preocupación por el peso con mucha más frecuencia que los varones; aunque en ambos sexos, la práctica de ejercicio físico por razones de peso, tono muscular y atractivo personal se correlacionó positivamente con la presencia de trastornos alimentarios a causa de la insatisfacción con la imagen corporal.

Como se puede notar, la cultura occidental avala y promueve crecientemente la práctica del ejercicio físico y el deporte, los cuales en principio pueden obrar favorablemente, pero tal actividad y los valores que entraña, a veces excesivos y peligrosos, se entrecruzan y mezclan con los de la presión a favor del cuerpo delgado. Esta combinación es con frecuencia peligrosa, potenciándose mutuamente ambos factores: actividad física y restricción alimentaria.

Los deportes son con frecuencia "semilleros" de trastornos alimentarios (Toro, 1996). Muchos deportistas de élite, que están en camino de serlo o a ello aspiran, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad fluctuante. Los trastornos del comportamiento alimentario parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, más en deportistas de élite —o que pretenden ser— que en practicantes ocasionales, más en mujeres que en varones, y más en adolescentes que en adultos (Marino, 1998). Todo indica que a los factores específicos de las prácticas deportivas se suman otros, como la edad y el sexo de los practicantes.

En algunos deportes, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asentando poco a poco en el concepto de rendimiento, el cual considera que el cuerpo delgado permite mayor eficacia motora (velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.), pero

también propicia una mayor valoración estética, hecho que se ha acentuado en los últimos años. Un estudio realizado por Davis y Cowles (1989) en el que estudiaron a 64 jóvenes deportistas practicantes de especialidades que en principio exigen un cuerpo delgado: gimnasia, natación sincronizada, patinaje artístico y danza, a las que compararon con otro grupo de 62 jóvenes dedicadas a deportes que no exigen un cuerpo delgado: fútbol, baloncesto, carreras de velocidad y esquí, y otro grupo de 64 universitarias que practicaban alguna actividad deportiva pero como simple pasatiempo ocasional, encontraron que las jóvenes entregadas a deportes que exigen un cuerpo delgado, a pesar de ser delgadas (algunas incluso excesivamente), estaban más preocupadas por el peso, experimentaban mayor insatisfacción con su cuerpo y practicaban más asiduamente la restricción alimentaria; también manifestaban mayor inestabilidad emocional e irregularidades menstruales, incluyendo amenorrea. La conclusión principal es evidente: una combinación de actividad física intensiva y presión percibida respecto a la deseabilidad de estar delgadas incrementa el riesgo de patología alimentaria.

Diversos autores han informado que los individuos con riesgo de desarrollar trastornos alimentarios gravitan en torno a actividades culturales, vocacionales y profesionales en las que existe un interés focalizado en el físico, el peso (tamaño y forma) y en grandes expectativas de logro. Por tal razón, la imagen corporal se convierte, como lo señalan los mismos investigadores, en un estresor psicosocial que puede inducir a la instauración y desarrollo de la anorexia nerviosa (Dummer, Rosen, Heusner, Roberts y Counsilman, 1987)

Asimismo, Landry (1996) menciona que los atletas pueden establecer prácticas enfermizas para controlar el peso, particularmente en los deportes donde la delgadez juega un papel importante; entre éstos están los animadores, bailarines (especialmente los de ballet), corredores, buzos, patinadores, gimnastas y luchadores. Algunos de ellos usan prácticas extremas para la pérdida de peso, incluyendo: sobreejercicio, ayunos prolongados, provocación de vómito, consumo de laxantes, diuréticos, píldoras, drogas ilícitas o lícitas, nicotinas, trajes de hule, baños de vapor o sauna, etc.

Otra de las disciplinas de riesgo para la instauración de trastornos alimentarios es la danza, ya que su práctica y ambientación parecen encerrar todos y cada uno de los factores potencialmente patógenos que es posible identificar en la actualidad (Maloney, 1983; Toro 1996).

Sin embargo, en el mundo de la danza las cosas no siempre han sido así, ya que la delgadez extrema de nuestras bailarinas es una adquisición relativamente reciente. El fenómeno se inició en la era romántica de la danza (a mediados del siglo XIX), antes de esta época la danza era mucho más espontánea y "natural", exigiendo mucha menos imaginación. El siglo XIX comprendió la transición de la bailarina que representaba personajes predominantemente "carneales", a la encarnación de imágenes etéreas (como sílfides, ninfas y otros seres fantásticos). En esta era romántica, los coreógrafos o "dictadores estéticos" recrean múltiples papeles místicos, personajes de mundos imaginarios, que exigen bailarinas de extraordinaria gracia y estética, la cual inevitablemente supone a la delgadez. Las hadas y ninfas, junto con otros congéneres más o menos sobrenaturales no pueden pisar el suelo terrenalmente, deben flotar en el aire, o de ser posible, volar. Gordon (1990) reseña una significativa e ilustrativa anécdota de Gelsey Kirkland, una reputada bailarina del *New York City Ballet*, anoréxica y bulímica convicta y confesa: en un encuentro con el conocido coreógrafo Balanchine, éste le golpeó con sus dedos sobre el esternón y las costillas diciéndole: ¡han de verse los huesos!, seguidamente le recomendó: "no comas nada". Ante hechos como éste, Kirkland posteriormente describió al ballet como una disciplina gobernada por una estética propia de un campo de concentración.

Vicent (cit. en Toro, 1996), quien fue bailarín y actualmente psiquiatra, ha criticado agudamente a los profesores de danza por exigir a sus alumnos pesos corporales extremadamente bajos, aún cuando están en pleno proceso de maduración puberal. Además, ha denunciado que las aspirantes a bailarinas suelen someterse a dietas de inanición, sufren obsesiones alimentarias, vomitan voluntariamente y abusan de laxantes. No obstante, en el ambiente de la escuela de danza estas conductas patógenas representan el

costo de pretender acceder a un nivel superior de aceptación social.

Estas situaciones, actitudes y prácticas forzosamente suelen constituirse en agentes patógenos, ya que la necesidad de ser delgadas y el culto casi religioso a la apariencia física suelen unirse a un ambiente altamente competitivo y obsesivamente perfeccionista, en donde, claro está, se practican exhaustivas rutinas de ejercicio físico, todo ello compartido en grupo y revestido de un cierto misticismo.

Muchos de estos atletas o estudiantes de ballet han iniciado su trastorno alimentario a causa de la sugerencia de una disminución de 5/10 libras (Aprox. 2.5 -5.0 Kgs.), con el argumento de que ello les permitiría un mejor desempeño (Duker y Slade, 1999).

Algunos autores sugieren que la propensión psicológica que tienen algunas personas hacia la anorexia nerviosa se exagera con las demandas del medio social, desarrollando la expresión clínica de la enfermedad. No obstante, la evidencia general indica que se trata de un trastorno multicausal, cuyos factores predisponentes incluyen características de personalidad, trastornos perceptivos-conceptuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos de interacción, determinadas características de la personalidad de los padres y actitudes de éstos hacia el peso y la figura de sus hijos, así como la presión del medio ambiente (Dummer et al., 1987).

Como podemos observar, la investigación en el campo de la conducta alimentaria sitúa a las bailarinas profesionales como un grupo de alto riesgo, debido a que la danza es una actividad en la que el cuerpo y la figura son centrales; y en donde las demandas del medio son tan altas que no es extraño que se favorezca el desarrollo de estos padecimientos en personas potencialmente vulnerables. Esto, debido a que las características de un físico ideal para una bailarina son: ser alta y muy delgada, es decir, que para ser exitosa tiene que adecuarse a estándares morfológicos específicos, y no sólo debe considerar una delgadez magnificada para tener las cualidades estéticas visuales, sino que también es necesario que parezca saludable (Freedson, 1988).

Asimismo, las estudiantes de ballet aspiran a ser bailarinas profesionales en una disciplina que demanda una extrema delgadez y que no requiere de un alto gasto de calorías, es decir que a pesar de que su entrenamiento puede ser de 6 hrs. al día durante 6 días a la semana, no requiere de un alto gasto de energía como en otras disciplinas. Por lo antes mencionado, las bailarinas se enfrentan a un dilema, ya que como no pueden confiar sólo en su entrenamiento para mantener su peso, deben seguir una estricta dieta restrictiva. Por otra parte, en un estudio realizado por Clarkson y Skirinar (1988), encontraron que las bailarinas consumen menos de las 2 terceras partes requeridas de minerales y vitaminas, al igual que fósforo, calcio, hierro y zinc.

Por otro lado, un estudio con 31 bailarinas puso de manifiesto los siguientes hechos: el peso y dieta eran sus principales preocupaciones; y a pesar de hacer ejercicio físico durante seis horas seis días a la semana, tenían una ingestión diaria de sólo 1000 calorías; y finalmente, únicamente el 19% presentaba ciclos menstruales regulares (Druss, 1979). Otra investigación llevó a cabo evaluaciones durante varios periodos de tres días, cada día fueron registrados los hábitos alimentarios de 25 bailarinas, pertenecientes todas ellas de una importante compañía profesional de ballet. Los autores encontraron que el 75% del grupo consumía menos del 85% de las calorías necesarias, el 40% ingería menos del 66% y el 20% menos del 50%, de modo que los déficits respecto a la totalidad de nutrientes fueron muy elevados (Calabrese, Kirkendall y Floyd, 1983).

Los malos hábitos alimentarios y las excesivas horas de entrenamiento de las bailarinas pueden tener serias ramificaciones, como son: hipoglucemia, decremento de minerales, amenorrea, adelgazamiento del tejido, fatiga crónica y un grave daño en su estructura esquelético-muscular (Maloney, 1983). Así es como tienden a desarrollar trastornos alimentarios, los cuales suelen ser resultado de la propia disciplina, y los más comunes son la anorexia y bulimia nerviosas.

Garner y Garfinkel (1983) han encontrado que la anorexia nerviosa y las actitudes alimentarias anómalas son más significativas entre las estudiantes de ballet, y que estas actitudes se ven incrementadas como resultado de las presiones sociales con respecto al

ideal del cuerpo perfecto (esbelto) y por los rigurosos ejercicios del programa; por este motivo, concluyen que las bailarinas presentan una mayor propensión a desarrollar trastornos alimentarios, pues para ellas su cuerpo es el instrumento básico de trabajo y un medio de expresión artística, de modo que luchan por mantener dicho instrumento en buen estado, aunque sólo sea en apariencia.

Expertos de la Universidad de Columbia en Nueva York, han alertado respecto a que la anorexia y la bulimia tienen una alta incidencia entre los miembros de las compañías de ballet, incluso cinco veces superior a la que existe entre la población en general. Por eso, de la misma forma que los trastornos alimentarios empiezan a preocupar seriamente a sectores del mundo deportivo, como en la gimnasia femenina, los especialistas quieren alertar al mundo artístico del daño que supone exigir a los miembros femeninos del ballet que mantengan una delgadez extrema (Framis, 1997).

Según Skolnick (1996), los trastornos alimentarios y la amenorrea están asociados con el desarrollo de depresión, adicción a las drogas y problemas psicológicos, que no sólo pueden coartar la carrera profesional, sino también ocasionar la muerte. De acuerdo a lo anterior, Landry (1996) menciona que estos trastornos también suelen tener un impacto negativo sobre la ejecución.

Así, las bailarinas de ballet reflejan un extremo en la obsesión hacia la delgadez, debido a que éste es un valor primordial en su grupo social. Por lo que una práctica muy común en este grupo es la dieta restrictiva, ya que ésta potencialmente induce una disminución de su peso, lo cual es indispensable para conformar una imagen corporal delgada. Como resultado de esto, las bailarinas son propensas a desarrollar diversos problemas de salud relacionados con la nutrición, así como irregularidades en su menstruación, anomalías esqueléticas y trastornos de la alimentación. Esta tendencia puede perpetuarse y transmitirse al interior de las escuelas por medio de la influencia de los profesores o entrenadores de danza. En conclusión, podemos decir que las exigencias en el entrenamiento, aunado a la extrema delgadez así como el seguimiento excesivo de dietas pueden ser factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Autores como Johnson

y Tobin (1991, cit. en Marino, 1998), han reportado un incremento en el uso de estrategias de purga y ejercicio, como resultado del énfasis que se le ha dado al estándar de delgadez, el cual ha comenzado a reemplazar el estándar del físico saludable.

Lo anterior se ha corroborado con los resultados de algunas investigaciones, una de ellas es la de Garner y Garfinkel (1980), quienes realizaron un estudio con mujeres estudiantes de danza inmersas en un programa altamente competitivo (n= 103), con uno menos estricto (n= 80), modelos (n= 56), estudiantes del conservatorio de música (n= 35), pacientes anoréxicas (n= 68) y un grupo control (n= 81). Los resultados de su estudio mostraron la presencia de mayores síntomas de anorexia entre las bailarinas y modelos que en el grupo control. El 6.5% de las bailarinas y el 7% de las modelos fueron diagnosticados con anorexia nerviosa, de las cuales sólo un caso entre las bailarinas y dos casos entre las modelos la habían desarrollado previamente al entrenamiento dancístico o de modelaje. Por otro lado, se encontraron diferencias significativas en la cantidad de síntomas reportados en las escuelas de danza más competitivas, que en las menos competitivas. En las primeras, la incidencia de la anorexia nerviosa fue dos veces mayor que en las segundas y que en las escuelas de modelaje.

Asimismo, Joseph (1982, cit. en Clarkson y Skirinar, 1988) comparó las actitudes alimentarias de estudiantes de danza, de drama y de educación física, observando que estas últimas tenían actitudes normales hacia la alimentación, mientras que en los grupos de danza y de drama se detectaron anomalías alimentarias.

Por otro lado, Hamilton, Brooks-Gunn y Warren (1985) compararon dos muestras de adolescentes: una de estudiantes de escuelas privadas (n= 276) y otra de estudiantes de ballet (n= 76) inscritas en una escuela con criterios estrictos de selección y un promedio de 6 horas de práctica a la semana. Los resultados indicaron mayor preocupación por el peso y deseo de ser más delgadas en el grupo de estudiantes de danza, aunque su peso era en promedio 8 kgs. menor al de las no bailarinas; además, éstas no se percibían delgadas, aunque si reconocían estar más delgadas que el promedio de las niñas de su edad.

Enns, Drewnowski y Grinker (1987) realizaron un estudio con bailarinas profesionales norteamericanas (n= 50) y europeas (n= 16) de compañías de ballet con diferentes grados de competitividad. Los resultados de su estudio, en concordancia con los hallazgos de Garner y Garfikel (1980), mostraron que la cantidad de síntomas anoréxicos correlacionaron positivamente con las expectativas de logro manifiestas en el grado de competencia manejado por la compañía de danza. En las compañías más estrictas en cuanto a la selección, mayor número de horas de ejercicio, mayores estándares de delgadez y seguimiento de dietas, se encontraron los únicos casos de anorexia nerviosa; además de que en general, las bailarinas de estas compañías presentaron mayor cantidad de síntomas.

En otro estudio realizado por Schnitt y Schnit (1986, cit. en Clarkson y Skirinar, 1988), con 62 bailarinas de ballet a quienes aplicaron el EAT, encontraron una alta prevalencia de AN y actitudes anormales hacia la alimentación. Los autores concluyen que las presiones respecto a la deseabilidad de la delgadez en esta disciplina, hace de las bailarinas una población vulnerable para desarrollar los trastornos alimentarios. Por lo que resulta relevante conocer su ocurrencia e identificar los factores que influyen para que se presenten trastornos alimentarios en este tipo de población.

En otro estudio de naturaleza longitudinal, compararon a una muestra de mujeres de clase alta no atléticas, con un grupo de mujeres pertenecientes a compañías selectivas nacionales de escuelas de ballet (Attie y Brooks-Gunn 1987, cit. en Crowther, Tennenbaum, Hobfoll y Stephens, 1992). Las bailarinas presentaron un factor de riesgo adicional al estar en un ambiente competitivo que sobrevalora la esbeltez y retrasa la maduración. Asimismo, los autores consideran que la pubertad, la familia y las características de personalidad pueden estar asociadas con la práctica de dieta restrictiva, aunque de forma diferente dependiendo del contexto.

Neumarker, Bettel, Bettel, Dudeck y Neumarker (1998) realizaron un estudio con una muestra compuesta por 90 estudiantes de ballet de entre 11 y 17 años de edad y 156 adolescentes de entre 13 y 17 años (grupo control). Los participantes contestaron el EDI, encontrándose diferencias significativas en cuanto a cinco de las subescalas de este

cuestionarios: Motivación para adelgazar, Bulimia, Ineficacia, Perfeccionismo y Desconfianza Interpersonal.

Por otro lado, Abraham (1996) realizó un estudio con el objetivo de detectar las características de trastorno alimentario presentes entre jóvenes bailarinas de ballet, comparándolas con un grupo control (no bailarinas). Encontrando que el 1.6% de las bailarinas y el 1.4% de las jóvenes del grupo control cumplieron con los criterios diagnósticos de bulimia nerviosa, y sólo una de las bailarinas cumplió con los de anorexia nerviosa. Asimismo, a partir de la aplicación del EAT, observaron que las bailarinas practicaban la autoinducción de vomito y abusaban de los laxantes, así como de otros métodos de control de peso. Por último, encontró que los disturbios mentales fueron comunes, siendo el reflejo de su bajo peso y del ejercicio excesivo; respecto a esto, advierten que la amenorrea no puede considerarse un criterio diagnóstico, sino más bien una característica asociada.

Vaisman, Voet, Akivis y Sive-Ner (1996) realizaron otra investigación al respecto, que tuvo como objetivo evaluar si el bajo peso era más prevalente entre los estudiantes de danza, así como analizar si la percepción respecto al peso corporal de los maestros y de las estudiantes de danza ejercía influencia sobre el desarrollo de actitudes alimentarias anómalas. Evaluaron a 43 estudiantes de ballet de entre 13 y 17 años (lo practicaban de 3 a 5 días a la semana), así como a 5 maestros de ballet y 6 maestros (no de ballet). Los sujetos fueron clasificados con bajo peso si su IMC era menor al 85%, normal si se situaba entre el 85 y 115%, y con sobrepeso si su IMC era mayor a 115%. Encontraron que el bajo peso fue más prevalente, y por otro lado, los maestros evidenciaron la poca importancia que dan al bajo peso de sus estudiantes. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la atmósfera de las clases de danza puede alentar a las estudiantes a esforzarse por ser delgadas (más allá de los límites normales), y que los maestros de ballet juegan un significativo rol en este proceso. Por último, sugieren que los psiquiatras y nutriólogos deben involucrarse en dicho ámbito.

Sin embargo, la investigación sobre trastornos alimentarios en bailarinas mexicanas es aún incipiente, ya que sólo se encuentran algunos trabajos realizados. Por ejemplo, Unikel y Gómez-Peresmitré, quienes en 1996 realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer si se presentan o no trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes. Para lo cual aplicaron un cuestionario a 92 sujetos de nivel socioeconómico medio y medio alto. Formaron dos grupos, uno con estudiantes de danza clásica y otro con estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas de la Ciudad de México. Los resultados mostraron la presencia de algunas de las conductas características de estos trastornos, sin encontrarse casos severos. El grupo de las estudiantes de ballet presentó los mayores porcentajes de conductas anómalas en el comer, principalmente seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo; otras conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en proporciones relativamente bajas en ambos grupos.

Posteriormente, en un segundo trabajo publicado por las mismas autoras (1999), cuyo objetivo fue conocer si existe un continuo cuantitativo en términos de la presencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria en diversas muestras de mujeres. El estudio de carácter exploratorio se llevó a cabo con 6 muestras elegidas de manera no aleatoria tomando en cuenta la edad (adolescentes y adultas) y la elección vocacional (ballet y no ballet), y su comparación con un grupo de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Estos grupos cubrieron un continuo de menor riesgo (estudiantes de escuela pública y privada, y profesionales no bailarinas) a mayor (estudiantes de ballet, bailarinas profesionales y pacientes con trastorno de la conducta alimentaria). Los resultados indicaron la presencia de dicho continuo, en el sentido señalado, confirmando la situación de riesgo en la que se encuentran estudiantes y profesionales de ballet para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria.

Asimismo, una investigación realizada por Ocampo et al. (1999), con el objetivo de evaluar la percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza y determinar su relación con la presencia o no de trastornos alimentarios, en la que trabajaron con 70 estudiantes de ballet, encontraron que el 49.9% de la muestra presentó una percepción patológica (distorsión) sobre su imagen corporal. Con relación a la insatisfacción corporal, ésta se

detectó en el 23.7% de su muestra, por lo que concluyen que a las bailarinas de ballet se les exige una morfología específica que algunas veces no pueden alcanzar, llevándolas esto a enfrentar una contradicción entre su cuerpo real y el ideal, por lo que depositan en éstas creencias y expectativas irreales y castigantes, ya que piensan que un "buen cuerpo" les asegurará el éxito y la calidad de ejecución en el escenario.

Por otro lado, López (2001) realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar las características socioculturales y la insatisfacción corporal relacionadas a la anorexia y bulimia nerviosa, así como trastornos alimentarios subclínicos. Trabajó con 68 estudiantes mexicanas de danza, para lo cual se aplicaron cuatro cuestionarios que permitieron evaluar la influencia del modelo estético corporal (CIMEC), insatisfacción corporal (BSQ) y sintomatología de trastornos alimentarios (EAT y BULIT), llevaron a cabo entrevistas de diagnóstico (I.D.E.D. Entrevista para el Diagnóstico de trastorno alimentario), y además recabaron sus medidas antropométricas, obteniendo el IMC, Índice de cintura-cadera (ICC) e Índice de percepción corporal (IPC). Los resultados indicaron una alta incidencia de trastornos alimentarios en las estudiantes de danza, de las cuales el 19.1% presentó Anorexia Nerviosa y un 4.4% Bulimia Nerviosa. A través de las medidas antropométricas, se observó que todas las participantes se situaron en el rango de bajo peso corporal y que el perímetro más ansiógeno fue el de cintura; también se apreció —de acuerdo al IPC— que el grupo con anorexia nerviosa presentó mayor alteración en su percepción corporal. Asimismo, se determinó que la edad fue un factor más relevante que el tiempo de estudiar danza, de tal forma que las estudiantes de mayor edad presentaron mayor sintomatología de bulimia. Los factores asociados a los trastornos alimentarios fueron: la práctica de dietas restrictivas, la motivación para adelgazar, el malestar por la imagen corporal así como mayor susceptibilidad a la influencia de los medios publicitarios. Finalmente la insatisfacción corporal no fue una constante en la población estudiada, sin embargo, cuando ésta se presentó se asoció con la presencia de sintomatología bulímica, motivación para adelgazar y frecuencia de dietas.

Por otro lado, Sánchez (2001) realizó un estudio que tuvo como objetivo evaluar las características cognitivo-conductuales relacionados a trastornos alimentarios en estudiantes

de danza clásica a través de un estudio longitudinal. Aplicaron a 73 estudiantes de danza el EAT-40, el BULIT, el EDI y realizó entrevistas IDED. Los resultados indicaron una alta frecuencia de trastornos alimentarios en estudiantes de danza (18% Anorexia Nerviosa y 4% Bulimia Nerviosa); también sugiere como relevante el impacto del inicio de estudio en esta disciplina ante la presencia de trastornos alimentarios, así como la influencia del ambiente dancístico en el mantenimiento de los mismos. Además, observó que los aspectos cognitivos miedo a madurar, identificación interoceptiva, motivación para adelgazar e insatisfacción corporal, pueden considerarse como indicadores de riesgo de psicopatología alimentaria dentro de esta muestra, siendo además las dos últimas importantes para el mantenimiento de dichos trastornos.

Tomando en cuenta, que los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nerviosas) en estudiantes de danza se presenta con muy alta frecuencia, surge la pregunta de que factores de riesgo cognitivos-conductuales puede predecir la presencia de sintomatología de trastorno alimentario con el fin de conocer el origen y desarrollo de estos trastornos dentro de esta profesión, y así realizar una detección temprana y prevención respecto al desarrollo de trastornos alimentarios para fomentar prácticas saludables de alimentación que tomen en cuenta las necesidades tanto físicas como psicológicas de las bailarinas.

OBJETIVO GENERAL

Realizar una caracterización de la sintomatología de trastorno alimentario y de su asociación con algunos factores de riesgo cognitivos-conductuales presentes en una muestra mexicana de estudiantes de danza clásica.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Caracterizar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de estudiantes de danza clásica.
- Determinar si existen diferencias significativas entre estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario y un grupo control, en cuanto a su sintomatología específica y algunos factores cognitivos-conductuales.
- Evaluar la asociación entre la presencia de síntomas específicos de trastorno alimentario y algunos factores cognitivos-conductuales.
- Analizar la caracterización sintomática presente en las estudiantes de danza respecto a los resultados de otras investigaciones con muestras mexicanas reportados en la literatura.

MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño utilizado fue el no experimental denominado transeccional correlacional, el cual tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado, sin pretender analizar las relaciones de causalidad, y menos aún precisar su sentido. Estos diseños se fundamentan en hipótesis correlacionales y de diferencias de grupo sin atribuir causalidad; asimismo este diseño describe las relaciones en uno o más grupos o subgrupos y se suele describir primero las variables incluidas en la investigación, para luego establecer relaciones entre éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

MUESTRA

Fue no probabilística de tipo intencional, la cual estuvo conformada por 58 jóvenes de sexo femenino, con un rango de edad de 10 a 18 años, y pertenecientes a una de las escuelas de danza de mayor exigencia de la Ciudad de México.

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron para determinar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario, fueron los siguientes:

- ❖ Test de Actitudes hacia la Alimentación (E.A.T-40, de Garner y Garfinkel, 1979), adaptado y validado para la población mexicana (Alvarez, 2000; Alvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez Pérez-Mitré, en prensa). Éste es un cuestionario de autoreporte que consta de 40 preguntas bajo una escala bipolar de seis opciones. La validación en México sugiere como punto de corte para jóvenes mexicanas una puntuación ≥ 28 ; asimismo, propone una estructura de siete factores:

- 1) *Motivación para adelgazar.* Incluye las preguntas que reflejan la preocupación respecto a la obesidad o sobrepeso, el deseo de adelgazar y la práctica de algunos patrones o conductas para lograrlo.
 - 2) *Evitación de alimentos engordantes.* Conformado por preguntas que reflejan específicamente la evitación de alimentos hipercalóricos.
 - 3) *Preocupación por la comida.* Identifica pensamientos obsesivos respecto a la alimentación, la presencia de sobreingesta y culpabilidad posterior a la ingesta.
 - 4) *Presión social percibida.* Incluye las preguntas que miden el grado de presión social para que el sujeto aumente su ingesta o su peso.
 - 5) *Obsesiones y compulsiones.* Conformado por preguntas que reflejan patrones estereotipados respecto a la alimentación y al pesarse continuamente.
 - 6) *Patrones y estilos alimentarios.* Incluye las preguntas que hacen referencia a la evitación de alimentos diferentes a los habituales, de comer acompañado o en lugares fuera de casa.
 - 7) *Conductas compensatorias.* Identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias, específicamente el vómito, laxantes y/o diuréticos.
- ❖ Test de Bulimia (B.U.L.I.T., de Smith y Thelen, 1984), el cual ha sido adaptado y validado para la población mexicana por (Alvarez, 2000; Alvarez, Mancilla y Vázquez, 2000). Este instrumento es un cuestionario de autoreporte de 36 preguntas, bajo una escala bipolar de cinco opciones. La validación en México sugiere como punto de corte para jóvenes mexicanas una puntuación ≥ 85 ; asimismo, establece una estructura tres factores:

- 1) *Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación.* Incluye las preguntas que evalúan la presencia de atracones (indicador de frecuencia), así como la sensación de pérdida del control sobre el impulso alimentario.
 - 2) *Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta.* Refiere a los sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa posteriores a que se sucedió el atracón.
 - 3) *Conductas compensatorias.* Identifica el deseo o la práctica de conductas compensatorias, específicamente el vómito, laxantes y/o diuréticos.
- ❖ Para evaluar las características cognitivas y conductuales de la anorexia y la bulimia se utilizó el Inventario de Trastornos Alimentarios (E.D.I.), el cual fue desarrollado y validado por Garner, Olmstead y Polivy (1983). El EDI está conformado por 64 preguntas divididas en 8 subescalas.
- 1) *Motivación para adelgazar:* Incluye preguntas que reflejan la excesiva preocupación por la dieta y el peso, así como el gran deseo de perderlo y el desmesurado temor a ganarlo.
 - 2) *Identificación interoceptiva:* Refleja la incapacidad para identificar y diferenciar las sensaciones internas de hambre y saciedad.
 - 3) *Bulimia:* Evalúa componentes o síntomas de la bulimia nerviosa, principalmente la sobreingesta, pérdida de control sobre la ingesta y las conductas compensatorias.
 - 4) *Insatisfacción corporal:* Refleja inconformidad con respecto al aspecto físico o algunas partes del cuerpo
 - 5) *Inefectividad:* Hace referencia al sentimiento de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.

6) *Miedo a madurar*: Identifica el deseo de permanecer en la seguridad de los años pre-adolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.

7) *Perfeccionismo*: Identifica la presencia de expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y énfasis excesivo sobre el éxito.

8) *Desconfianza interpersonal*: Identifica el temor generalizado a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas, o a expresar emociones a los demás.

Cabe señalar, que el EDI también ha demostrado ser un instrumento confiable y válido con mujeres mexicanas (Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López, 2000; Alvarez y Franco, 2001).

PROCEDIMIENTO

Recolección de datos

Se asistió a la institución presentando un oficio con la explicación detallada del objetivo de nuestra investigación, pidiendo su cooperación y autorización para la aplicación de los instrumentos de evaluación: EDI, EAT y BULIT. El primero sirvió para evaluar algunos factores cognitivos y conductuales, el segundo para identificar la presencia de sintomatología de anorexia, y el último, para la de bulimia nerviosa.

Una vez reunidos los sujetos, los investigadores se presentaron y dieron la siguiente explicación:

"A continuación se les entregarán las hojas de respuestas de cada uno de los cuestionarios que contestarán en una hora y media aproximadamente por lo que necesitamos que atiendan a cada una de las preguntas y respondan con sinceridad, y si tienen alguna duda diríjase a cualquiera de las investigadoras recordando que deben responder individualmente y que toda la información que nos proporcione es confidencial".

Ya dadas las indicaciones, se procedió a repartir individualmente las hojas de respuestas correspondientes al primer instrumento, indicándoles el momento en que podrían comenzar a contestar y aclarándoles las dudas que pudieran surgir y alterar los resultados.

Al terminar de contestar el primer instrumento se procedió a recogerlo y a repartir el segundo instrumento, dando las instrucciones ya mencionadas, y así sucesivamente hasta que terminaron de contestar los tres instrumentos.

Obtención de submuestras

Una vez calificados todos los instrumentos, se procedió a valorar la presencia de sintomatología de trastorno alimentario de acuerdo a los instrumentos E.A.T.-40 y B.U.L.I.T, de la siguiente manera:

□ Las estudiantes cuya puntuación rebasó el punto de corte del EAT y/o BULIT, se clasificaron como la submuestra con sintomatología de trastorno alimentario, la cual fungió como grupo experimental ($n = 29$).

□ Mientras que el grupo control ($n= 29$) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin sintomatología de trastorno alimentario, es decir, de aquellas estudiantes que no rebasaron los correspondientes puntos de corte.

Diseño de análisis de datos

Se comparó la puntuación promedio del grupo experimental y el grupo control, para evaluar si diferían entre sí de manera significativa. Esto se realizó respecto a los tres instrumentos (EAT, BULIT y EDI), aplicando a los datos la prueba "t" de Student. Posteriormente, se correlacionaron entre sí los factores y el total de los tres instrumentos, con el objetivo de medir el grado de asociación existente entre cada uno de sus factores, esto a través de la aplicación del análisis de correlación r de Pearson.

RESULTADOS

Al comparar al grupo con sintomatología de trastorno alimentario (c/sintomatología) y el grupo control, en cuanto a la puntuación total en el EAT y sus siete factores (Tabla 1), se observó que el grupo c/sintomatología presentó puntuaciones promedio significativamente mayores en el total del EAT –aunque cabe mencionar que esta diferencia entre los grupos era de esperarse debido a que precisamente la puntuación en el EAT fue un criterio de clasificación– y en sus factores: F1E Motivación para adelgazar, F4E Presión social percibida, F5E Obsesiones y compulsiones, y F6E Patrones y estilos alimentarios. Por lo que podemos decir que el grupo con sintomatología se caracterizó por experimentar mayor preocupación por el peso corporal y la dieta, por percibir que su medio social las presiona para que coman y aumenten su peso, por pesarse varias veces al día y por evitar comer acompañadas o fuera de casa.

No así en cuanto a los factores: F2E Evitación de alimentos engordantes, F3E Preocupación por la comida y F7E Conductas compensatorias, los cuales no indicaron diferencias significativas entre los grupos.

TABLA 1

GRUPOS	F1E	F2E	F3E	F4E	F5E	F6E	F7E	TOTAL EAT
C/SINTOMAT. n= 29	$\bar{X}=10.00$ EE=0.57	$\bar{X}=2.00$ EE= 0.39	$\bar{X}=0.41$ EE= 0.20	$\bar{X}=2.86$ EE= 0.50	$\bar{X}=2.28$ EE= 0.37	$\bar{X}=2.55$ EE=0.29	$\bar{X}=6.90$ EE= 0.37	$\bar{X}=31.93$ EE=1.74
CONTROL n= 29	$\bar{X}=5.65$ EE= 0.59	$\bar{X}=1.28$ EE=0.30	$\bar{X}=0.26$ EE= 0.11	$\bar{X}=1.72$ EE= 0.33	$\bar{X}=1.42$ EE= 0.18	$\bar{X}=1.77$ EE= 0.22	$\bar{X}=4.65$ EE= 0.21	$\bar{X}=19.33$ EE=1.13
VALOR DE t	5.31 **	1.49	0.74	2.00	2.29	2.21	0.33	6.35 **

Tabla 1. Comparación entre el grupo con sintomatología de trastorno alimentario y el grupo control en cuanto a los siete factores del EAT y su puntuación total.

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.0001$, \bar{X} = puntuación promedio, EE= error estándar.

En tanto, que al realizar dicha comparación pero con base al BULIT (Tabla 2), sólo se encontró diferencia significativa entre los dos grupos en cuanto a F1B Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, siendo el grupo c/sintomatología el que obtuvo una puntuación promedio significativamente mayor. No así en la puntuación total ni en sus otros dos factores: F2B Sentimientos negativos después de la sobreingesta y F3B Conductas compensatorias.

TABLA 2

GRUPOS	F1B	F2B	F3B	TOTAL BULIT
C/SINTOMATOLOGIA n= 29	$\bar{X}=17.17$ EE= 0.84	$\bar{X}=16.00$ EE= 1.42	$\bar{X}=3.66$ EE= 0.34	$\bar{X}=60.14$ EE= 2.79
CONTROL n= 29	$\bar{X}=15.30$ EE= 0.33	$\bar{X}=13.72$ EE= 0.59	$\bar{X}=3.42$ EE= 0.19	$\bar{X}=55.00$ EE= 1.54
VALOR DE t	2.08	1.49	0.65	1.61

Tabla 2. Comparación entre el grupo con sintomatología de trastorno alimentario y el grupo control en cuanto a los tres factores del BULIT y su puntuación total. * $p \leq 0.05$, \bar{X} = puntuación promedio, EE= error estándar.

Mientras que en el caso del EDI y sus ocho factores (Tabla 3), se observaron diferencias significativas entre el grupo c/sintomatología y el control respecto a la puntuación Total y seis de sus factores: F1D Miedo a madurar, F4D Motivación para adelgazar, F2D Insatisfacción corporal, F3D Bulimia, F6D Inefectividad y F8D Desconfianza interpersonal, siendo nuevamente el grupo c/sintomatología el que obtuvo mayores puntuaciones, por lo que podemos decir que este grupo se caracterizó por presentar mayor preocupación por la dieta y el peso, insatisfacción con su imagen corporal, temor a establecer relaciones interpersonales, y a los cambios que suponen la adultez, sentimientos de inadecuación, inseguridad o inutilidad y síntomas de bulimia nerviosa. Mientras que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en el caso de los factores: F5D Identificación interoceptiva y F7D Perfeccionismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3

GRUPOS	F1D	F2D	F3D	F4D	F5D	F6D	F7D	F8D	TOTAL EDI
C/SINTOMAT n= 29	$\bar{X}=12.79$ EE= 1.09	$\bar{X}=9.93$ EE= 1.30	$\bar{X}=1.14$ EE= 0.38	$\bar{X}=6.66$ EE= 0.81	$\bar{X}=4.48$ EE= 0.93	$\bar{X}=4.10$ EE= 0.39	$\bar{X}=8.59$ EE= 0.58	$\bar{X}=5.07$ EE= 0.76	$\bar{X}=53.07$ EE= 3.59
CONTROL n= 29	$\bar{X}=7.42$ EE= 0.79	$\bar{X}=5.09$ EE= 0.76	$\bar{X}=0.26$ EE= 0.12	$\bar{X}=3.05$ EE= 0.58	$\bar{X}=2.67$ EE= 0.44	$\bar{X}=2.91$ EE= 0.32	$\bar{X}=7.81$ EE= 0.56	$\bar{X}=3.07$ EE= 0.40	$\bar{X}=32.65$ EE= 1.90
VALOR DE t	4.09 ***	3.42 **	2.24 .	3.70 ***	1.75	2.40 .	0.93	2.51 .	5.46 ***

Tabla 3. Comparación entre el grupo con sintomatología de trastorno alimentario y el grupo control en cuanto a los ocho factores del EDI su puntuación total. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.001$, *** $p \leq 0.0001$. X= puntuación promedio, EE= error estándar.

Con base al análisis de correlación, es conveniente señalar que en cuanto a éste sólo se mencionarán los coeficientes $r \geq 0.30$. Así, al correlacionar los factores del BULIT con los del EAT (Tabla 4), se observó lo siguiente: F1B Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación tuvo una correlación positiva moderada con F5E Obsesiones y compulsiones y el total del EAT, lo que indica que a mayor presencia de atracones mayor obsesiones-compulsiones como: pesarse, consumir alimentos dietéticos y comer cada día los mismos alimentos.

Asimismo, F2B Sentimientos negativos después de la sobreingesta, mostró correlación positiva (útil para predecir) con F3E Preocupación por la comida; mientras que fueron moderadas con: F1E Motivación para adelgazar, F5E Obsesiones y compulsiones, F7E Conductas compensatorias y el Total del EAT. Lo que nos muestra que a mayor sentimiento de culpa después de la sobreingesta, mayor será su temor a engordar, su angustia alimentaria, las obsesiones y compulsiones, la práctica de conductas compensatorias como: tomar laxantes, hacer mucho ejercicio o vomitar después de la comida.

Por otro lado, el F3B (Conductas compensatorias) sólo correlacionó positivamente con F7E –que mide el mismo constructo– y con F5E Obsesiones y compulsiones, siendo

en ambos casos moderadas, lo que nos muestra que a mayor práctica de conductas compensatorias mayores obsesiones y compulsiones.

Por último, el total del BULIT correlacionó positivamente (útil para predecir) con F5E Obsesiones y compulsiones, y en forma moderada con: F3E Preocupación por la comida, F7E Conductas compensatorias, F1E Motivación para adelgazar y con el Total del EAT, lo que nos indica que a mayor sintomatología de bulimia mayores obsesiones y compulsiones, angustia alimentaria, conductas compensatorias y mayor deseo de reducir su peso corporal.

TABLA 4

EAT

BULIT	F1E	F2E	F3E	F4E	F5E	F6E	F7E	TOTAL
F1B	0.25 _.	0.17	0.24 _.	-0.06	0.31 _{..}	0.22	0.26 _.	0.31 _{..}
F2B	0.40 _{...}	0.06	0.52 _{....}	-0.23	0.37 _{...}	0.06	0.34 _{..}	0.36 _{..}
F3B	0.071	0.07	0.22	0.25 _.	0.35 _{..}	0.13	0.49 _{....}	0.25 _.
TOTAL	0.33 _{..}	0.08	0.40 _{...}	-0.01	0.50 _{....}	0.09	0.38 _{...}	0.34 _{..}

Tabla 4. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos al cruzar los factores del EAT con los del BULIT. * p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.01, *** p ≤ 0.001, **** p ≤ 0.0001.

Por otro lado, al correlacionar los factores del EDI con los del EAT (Tabla 5), se encontró que F1E Motivación para adelgazar (EAT) tuvo correlación positiva (útil para predecir) con el total del EDI y con F4D Motivación para adelgazar; mientras que sólo fueron moderadas con F2D Insatisfacción corporal y F1D Miedo a madurar, lo que nos indica que a mayor motivación para adelgazar, mayor insatisfacción corporal y miedo a las transformaciones que supone la maduración.

Asimismo, se observó que F3E Preocupación por la comida (EAT) se correlacionó de forma positiva (moderada) con el total del EDI y los factores: F2D Insatisfacción corporal, F4D Motivación para adelgazar, F5D Identificación de la interocepción y F6D Inefectividad, lo que nos indica que a mayor preocupación por la comida mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor incapacidad para identificar sus estados fisiológicos o emocionales, mayores deseos de adelgazar y sentimientos de inadecuación. Contrariamente, F4E del EAT (Presión social percibida) sólo se asoció con F8D Desconfianza interpersonal del EDI, siendo ésta útil para predecir, lo que nos indica que a mayor presión para aumentar su ingesta y peso corporal, mayor temor a establecer relaciones interpersonales.

Por otro lado, el F5E (Obsesiones y compulsiones) tuvo correlación positiva moderada con F3D Bulimia, F4D Motivación para adelgazar, F2D Insatisfacción corporal y con el Total del EDI, lo que nos indica que a mayores obsesiones y compulsiones, mayor sintomatología de bulimia, deseo de ser delgada e insatisfacción con la imagen corporal. Asimismo, el F7E (Conductas compensatorias) mostró correlación positiva moderada con el Total del EDI, F5D Identificación interoceptiva, F3D Bulimia, F4D Motivación para adelgazar y F6D Inefectividad, lo que nos indica que a mayor práctica de conductas compensatorias, mayor incapacidad para la identificación interoceptiva, sintomatología de bulimia, deseo de adelgazar y sentimientos de inadecuación.

Finalmente, el Total del EAT correlacionó positivamente (útil para predecir) con F4D Motivación para adelgazar y con el Total del EDI; mientras que sólo presentó correlación positiva moderada con F1D Miedo a madurar, F2D Insatisfacción corporal y F5D Identificación interoceptiva, lo que nos indica que a mayor sintomatología de anorexia mayor deseo de adelgazar, miedo a madurar, insatisfacción con su figura y mayor incapacidad para la identificación interoceptiva. Cabe señalar que F2E Evitación de alimentos engordantes y F6E Patrones y estilos alimentarios (EAT) no mostraron ninguna correlación con los factores del EDI.

TABLA 5

EAT	EDI								
	F1D	F2D	F3D	F4D	F5D	F6D	F7D	F8D	TOT.
F1E	0.36 ..	0.34 ..	0.28 .	0.64 ***	0.24 .	0.21	0.15	0.001	0.51 ****
F2E	-0.01	-0.04	0.01	0.22	0.05	-0.02	0.25 .	0.06	0.10
F3E	0.15	0.44 ****	0.25 .	0.45 ****	0.41 ****	0.33 ..	0.11	-0.01	0.48 ****
F4E	0.21	0.19	0.02	-0.05	0.12	0.12	0.09	0.58 ****	0.29 .
F5E	0.29 .	0.30 ..	0.43 ****	0.38 ..	0.24 .	0.03	0.03	-0.18	0.36 ..
F6E	0.10	0.13	0.05	0.25 .	0.12	0.25 .	0.01	0.17	0.23
F7E	0.17	0.28 .	0.39 ..	0.34 ..	0.48 ****	0.35 ..	0.22	-0.15	0.43 ****
TOT.	0.31 ..	0.32 ..	0.30 .	0.64 ****	0.33 ****	0.22	0.29 .	0.23	0.58 ****

Tabla 5. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos al cruzar los factores del EDI con los del EAT.

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$.

Asimismo, al correlacionar los factores del BULIT con los del EDI (Tabla 6), se observó que F1B Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación (BULIT) tuvo correlación positiva moderada con el total del EDI y con los siguientes factores: F3D Bulimia, F5D Identificación interoceptiva y F4D Motivación para adelgazar, lo que nos indica que a mayor presencia de atracones, mayor será la incapacidad para la identificación interoceptiva así como mayores deseos de adelgazar.

Por otro lado, F2B Sentimientos negativos después de la sobreingesta (BULIT) mostró una correlación importante (útil para predecir) con F4D motivación para adelgazar ($r = 0.62$, $p \leq 0.0001$), y moderada con F2D Insatisfacción corporal, F3D Bulimia, F8D Desconfianza interpersonal y el total del EDI, lo que nos indica que a mayor sensación de culpa posterior a la sobreingesta mayor será su deseo de adelgazar, así como mayor inconformidad con respecto a su aspecto físico y temor a establecer relaciones

interpersonales duraderas. En tanto, que F3B (Conductas compensatorias) también tuvo correlación positiva moderada con tres factores del EDI: F3D Bulimia, F5D Identificación interoceptiva, F7D Perfeccionismo y el Total del EDI, lo que nos muestra que a mayor práctica de conductas compensatorias mayor sintomatología de bulimia, incapacidad para la identificación interoceptiva y perfeccionismo.

Por último, el Total del BULIT presentó correlaciones positivas moderadas con F2D Insatisfacción corporal, F3D Bulimia, F5D Identificación de la intercepción, Total del EDI, y F4D Motivación para adelgazar, lo que nos indica que a mayor sintomatología de bulimia mayor será la inconformidad con su imagen corporal e incapacidad para la identificación interoceptiva, así como el deseo de adelgazar.

TABLA 6

BULIT	EDI								
	F1D	F2D	F3D	F4D	F5D	F6D	F7D	F8D	TOT.
F1B	0.23	0.25	0.43	0.37	0.41	0.24	0.24	-0.10	0.42
F2B	-0.13	0.47	0.40	0.62	0.23	0.03	0.20	-0.36	0.32
F3B	0.08	0.25	0.48	0.24	0.32	0.14	0.33	-0.10	0.34
TOTAL	0.07	0.41	0.46	0.50	0.33	0.14	0.15	-0.28	0.39

Tabla 6. Coeficientes de correlación (r de Pearson) obtenidos al cruzar los factores del EDI con los del BULIT. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$, **** $p \leq 0.0001$.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de la presente investigación fue determinar si existían diferencias significativas entre las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario y el grupo control, en cuanto a la presencia de los síntomas específicos de trastorno alimentario. El análisis de resultados en cuanto al EAT, arrojaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a sus siguientes factores: Motivación para adelgazar, Presión social percibida, Obsesiones y compulsiones, y Patrones y estilos alimentarios; mientras que en tres de ellos no se encontraron diferencias significativas: Evitación de alimentos engordantes, Preocupación por la comida y Conductas compensatorias. Al analizar minuciosamente lo anterior, podemos observar lo siguiente:

Motivación para adelgazar (F1). En cuanto a este factor, podemos mencionar que en el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 10.00 \pm 0.57$) se observó una mayor preocupación por la obesidad o sobrepeso, así como un mayor deseo de adelgazar, en comparación con las del grupo control ($\bar{x} = 5.65 \pm 0.59$).

Al respecto, es importante retomar la investigación realizada por Uribe (2000), quien hizo una caracterización de los rasgos o componentes de trastorno alimentario en una muestra comunitaria de estudiantes mexicanas utilizando también los instrumentos EAT y BULIT. Al comparar estos datos con los de la presente investigación, podemos observar que la puntuación promedio obtenida en este factor por las estudiantes de danza del grupo con sintomatología fue similar a la del grupo con sintomatología de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 9.67 \pm 0.23$) evaluada por Uribe (Ver tabla 7). No así, respecto a los grupos control de cada investigación, en donde el grupo control de las estudiantes de danza obtuvo una mayor puntuación promedio que el grupo control de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 2.49 \pm 0.20$). Lo que nos parece denotar, que en general, las estudiantes de danza parecen estar más preocupadas por su figura y su peso, aún las que no presentan sintomatología de trastorno alimentario. Esto es algo que de alguna forma se esperaba, ya que actualmente se reconoce que la danza es una actividad en la que el cuerpo y la figura son centrales, es decir, que

esta actividad prescribe el mantenimiento de una figura delgada, debido a que el cuerpo es su herramienta básica de trabajo.

Esto se corrobora con lo que mencionan algunos autores (Toro, 1996; Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996), respecto a que en la danza así como en algunas disciplinas deportivas, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asentando poco a poco en el concepto de rendimiento, en el cual se considera que el cuerpo delgado permite mayor eficacia motora (velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.), pero también mayor valoración estética, hecho cada vez más frecuente en los últimos años. Por lo que las bailarinas tienen una excesiva preocupación por el peso, tanto a través de un gran deseo de perderlo, así como un desmesurado temor a ganarlo.

TABLA 7

EAT

FACTORES	DELGADO Y VILLEGAS		URIBE (2000)	
	C/SÍNTOMA.	G/CONTROL	C/SÍNTOMA.	G/CONTROL
	Danza	Danza	Comunitaria	Comunitaria
F1	10.00 ± 0.57	5.65 ± 0.59 ↑ **	9.67 ± 0.23	2.49 ± 0.20 ↓ **
F2	2.00 ± 0.39	1.28 ± 0.30 ↑	2.31 ± 0.15	0.34 ± 0.05 ↓ **
F3	0.41 ± 0.28 ↓	0.26 ± 0.11	1.88 ± 0.15 ↑	0.27 ± 0.05 **
F4	2.86 ± 0.50 ↑	1.72 ± 0.33 ↑ *	2.27 ± 0.18 ↓	1.3 ± 0.12 ↓ **
F5	2.28 ± 0.37 ↓	1.42 ± 0.18 ↓ *	2.80 ± 0.03 ↑	1.75 ± 0.08 ↑ **
F6	2.55 ± 0.29 ↓	1.77 ± 0.22 ↓ *	3.00 ± 0.15 ↑	2.07 ± 0.12 ↑ **
F7	6.90 ± 0.37 ↑	4.65 ± 0.21 ↑	0.46 ± 0.08 ↓	0.02 ± 0.01 ↓ **
TOTAL	31.93 ± 1.74	19.33 ± 1.13 ↑ *	35.39 ± 0.5 ↑	13.49 ± 0.37 **

Tabla 7. Puntuación promedio ± error estándar del grupo con sintomatología de trastorno alimentario y el grupo control en cuanto a los siete factores del EAT, de la población de danza y la comunitaria. * p ≤ 0.05, ** p ≤ 0.001

Nota: Los coeficientes de probabilidad señalados refieren a los obtenidos originalmente por las investigaciones, al comparar a sus respectivos grupos experimentales (con sintomatología) y grupos control.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Presión social percibida. En cuanto a este factor, podemos mencionar que las bailarinas con sintomatología de trastorno ($\bar{x} = 2.86 \pm 0.50$) reportaron percibir mayor presión social respecto a que su entorno les denuncia que están demasiado delgadas, y por lo tanto, suelen ser presionadas para que aumenten su peso corporal y su ingesta de alimento, a comparación del grupo control ($\bar{x} = 1.72 \pm 0.33$).

Al comparar estos datos con los obtenidos en la investigación de Uribe (2000) respecto a este factor (tabla 7), observamos que las puntuaciones obtenidas por ambos grupos de danza sólo fueron ligeramente mayores a las obtenidas en el caso de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 2.27 \pm 0.18$ y $\bar{x} = 1.30 \pm 0.12$, respectivamente). Esto es contrario a lo que suponíamos-, ya que esperábamos que las puntuaciones de las bailarinas fueran mayores. Lo que, sólo nos indica la posibilidad de que las estudiantes de danza podrían sentirse angustiadas, debido a que por un lado su entorno familiar está preocupado por su extrema delgadez, por lo que las presionan para que aumenten su ingesta, y por otro lado, parece ser que su entorno académico les exige un cuerpo delgado, ya que en el caso de esta población es conocido que de quien reciben mayor presión para que adelgacen es de parte de sus profesores y entrenadores (Gordon, cit. en Toro, 1996). Incluso, a este respecto, Vicent denunció que los profesores de danza exigen a sus alumnos pesos extremadamente bajos, aún cuando están en pleno proceso de maduración puberal (cit. en Toro, 1996).

Obsesiones y compulsiones (F5). Se pudo observar que el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 2.28 \pm 0.37$) presentó mayores obsesiones y compulsiones con relación al cuerpo, el peso y la comida, en comparación con las del grupo control ($\bar{x} = 1.42 \pm 0.18$).

Comparando estos datos con los obtenidos en la muestra comunitaria de Uribe (2000), se pudo observar que las puntuaciones promedio obtenidas por el grupo con sintomatología así como el control de su estudio ($\bar{x} = 2.80 \pm 0.03$ y $\bar{x} = 1.75 \pm 0.08$, respectivamente) fueron sólo ligeramente mayores que las de las bailarinas. Esto es contrario a lo que suponíamos, ya que por ser las bailarinas una población de alto riesgo esperábamos que ellas estuvieran más obsesionadas con la comida y la actividad de comer,

así como que incurrieran en auténticos rituales con ribetes obsesivos compulsivos, como pesarse varias veces al día, comer regularmente los mismos alimentos, que en su mayoría son dietéticos (los llamados *light*), (Kaplan y Sadock, 1994).

Patrones y estilos alimentarios (F6). Las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario ($\bar{x} = 2.55 \pm 0.29$) se caracterizaron por presentar una alimentación más lenta y clandestina, en comparación con las del grupo control ($\bar{x} = 1.77 \pm 0.22$).

Comparando estos resultados con la población del estudio de Uribe (2000), se pudo observar que su población obtuvo puntuaciones promedio sólo ligeramente mayores, tanto en el grupo con sintomatología ($\bar{x} = 3.00 \pm 0.15$) como en el grupo control ($\bar{x} = 2.07 \pm 0.12$), (tabla 7). Lo que nos indica que nuestra población de estudiantes de danza no se caracterizó por presentar patrones y estilos alimentarios estereotipados, como son: comer demasiado lento y masticar excesivamente los alimentos, incomodidad ante el hecho de comer en lugares públicos o con otras personas, así como comer siempre los mismos alimentos.

Lo anterior resulta contradictorio con lo que mencionan Barber *et al.* (1995), respecto a que estas transformaciones de la conducta alimentaria son el resultado de los estados de semi-inanición, que incluyen: mayor obsesión en relación con la comida, acumulación de alimentos, sobrealimentación, preferencias peculiares en lo que respecta a los sabores e hiperconsumo de sustancias, tales como café o goma de mascar.

Total del EAT. El grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 31.93 \pm 1.74$) presentó mayor sintomatología de la anorexia nerviosa, en comparación con las bailarinas del grupo control ($\bar{x} = 19.33 \pm 1.13$).

Comparando los datos de la presente investigación con los obtenidos por Uribe (2000), podemos observar que la puntuación obtenida por el grupo con sintomatología de esta población ($\bar{x} = 35.39 \pm 0.50$) fue ligeramente mayor que la del grupo con sintomatología de las estudiantes de danza (tabla 7). Mientras que contrariamente, la puntuación del grupo control de estudiantes de danza fue mayor a la de su contraparte de la población

comunitaria ($\bar{x} = 13.49 \pm 0.37$). Por lo que podríamos decir que las bailarinas están más propensas a desarrollar sintomatología de anorexia nerviosa. Lo cual se corrobora con lo encontrado por Vázquez, et al. (2000), quienes evaluaron la presencia de trastorno alimentario entre estudiantes de danza, encontrando que la anorexia nerviosa fue más frecuente (19%), y sólo un 4% recibió el diagnóstico de bulimia nerviosa. Asimismo, con lo que señalan Garner y Garfinkel (1981), quienes mencionan que las estudiantes de danza tienen siete veces mayor probabilidad de desarrollar anorexia nerviosa que otras estudiantes.

Evitación de alimentos engordantes (F2). En este factor no hubo diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 2.00 \pm 0.39$) y el grupo control ($\bar{x} = 1.28 \pm 0.30$).

Sin embargo al comparar estos resultados con los de la población comunitaria (Uribe, 2000), se observó que la puntuación obtenida por el grupo con sintomatología de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 2.31 \pm 0.15$) fue ligeramente mayor que la del grupo con sintomatología de las bailarinas (tabla 7); no así respecto a los grupos control de cada investigación, ya que el grupo control de las bailarinas obtuvo una puntuación mayor que la del grupo control de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 0.34 \pm 0.05$). Lo que nos indica que las estudiantes de danza se caracterizan por evitar el consumo de alimentos hipercalóricos. Según Duker y Slade (1999), las personas anoréxicas se distinguen por practicar una dieta restrictiva, a pesar de estar muy delgadas, por lo que siempre están vigilando la cantidad de calorías o "saltándose" comidas. Sin embargo, posteriormente este patrón puede llegar a derivar en la conducta de ayuno, con la consecuente reducción de peso corporal (Corona, 1998; Raich, 1994). Incluso, Crispo *et al.* (1996) mencionan que la dieta restrictiva o el ayuno es la obertura pública del trastorno alimentario.

De acuerdo con Turón (1997), la anoréxica comienza contando las calorías de cada uno de los alimentos que ingiere, esto con la finalidad de no consumir productos "engordantes" como los hidratos de carbono y glúcidos, y no subir de peso. Así, pasan de una dieta moderadamente baja en calorías a otra francamente hipocalórica y comienzan a reducir lo que culturalmente se consideran alimentos "que engordan".

Esto es corroborado por la investigación realizada por Calabrese et al. (1983), quienes registraron los hábitos alimentarios de 25 bailarinas de una importante compañía de ballet profesional. Encontrando que el 75% de ellas consumía menos del 85% de calorías necesarias, el 40% ingería menos del 66% y el 20% menos del 50%, de modo tal que los déficits de todos los nutrientes eran muy elevados.

Preocupación por la comida (F3). En este factor no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 0.41 \pm 0.28$) y el grupo control ($\bar{x} = 0.26 \pm 0.11$) de bailarinas.

Comparando estos resultados con los de la población comunitaria (Uribe, 2000), se puede observar que los puntajes obtenidos de esta población tanto del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 1.88 \pm 0.15$) como del grupo control ($\bar{x} = 0.27 \pm 0.05$) son mayores que los registrados en las bailarinas, lo cual nos indica que si bien las bailarinas experimentan angustia ante la posibilidad de que aumente su peso corporal, no sienten que los alimentos controlen su vida, así como no ocupan demasiado tiempo pensando en ellos.

Conductas compensatorias (F7). En este factor tampoco hubo diferencias entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 6.90 \pm 0.37$) y el grupo control ($\bar{x} = 4.65 \pm 0.21$).

Comparando estos resultados con los de la población comunitaria (Uribe, 2000), se pudo observar que tanto el grupo con sintomatología como el grupo control de las estudiantes de danza obtuvieron mayores puntuaciones que las de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 0.46 \pm 0.08$ y $\bar{x} = 0.02 \pm 0.01$, respectivamente). Esto nos lleva a pensar que las bailarinas presentan en su mayoría sintomatología de la anorexia del tipo compulsivo /purgativo, ya que si bien reportan la práctica de conductas compensatorias, ésta no se asocia con la sobreingesta, sino que aparentemente éstas están más en función de una sobrevalorada percepción de las cantidades de alimento, por lo que si no logran mantener una conducta lo suficientemente restrictiva como para lograr su objetivo de reducir su peso

corporal, pueden practicar las conductas compensatorias. Esto corrobora lo señalado por Abraham (1996), quien encontró que las bailarinas practicaban la autoinducción del vomito y abusaban de los laxantes, así como otros métodos de control de peso, aunque resaltando su práctica en ausencia de la conducta de sobreingesta.

Respecto a lo anterior, Landry (1996) menciona que los atletas pueden establecer prácticas enfermizas para controlar su peso, particularmente en los deportes donde la delgadez juega un papel importante, entre éstos están: los animadores (porristas), bailarinas (especialmente las de ballet), corredores, buzos, patinadores, gimnastas y luchadores. Algunos de ellos usan prácticas extremas para la pérdida de peso, incluyendo: sobre-ejercicio, ayunos prolongados, provocación del vomito, consumo de laxantes, diuréticos, píldoras, drogas lícitas o ilícitas, trajes de hule, baños de vapor o sauna, etc.

Por otro lado, respecto a los datos del BULIT, se observó que sólo hubo diferencias significativas entre los dos grupos en un factor: Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación. Al analizar minuciosamente lo anterior, se observa lo siguiente (ver Tabla 8):

Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación. Respecto a este factor, el grupo de estudiantes de danza con sintomatología manifiesta una mayor práctica de atracones ($\bar{x} = 17.17 \pm 0.84$) que las jóvenes del grupo control ($\bar{x} = 5.30 \pm 0.33$).

Al comparar estos datos con los de la muestra comunitaria de Uribe (2000), se pudo observar que ambos grupos de la población comunitaria obtuvieron mayores puntuaciones que ambos grupos de bailarinas ($\bar{x} = 31.36 \pm 0.33$ para el grupo con sintomatología y $\bar{x} = 17.01 \pm 0.23$ para el control). Debemos subrayar, que la puntuación del grupo con sintomatología de las bailarinas fue similar a la del grupo control de la muestra comunitaria, lo cual nos corrobora que nuestra muestra de bailarinas no se caracterizó por la presencia de atracones, ni por la sensación de pérdida de control sobre el impulso alimentario. Al respecto, Sánchez (2001) menciona que a pesar de que sus resultados indicaron una alta frecuencia de episodios de sobreingesta, ésta podría no tratarse de la sobreingesta asociada a la

sintomatología bulímica, de modo que no supone una ingesta de grandes cantidades de alimentos "real", sino más de la percepción ó sensación de "haber comido demasiado".

Sentimientos negativos después de la sobreingesta. En este factor no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 16.00 \pm 1.42$) y el grupo control ($\bar{x} = 13.72 \pm 0.50$). Lo que nos llevaría a pensar, de primer momento, que las bailarinas en general se caracterizan por tener sentimientos negativos, de malestar, ansiedad o culpa posteriores a que sucedió el atracón. Sin embargo, al comparar estos resultados con los obtenidos por Uribe (2000), podemos observar que su grupo con sintomatología tuvo una puntuación ampliamente mayor ($\bar{x} = 22.70 \pm 0.29$) que la del grupo con sintomatología de estudiantes de danza; mientras que la de su grupo control ($\bar{x} = 12.66 \pm 0.20$) fue semejante a la de nuestro grupo control de bailarinas. Lo que en realidad nos indica, es que las bailarinas no se caracterizan por experimentar sentimientos negativos posteriores a que sucedió el "atracción", y se corrobora con lo encontrado en el factor anterior, ya que como antes se dijo, las bailarinas no se caracterizaron por la ingestión episódica, descontrolada y compulsiva de grandes cantidades de alimento, por consecuencia, no presentan sentimientos de culpa, depresión o pensamientos auto-despreciativos posteriores a éstos.

Conductas compensatorias. En este factor tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 3.66 \pm 0.34$) y las del grupo control ($\bar{x} = 3.42 \pm 0.19$). Al comparar estos resultados con los obtenidos por Uribe (2000) en su estudio, podemos observar que las puntuaciones obtenidas tanto de su grupo con sintomatología ($\bar{x} = 6.92 \pm 0.19$) como de su grupo control ($\bar{x} = 4.80 \pm 0.80$), fueron mayores que las obtenidas en la muestra de bailarinas.

Como podemos notar, estos datos reflejan mínima presencia de conductas compensatorias en nuestra muestra de bailarinas y mayor presencia en la muestra de Uribe, lo que contradice lo reportado anteriormente en cuanto a esta misma escala pero del EAT, hecho que sin duda supone que en un futuro deban contrastarse las propiedades psicométricas de ambas escalas. Esto aunado a que la investigación de Sánchez (2001)

reporta que su muestra de estudiantes de danza presentó una baja frecuencia del empleo de conductas compensatorias.

Total del BULIT: En este factor tampoco se encontraron diferencias significativas entre el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 60.14 \pm 2.79$) y las del grupo control ($\bar{x} = 55.0 \pm 1.54$). Al comparar estos datos con los de la muestra comunitaria de Uribe (2000), se pudo observar que las puntuaciones obtenidas tanto en el grupo con sintomatología como del grupo control de su estudio fueron mayores que las obtenidas por nuestra muestra de bailarinas ($\bar{x} = 100.25 \pm 0.68$ y $\bar{x} = 62.03 \pm 0.5$, respectivamente). Lo cual, en términos generales, nos indica que las bailarinas no se caracterizan por presentar sintomatología de la bulimia nerviosa, como la sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación, sentimientos negativos después de la sobreingesta y conductas compensatorias.

TABLA 8

FACTORES	DELGADO Y VILLEGAS		URIBE (2000)	
	C/SINTOMA	G/CONTROL	C/SÍNTOMA	G/CONTROL
	Danza	Danza	Comunitaria	Comunitaria
F1	17.17 ± 0.84↓	5.30 ± 0.33 ↓*	31.36 ± 0.36↑	17.01 ± 0.23 ↑**
F2	16.00 ± 1.42↓	13.72 ± 0.50	22.70 ± 0.29↑	12.66 ± 0.20 **
F3	3.66 ± 0.34↓	3.42 ± 0.19↓	6.92 ± 0.19↑	4.80 ± 0.80 ↑**
TOTAL	60.14 ± 2.79↓	55.0 ± 1.54↓	100.25 ± 0.68↑	62.03 ± 0.50↑ **

Tabla 8. Puntaje promedio ± error estándar del grupo con sintomatología de trastorno alimentario y grupo control, en cuanto a los tres factores del BULIT, de la muestra de danza y la muestra comunitaria. *p ≤ .05, **p ≤ .0001

Nota: Los coeficientes de probabilidad señalados refieren a los obtenidos originalmente por las investigaciones, al comparar a sus respectivos grupos experimental (con sintomatología) y grupo control.

Esto se corrobora con lo encontrado en algunas investigaciones previas (Ocampo et al., 2000; Sánchez, 2001; López, 2001), respecto a que la bulimia nerviosa y su sintomatología es menos frecuente entre las estudiantes de danza. Al respecto, es

importante retomar lo que menciona Vázquez et al. (2000), respecto a que dada la baja presencia de "síntomatología bulímica" entre las bailarinas, no parece pertinente la aplicación del BULIT en estudiantes de danza que inician o que son niñas o prepúberes.

Por otro lado, respecto a los datos del EDI, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la puntuación total y sus siguientes factores: Miedo a madurar, Insatisfacción corporal, Bulimia, Motivación para adelgazar, Inefectividad y Desconfianza interpersonal; mientras que en dos de ellos no se encontraron diferencias significativas: Identificación interoceptiva y Perfeccionismo. Al analizar minuciosamente lo anterior (Tabla 12), podemos observar lo siguiente:

Miedo a madurar. En cuanto a este factor, podemos mencionar que en el grupo estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 12.79 \pm 1.09$) se observó un mayor deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta, en comparación con las del grupo control ($\bar{x} = 7.42 \pm 0.79$).

Al retomar la investigación realizada por Martínez, Medina y Quiroz (1997), quienes valoraron la ocurrencia de sintomatología de trastorno alimentario (Anoréxica y/o Bulímica) en una población de estudiantes mexicanas con base a los mismos instrumentos aquí empleados (EAT, BULIT y EDI). Podemos observar que las puntuaciones obtenidas tanto por el grupo con sintomatología como por el grupo control de la muestra de estudiantes de danza fueron más altas que las del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 5.70 \pm 0.30$) y el grupo control ($\bar{x} = 4.20 \pm 0.20$) de su muestra comunitaria (tabla 9). Lo que nos lleva a concluir que las bailarinas en general tienen un deseo exacerbado de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, por lo cual tienden a tener problemas en el desarrollo de la autonomía e independencia.

Esto puede deberse, a que para las estudiantes de danza la adolescencia representa un período excesivamente estresante, ya que es precisamente en esta etapa cuando se presentan importantes cambios físicos que vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, lo que finalmente le da al cuerpo una "forma de mujer",

para ellas éste puede ser un factor precipitante para desarrollar sintomatología de trastorno alimentario, debido a que esta transición puede resultarles contraria a su deseo de presentar una figura delgada, la cual requieren para su profesión. Esto se corrobora con lo señalado por Vázquez et al. (2000), quienes encontraron que el grupo con trastorno alimentario presentó mayor miedo a madurar. Respecto a esto, Freedson (1988) menciona que las características de un físico ideal para una bailarina son ser alta y muy delgada, es decir que para ser exitosas tienen que adecuarse a estándares morfológicos específicos, lo que nos lleva a pensar que si los cambios en el desarrollo corporal se presentan como amenazantes para las estudiantes de danza, entonces podemos decir que esta dificultad para adaptarse podría ser un factor de riesgo para desarrollar un trastorno alimentario.

Insatisfacción corporal. En cuanto a este factor, podemos mencionar que el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 9.93 \pm 1.30$) reflejó mayor inconformidad con respecto al aspecto físico en general o a algunas partes del cuerpo, en comparación con el grupo control ($\bar{x} = 5.09 \pm 0.76$). Al comparar estos datos con los del estudio de Martínez et al. (1997), podemos observar que las puntuaciones tanto del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 10.3 \pm 0.40$) como del grupo control ($\bar{x} = 5.30 \pm 0.20$) de la muestra comunitaria son similares a los de nuestra muestra de bailarinas. Lo cual nos indica que la insatisfacción corporal no es necesariamente una característica específica de las estudiantes de danza, sino que puede ser de igual magnitud para las personas que presentan sintomatología de trastorno alimentario. Sin embargo, esto es contrario a lo que menciona Raich (1998), respecto a que aquellos grupos que por motivos profesionales se imponen estándares de peso bajo (modelaje o danza), son poblaciones que muestran mayor insatisfacción con su imagen corporal.

Esto quizá sea promovido por la misma cultura que idealiza la figura delgada, ya que como mencionan Toro et al. (1994), ésta establece normas y valores que determinan ciertas actitudes y conductas respecto a la figura corporal, talla y peso, y particularmente durante la adolescencia.

Es importante mencionar que culturalmente se tiene la creencia de que lo ideal es tener un cuerpo en el que se acentúe la delgadez, que un cuerpo "bello" posee una simetría adecuada, y que las personas que tienen un cuerpo así representan modelos de "buena salud" (Virseda, 1995). Por lo que generalmente se encuentra que la mayoría de las mujeres están inconformes con la silueta de su cuerpo, lo que se ve reforzado por la publicidad, que tiende a exaltar la idealidad de un cuerpo delgado, esto pese a que en términos generales, representa algo inalcanzable por la mayoría de la gente. Lo anterior, aunado a que las personas con algún trastorno alimentario tienden a ser más receptivas a los mensajes de los medios masivos de comunicación, así como a la constante presión que suelen ejercer sobre ellas sus ambientes familiares y sociales (Román, Mancilla, Alvarez y López, 1998).

Bulimia. En cuanto a este factor, podemos mencionar que las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario muestran mayor sintomatología de bulimia nerviosa ($\bar{x} = 1.14 \pm 0.38$) que las bailarinas del grupo control ($\bar{x} = 0.26 \pm 0.12$).

Sin embargo, al comparar estos datos con los obtenidos en la investigación de Martínez et al. (1997), podemos observar que las puntuaciones obtenidas tanto por su grupo con sintomatología ($\bar{x} = 2.50 \pm 0.10$) como su grupo control ($\bar{x} = 0.70 \pm 0.90$) fueron mayores que las obtenidas por su contraparte de nuestra muestra de estudiantes de danza. Lo cual nos indica y corrobora lo encontrado con el BULIT, respecto a que éstas no se caracterizan por la presencia de sintomatología de la bulimia nerviosa. Es decir, que en esta población es menos frecuente la sobreingesta, pérdida de control sobre la ingesta y el uso de conductas compensatorias. Aquí es importante mencionar, que aunque en el EAT se encontró que las bailarinas practican conductas compensatorias, está comprobado que el BULIT es un mejor instrumento para medir este factor (Alvarez, 2000). Lo que además corrobora lo encontrado por Sánchez (2001), en cuanto a que la bulimia nerviosa es un trastorno menos frecuente entre las estudiantes de danza.

Motivación para adelgazar. En cuanto a este factor, podemos mencionar que las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario ($\bar{x} = 6.66 \pm 0.81$) reflejan

una excesiva preocupación por la dieta y el peso, así como un gran deseo de perderlo y un desmesurado temor a ganarlo, en comparación con el grupo control ($\bar{x} = 3.05 \pm 0.58$).

Al comparar estos datos con los obtenidos por Martínez et al. (1997) respecto a este factor, se observó que las puntuaciones tanto del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 7.00 \pm 0.40$) como del grupo control ($\bar{x} = 3.70 \pm 0.20$) de su muestra fueron similares a las obtenidas por la muestra de bailarinas. Lo cual es contrario a lo que suponíamos, ya que al ser la danza una profesión en la que la delgadez es un valor primordial, considerábamos que las bailarinas iban a reflejar una mayor obsesión por la delgadez, en comparación con la población en general.

No obstante, es importante mencionar que los resultados obtenidos en este factor también son contradictorios a los obtenidos en el EAT, pero siendo este último mejor instrumento para la detección de sintomatología, podemos concluir que las bailarinas con o sin sintomatología están más preocupadas por su figura y su peso. Esto quizá se deba a que la danza forma parte de una subcultura, dentro de la cual existe una sobrevaloración de la delgadez, por lo cual las bailarinas se esfuerzan constantemente por permanecer delgadas, debido a lo cual tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario, que la población en general. El recurso más utilizado por ellas son las dietas restrictivas, las cuales implican la práctica estricta de un régimen alimenticio que deben seguir durante periodos prolongados de tiempo, por lo que requieren una gran disciplina y un autocontrol, pues restringen notablemente la elección de alimentos (Matey, 1998)

Inefectividad. En cuanto a este factor, podemos mencionar que el grupo de estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 4.10 \pm 0.39$) presenta mayores sentimientos de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre su propia vida, en comparación con las del grupo control ($\bar{x} = 2.91 \pm 0.32$).

Al comparar estos datos con los obtenidos en la investigación de Martínez et al. (1997), podemos observar que la puntuación obtenida por el grupo con sintomatología de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 5.70 \pm 0.35$) es más alto que el del grupo con sintomatología de

las bailarinas. No así en lo que respecta a los grupos control de cada investigación, en donde el grupo control de las estudiantes de danza obtuvo una puntuación promedio ligeramente mayor que el grupo control de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 2.00 \pm 0.10$). Lo anterior nos indica que a pesar de que el grupo con sintomatología de la muestra comunitaria reporta una mayor ineffectividad que su contraparte de estudiantes de danza, no ocurre así con los grupos control, ya que las estudiantes de danza –sin sintomatología- obtienen un puntaje mayor, por lo que podríamos decir que las bailarinas –independientemente de la presencia de sintomatología de trastorno alimentario- son más propensas a presentar sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad, falta de control sobre su propia vida, generalizándose hacia un temor a perder el control sobre su cuerpo y su conducta alimentaria.

Esto puede deberse – de acuerdo con Baz (1996)- a que la danza es una actividad donde existe un interés focalizado en el físico, el peso (tamaño y forma) y en grandes expectativas de logro, por lo que las bailarinas tienen una tendencia al perfeccionismo. El sufrimiento y sensación de ineficacia las hace más exigentes al punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de la perfección también se desplaza al peso corporal, donde para alcanzar esta perfección es preciso mantener el cuerpo ideal a cualquier precio, pero paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo sus recursos. Al respecto, la misma autora refiere lo enunciado por una bailarina: "la bailarina ideal es aquella sin sexualidad, aquella que pudiera dominar sus instintos a un grado total". El fracaso provoca un "odio contra uno mismo" solo la represión garantiza que el cuerpo no se afee, no se degrade. Por momentos "lograba abstenerme de todo y sentirme entonces bella". El ascetismo que describe es la modificación del cuerpo, un entrenamiento sin cuartel y junto con la privación "una terrible lucha sobre todo por no comer, por vencer el deseo de no comer" .

Desconfianza interpersonal. En cuanto a este factor, podemos mencionar que las estudiantes de danza con sintomatología ($\bar{x} = 5.07 \pm 0.76$) reflejan mayor aversión

generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas, en comparación con el grupo control ($\bar{x} = 3.07 \pm 0.40$).

Al comparar estos datos con los obtenidos en la investigación de Martínez et al. (1997), podemos observar que la puntuación promedio obtenida por las bailarinas del grupo con sintomatología fue similar a la del grupo con sintomatología de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 5.70 \pm 0.30$). No así respecto a los grupos control de cada investigación, en donde el de las bailarinas obtuvo una mayor puntuación que el de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 2.00 \pm 0.10$). Esto nos indica que las bailarinas –independientemente de la presencia de sintomatología de trastorno alimentario- tienen mayor sentimiento de resistencia a establecer relaciones cercanas, así como mayor tendencia a negarse a expresar a los demás sus sentimientos o pensamientos. Sin embargo, de acuerdo con Raich (1994) estas conductas tienden a mantener la ansiedad por su apariencia, ya que se preocupan sobre las cualidades que se pueden derivar de la misma, por lo que evitan situaciones sociales en las que creen que los demás se fijarán en su defecto o serán rechazadas por su apariencia.

Identificación interoceptiva. En cuanto este factor no se encontraron diferencias significativas entre las estudiantes de danza del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 4.48 \pm 0.93$) y el grupo control ($\bar{x} = 2.67 \pm 0.44$).

Al comparar estos datos con los obtenidos en la investigación de Martínez et al. (1997), podemos observar que sólo existen diferencias en cuanto a los grupos con sintomatología, en donde el grupo de la muestra comunitaria ($\bar{x} = 5.80 \pm 0.20$) obtuvo una puntuación ligeramente mayor que su contraparte de bailarinas, lo que nos indica que la incapacidad para identificar y diferenciar sensaciones internas de hambre y saciedad pueden ser características de las personas con síntomas de trastorno alimentario, y no parece relacionarse específicamente con la disciplina dancística.

Perfeccionismo. En cuanto a este factor, no se encontraron diferencias significativas entre las estudiantes de danza del grupo con sintomatología ($\bar{x} = 8.59 \pm 0.58$) y las del grupo control ($\bar{x} = 7.81 \pm 0.56$).

TABLA 9

EDI

FACTORES	DELGADO Y VILLEGAS		MARTINEZ ET AL (1997)	
	C/SÍNTOMA.	G/ CONTROL	C/ SINTOMA	G/ CONTROL
	Danza	Danza	Comunitaria	Comunitaria
F1	12.79 ± 1.09↑	7.42 ± 0.79↑ ***	5.7 ± 0.3↓	4.2 ± 0.2↓
F2	9.93 ± 1.30	5.09 ± 0.76 **	10.3 ± 0.4	5.3 ± 0.2
F3	1.14 ± 0.38↓	0.26 ± 0.12↓ *	2.5 ± 0.1↑	0.7 ± 0.9↑
F4	6.66 ± 0.81	3.05 ± 0.58 ***	7.0 ± 0.4	3.7 ± 0.2
F5	4.48 ± 0.93↓	2.67 ± 0.44	5.8 ± 0.2↑	3.0 ± 0.1
F6	4.10 ± 0.39↓	2.91 ± 0.32↑ *	5.7 ± 0.35↑	2.0 ± 0.1↓
F7	8.59 ± 0.58↑	7.81 ± 0.56↑	6.5 ± 0.2↓	6.3 ± 0.2↓
F8	5.07 ± 0.76	3.07 ± 0.40↑ *	5.7 ± 0.3	2.0 ± 0.1↓
TOTAL	53.07 ± 3.59↑	32.65 ± 1.90↑	47.9 ± 1.46↓	28.4 ± 0.90↓

Tabla 9. Comparación del puntaje promedio ± error estándar del grupo con sintomatología de trastorno alimentario y grupo control, en cuanto a los ocho factores del EDI de la población de danza y la comunitaria.

* p ≤ .05, ** p ≤ .001, *** p ≤ .0001.

Nota: Los coeficientes de probabilidad señalados refieren a los obtenidos originalmente por las investigaciones, al comparar a sus respectivos grupos experimental (con sintomatología) y grupo control.

Sin embargo, al contrastar estos datos con los de la investigación de Martínez et al. (1997), observamos que el grupo con sintomatología (6.50 ± 0.20) y el grupo control (6.30 ± 0.20) de la muestra comunitaria obtuvieron menores puntuaciones que ambos grupos de la muestra de bailarinas. Esto nos indica que las bailarinas presentan mayores expectativas sobre los posibles logros personales y un énfasis sobre el éxito. Al respecto, es

importante mencionar que en diversas investigaciones que han analizado el factor perfeccionismo en poblaciones mexicanas, no se ha encontrado una relación consistente de éste con la presencia de sintomatología anoréxica o bulímica (Martínez et al. 1997; Alvarez, Franco, Mancilla, Alvarez y López, 2000), lo que nos lleva a pensar que este factor puede ser más característico de las estudiantes de danza, que de las jóvenes mexicanas con sintomatología de trastorno alimentario. Lo anterior corrobora lo mencionado por Baz (1996), en cuanto a que la aspiración de una bailarina es "dominar" la técnica, y en última instancia "dominar" su cuerpo, lo que le exige ejercer una severa autodisciplina en su entrenamiento y un control sobre otras esferas de su vida, particularmente sobre su dieta.

Por otro lado, al obtener el coeficiente de correlación respecto a los factores del EAT y BULIT, se observó que la sobreingesta y sensación de pérdida de control tuvo una asociación positiva con las obsesiones y compulsiones, lo que nos indica que la sensación de pérdida del control sobre la ingesta hace más probable que se presenten conductas estereotipadas respecto a la alimentación.

Asimismo, los sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta se asociaron positivamente con la preocupación por la comida, motivación para adelgazar, obsesiones y compulsiones, y conductas compensatorias, lo cual nos indica, que en las bailarinas el deseo de estar delgadas se asocia con mayor obsesión respecto a su alimentación y a una mayor probabilidad de experimentar sentimientos de culpabilidad posteriores a la ingesta, patrones estereotipados de alimentación, así como la práctica de conductas compensatorias. Así, parece ser que en estas jóvenes su principal tema de interés es la comida, restándole importancia a otras áreas; asimismo, reconocen tener hambre pero expresan miedo a perder el control sobre la ingesta si ingieren un bocado más de lo propuesto, además se preocupan por aprender el contenido calórico exacto de cada alimento, pesan cada ración de comida que van a ingerir y se acostumbran a pesar ante la más mínima sospecha de aumento de peso (Kaplan y Sadock, 1994).

En cuanto a las conductas compensatorias, éstas se asociaron positivamente con las obsesiones y compulsiones, lo que nos indica que el presentar patrones estereotipados

respecto a la alimentación y pesarse continuamente se asocia a una mayor probabilidad de practicar conductas compensatorias.

Por último, el total del BULIT se asoció positivamente con preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones, conductas compensatorias y motivación para adelgazar, lo que nos refiere que ante el mayor deseo de ser delgadas y el temor al sobrepeso, las bailarinas presentan mayor obsesión con su alimentación. Al respecto, existen evidencias en la literatura en cuanto a que los pensamientos obsesivos y conductas compulsivas están asociadas a la presencia de ayuno, restricción alimentaria, sobreingesta y conductas compensatorias, tanto en la población con trastorno alimentario (Calderón, Moreno, Gili y Roca, 1998) así como en sujetos normales. Aunque cabe aclarar, que no parece ser un episodio "real" sino más bien una percepción distorsionada de la cantidad de alimentos ingeridos.

Al obtener el coeficiente de correlación respecto a los factores del EAT y EDI, se observó que la motivación para adelgazar tuvo una asociación positiva con el miedo a madurar y la insatisfacción corporal, lo que nos refiere que el no querer enfrentar las responsabilidades de la vida adulta parece asociarse con una mayor insatisfacción corporal. Esto quizás se deba a lo que hoy se le llama "cultura de la delgadez", la cual conduce al establecimiento de normas y valores determinantes respecto a las actitudes y conductas hacia la forma corporal, talla y peso, particularmente introyectados en los periodos de cambios físicos, como son la adolescencia o juventud temprana, teniendo que enfrentar la necesidad de lograr esa imagen corporal planteada como ideal social, lo que inevitablemente induce al adelgazamiento (Vandereycken y Meerman, 1984).

En cuanto a, la preocupación por la comida, ésta tuvo una asociación positiva con la insatisfacción corporal, ineffectividad, motivación para adelgazar e identificación de la interocepción, lo cual nos muestra que a mayor inconformidad con el cuerpo, mayores son los sentimientos de inseguridad, desconfianza interpersonal e incapacidad para identificar sus sensaciones de hambre y saciedad. Diversos autores han observado que las pacientes con trastorno alimentario tienen dificultades para identificar y articular sus diferentes estados

internos, por lo que pueden sentir mayor insatisfacción, e incluso odio, hacia su propio cuerpo, ya que suelen identificar su autoestima con la de su propio cuerpo y a considerar que si "no se es atractiva no se sirve para nada", y por lo tanto, tienen un intenso miedo al rechazo o al abandono (Garner y Garfinkel, 1982)

Asimismo, la presión social percibida tuvo una relación positiva con la desconfianza interpersonal, lo que nos indica que a mayor presión hacia las bailarinas para que aumenten su ingesta o su peso corporal mayor será su temor a la interacción social. Según Duker y Slade (1999), las pacientes anoréxicas lejos de sentir que requieren ayuda, prefieren estar delgadas y perder peso, ya que desde su punto de vista es bueno no comer; además, suelen pensar que la dificultad real radica en las personas que las rodean y no en su sintomatología.

En cuanto a las obsesiones y compulsiones, éstas se asociaron en forma positiva con la insatisfacción corporal, bulimia y motivación para adelgazar, lo cual nos refiere que a mayor insatisfacción corporal mayor es la preocupación por la dieta y el peso, lo que provoca la presencia de patrones estereotipados de alimentación. Esto sobre todo en razón de que se ha observado que el simple hecho de estar a dieta provoca que la persona piense más en la comida que cuando no está bajo un régimen dietario (Corona, 1998).

Referente a las conductas compensatorias, se observó una asociación positiva con la identificación de la interocepción, bulimia, motivación para adelgazar e inefectividad, lo que nos indica que a mayor insatisfacción con su figura, mayores deseos de adelgazar, incapacidad para identificar sus sensaciones de hambre y saciedad, así como sentimientos de ineficacia y malestar consigo mismas.

Por otro lado, se observó que la sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación tuvo una asociación positiva con la identificación de la interocepción y motivación para adelgazar, lo que nos indica que entre mayor sea el deseo de adelgazar será mayor la percepción de practicar atracones, pérdida de control sobre la ingesta y de dificultad para reconocer e identificar sensaciones de hambre y saciedad.

En cuanto, a los sentimientos negativos posteriores a la ingesta tuvieron una asociación positiva con la motivación para adelgazar, insatisfacción corporal y desconfianza interpersonal, lo que muestra que los sentimientos de culpa o autodespreciativos en respuesta a la percepción de una sobreingesta son mayores cuando se pone demasiado énfasis en el peso y la silueta corporal al autovalorarse, lo que además parece asociarse a una mayor dificultad para entablar relaciones interpersonales.

Asimismo, las conductas compensatorias se asociaron en forma positiva con el perfeccionismo y la identificación de la interocepción, indicando esto que las expectativas exageradas sobre los posibles logros personales, se asocian con mayor déficit en la de identificación de las sensaciones de hambre y saciedad, así como con mayor práctica de conductas compensatorias.

CONCLUSIONES

- Las estudiantes de danza con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por experimentar mayor motivación para adelgazar, presión social percibida, obsesiones y compulsiones, y patrones y estilos alimentarios estereotipados; lo cual nos indica que –en general- presentan mayor sintomatología característica de la anorexia nerviosa. Esto se corrobora con lo encontrado en el BULIT, ya que sólo se observó diferencia significativa entre los grupos en cuanto al factor sobreingesta y pérdida de control sobre la alimentación, sin embargo, cabe mencionar que aparentemente no se trata de un "atacón real", sino más bien de una percepción alterada de la cantidad de alimentos ingeridos (sobrestimación). Por otro lado, respecto a los factores cognitivos, se encontró que las bailarinas con sintomatología de trastorno alimentario se caracterizaron por experimentar mayor miedo a madurar, insatisfacción corporal, ineffectividad y desconfianza interpersonal.
- Al comparar la muestra de las bailarinas con la muestra comunitaria, podemos concluir -que en general- la población evaluada de bailarinas se caracterizó por presentar mayor motivación para adelgazar, presión social percibida, patrones y estilos alimentarios estereotipados, y evitación de alimentos engordantes. Asimismo, en cuanto a los factores cognitivos se caracterizaron por experimentar mayor miedo a madurar, insatisfacción corporal, ineffectividad y perfeccionismo.
- En cuanto a los síntomas de trastorno alimentario que evalúa el EAT y el BULIT, se encontraron las siguientes asociaciones: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación con obsesiones y compulsiones; sentimientos negativos después de la sobreingesta con motivación para adelgazar, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones, y conductas compensatorias; finalmente, estas últimas con obsesiones y compulsiones.
- Respecto al EAT y el EDI, se encontraron las siguientes asociaciones: motivación para adelgazar con miedo a madurar e insatisfacción corporal; preocupación por la comida con

insatisfacción corporal, motivación para adelgazar, ineffectividad e identificación interoceptiva; presión social percibida con desconfianza interpersonal; obsesiones y compulsiones con motivación para adelgazar; conductas compensatorias con identificación interoceptiva, motivación para adelgazar e ineffectividad.

- En cuanto al EDI y el BULIT, se encontraron las siguientes asociaciones: sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación con motivación para adelgazar e identificación interoceptiva; sentimientos negativos después de la sobreingesta con insatisfacción corporal, motivación para adelgazar y desconfianza interpersonal; finalmente, conductas compensatorias con identificación interoceptiva y perfeccionismo.
- Esta investigación muestra los factores asociados a la sintomatología de trastorno alimentario específicamente en estudiantes de danza, lo cual puede ser de utilidad, al aplicarse estos hallazgos a la detección temprana y formulación de programas dirigidos a la prevención de dichos trastornos.
- Los resultados en general nos llevan a concluir que el EAT, BULIT y EDI son instrumentos eficaces en la detección de sintomatología de trastorno alimentario, ya que nuestros resultados fueron similares a los obtenidos por investigaciones previas realizadas en estudiantes de danza diagnosticadas con trastorno alimentario.

Aunque la presente investigación cumplió con su objetivo general de caracterizar la sintomatología de trastorno alimentario, tiene las siguientes limitantes:

- Que no se contó con un grupo control con el que se pudiera comparar a los grupos de bailarinas con y sin sintomatología.
- Como en todo instrumento de auto-reporte, pese a sus condiciones de confiabilidad y validez, cabe la posibilidad de que las preguntas no sean contestadas verazmente, por lo que hubiese sido pertinente su comprobación por medio de la entrevista diagnóstica.

- La población se limitó únicamente a mujeres estudiantes de danza, y si bien es cierto que la mayoría de la población de este estudio que sufre estos trastornos es del sexo femenino, varios estudios muestran una creciente ocurrencia de éstos entre hombres, por lo cual se considera importante realizar un estudio donde se incluya al sexo masculino.

REFERENCIAS

- Abraham, S. (1996). Characteristics of eating disorders among young ballet dancer. *Psychopathology*, 29 (4), 223-229.
- Agras, S. y Stice, E. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Alvarez, R.G. (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios: EAT y BULIT. Tesis de Maestría. UNAM, México.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, T.M.T y López, A.V. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*, 6(2), 22-28.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., Martínez, M.M. y López, A.X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 50-58.
- Alvarez, R.G., Mancilla, D.J.M., y Vázquez, A.R. (2000). Propiedades psicométricas del test de bulimia (BULIT). *Psicología Contemporanea*, 7 (1), 74-85.
- Alvarez, R.G., Vázquez, A.R., Mancilla, D.J.M. y Gómez-Peresmitré, G. (en prensa). Evaluación de las propiedades psicométricas de test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*.
- Álvarez, T.D. y Franco, P.K. (2001). Validación del eating disorders inventory (EDI) en población mexicana . Tesis de Licenciatura. UNAM, México.
- Alvarez, T. D., Franco, P. K., Mancilla, D. J. M, Alvarez, R. G. y López, A. X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Conductual*, 7 (1), 26-36.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, C. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos de los trastornos alimenticios: Anorexia y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 20-34.
- Barriguete, M.A., Lewinsohn, M. y Suárez, M.A. (1998). Anorexia nerviosa en varones: Revisión de literatura y reporte de un caso. Trabajo presentado en el VIII Congreso Mexicano de Psicología. Cd. de México, México.

- Baz, M. (1996). **Metáforas del cuerpo: Un estudio sobre la mujer y la danza**. México: UNAM, UAM y Porrúa.
- Boskind-White, M. y White, W. (1983). **Bulimarexia**. Nueva York: Norton
- Bourges, H. (1987). Gulas para la orientación alimentaria. **Cuadernos de Nutrición**, 5(4), 17-32.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1973). **Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within**. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1975). Obesity and anorexia nervosa: Psychosocial aspects. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 9, 159-161.
- Bruch, H (1978). **The golden cage: The enigma of anorexia nervosa**. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. **American Journal of Psychiatry**, 139 (12), 1531-1538.
- Button, E.J. (1990). Self-esteem in girls age 11-12: Baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. **Journal of Adolescence**, 13, 407-413.
- Calabrese, L.H., Kirkendall, D.T. y Floyd, M. (1983). Menstrual abnormalities, nutritional patterns, and body composition in female classical ballet dancers. **Physician Sports Medicine**, 11, 86-98.
- Calderón, E., Moreno, P., Gili, M. y Roca, M. (1998). Psicopatología y trastornos de la conducta alimentaria: Un estudio con el SCL-90-R. **Revista Electrónica de Psicología**, 2 (1), 30-41.
- Clarkson, M. y Skirinar, M. (1988). Science of dance training. **Human Kinetics**, 12, 239-268.
- Cooper, P.J. y Fairburn, C. (1983). Binge-eating and self-induced vomiting in the community. **British Journal of psychiatry**, 142, 139-144.
- Cooper, P. J., y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, 153 (2), 32-36.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body share questionnaire. **International Journal of Eating Disorders**, 6(4), 485-494.

- Corona, A. (1998). El gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 3-14.
- Crisp, A.H. (1977). Some psychobiological aspects of adolescents, growth and their relevance for the fat/thin, syndrome anorexia nervosa. *International Journal of Obesity*, 1, 231-238.
- Crisp, H. A., Palmer, R.L. y Kalucy, R.S. (1976). How common's anorexia nervosa? A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 218, 549-554.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia nerviosa y bulimia, lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.
- Crowther, J. H., Tennenbaum, D.L., Hobfoll, S. y Stephens, P. (1992). *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. USA: Hemisphere Publishing.
- Davis, C. y Cowles, M. (1989). A comparison of weight and diet concerns and personality factors among female athletes and non-athletes. *Journal of Psychosomatic*, 33 (5), 527-236.
- Davis, C., Fox, J. y Cowles, M. (1990). The functional role of exercise in the development. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (5), 563 – 574.
- Donoso, M. (1990). Algunas características de personalidad en pacientes del sexo femenino con anorexia nerviosa. Tesina de Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.
- Druss, R.G. (1979). Body imagen and perfection of bailarinas: Comparison and contrast with anorexia nervosa. *General Psychiatry*, 2, 115-121
- Duker, M. y Slade, R. (1999). *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: Limusa.
- Dummer, G. M., Rosen, L.W., Heusner, W. W., Roberts, P.J. y Counsilman, J.E. (1987). Pathogenic weight control behaviour of young, competitive swimmers. *Physician in Sports Medicine*, 15, 75-84.
- Enns, M.P., Drewnowski, A. y Grinker, J.A. (1987). Body composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosomatic Medicine*, 49, 56-64.
- Escarria, R.A., Haro, H.M., López, C.L.M., Alvarez, R.G.L. y Vazquez, A.R. Anorexia o bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Nacional de Investigación Biomedica, Octubre 2000, Monterrey, N.L.
- Famuyiwa, O. (1988). Anorexia two nigerians. *Acta Psychiat Scandinavica*, 78, 550-554.

- Framis, M. (1997). **Ballarinas anoréxicas. Salud y Medicina, 5, 256.**
- Freedson, P. (1988). **Body composition, characteristics of female ballet dance. USA: Kinetics publishers.**
- Ficher, M. M. (1990). **Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy. New York: Wile.**
- French, S., Story, M., Downes, B., Resnick, M. y Blum, R. (1995). **Frequent dieting among adolescents: Psychosocial and health behavior correlates. American Journal of Public Health, 85 (5), 695 -700.**
- Garner, D.M. (1991). **Eating disorder inventory-2: Professional manual. Florida: Psychological Assessment Resources.**
- Garner, D.M. y Garfinkel, P. E. (1979). **The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 273-279.**
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). **Sociocultural factors in development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10, 647-656.**
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1981). **Body imagen in anorexia nervosa: Measurement, theory and clinical implications. Internacional Journal of Psychiatry, 11, 263-284.**
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1982). **Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner Mazel.**
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1983). **Handbook of psicoterapy for anorexia nervosa and bulimia. New york: Guilford Press.**
- Garner, D. M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). **Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory fo anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 2, 15-34.**
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). **Detección de anomalías de la conducta alimentaría en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 1(10), 17-27.**
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). **Imagen Corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33.**
- Gordon, R. A. (1990). **Anorexia and bulimia: Anatomy of a social epidemia. Cambridge: Blackwell.**
- Gutiérrez, M. (2000). **Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de trastorno alimentario. Tesis de Licenciatura. UNAM, México.**

- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancer. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 465-478.
- Harden, A., Butler, S. y Scheetz, M. (1998). Body perceptions of bulimic and non bulimic groups. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 108-110.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw -Hill.
- Higashida, H. B. (1991). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw-Hill.
- Holtz, V. (1992). Factores biopsicosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana, México.
- Holtz, V. y Tena, A. (1995). Los trastornos de la alimentación en México. *Psicología Iberoamericana*, 5, 3 - 4.
- Humphrey, L.L. y Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 3337-3350.
- Huo, G., Braganza, C., Brown, L., Ritchie, J. y Roncolato, W. (1996). Reflections on prevention in dieting induced disorders.
- Huo, G. y Brown, L. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal control girls. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 61-66.
- Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1321-1324.
- Johnson, C. y Maddi, K. (1988). Etiología de la bulimia: perspectivas biopsicosociales (p. 53-79). En: S.C. Feinstein y A.D. Sorosky (Comps.). *Trastornos de la alimentación*. Argentina: Nueva Visión.
- Kaplan, A.S. y Garfinkel, P.E. (1984). Bulimia in the Talmud. *American Journal of Psychiatry*, 14 (5), 721-727.
- Kaplan, A.S. y Sadock, B.J. (1994). Eating disorders (p.689-698). En *Synopsis of Psychiatry*. USA: Williams y Wilkins.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Simmonds, B. y Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorders symptoms in a community sample of 6 th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15 (4), 357 - 367.

- Landry, G. (1996). Promotion of healthy weight-control practice in young athletes. *American Academy of Pediatrics*, 97 (5), 752-753.
- Larraburu, L.S. (1986). Exposición de los nuevos modelos psicofisiológicos explicativos de la bulimia y la anorexia nervosa. *Revista del Departamento de Psiquiatría*, 2, 81-96.
- Lee, S., Chiu, H.F.K. y Chen, C. (1989). Anorexia nervosa in Hong Kong: Why not more in chinese? *British Journal of Psychiatry*, 154, 683-688
- León, G.R., Lucas, A.R., Colligan, R.C., Ferdinande, R.J. y Kamp, J. (1985). Sexual, body-image and personality attitudes in anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(2), 245-258.
- López, C.P. (2001). Influencia social e insatisfacción corporal relacionados a trastornos alimentarios en estudiantes de danza. Tesis en Licenciatura. UNAM, México.
- Ludewig, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: Enfoque sistémico del problema psicosomático ejemplificado en la anorexia nervosa juvenil. *Estudios Psicológicos*, 1(1), 1-21.
- Maloney, M. J. (1983). Anorexia nervosa and bulimia in dancer: Accurate diagnosis and treatment planning. *Clinical in Sports Medicine*, 2 (3), 549-555.
- Mancilla, D.J.M., Mercado, G.L., Manríquez, R.E., Alvarez, R.G., López, A.X. y Román, F.M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-46.
- Manríquez, R. E. y Mercado, G. L. (1997). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Tesis de Licenciatura. UNAM, México.
- Margo, J. L. (1985). Anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Medical Psychology*, 58,193-195.
- Marino, T. (1998). The secret obsessions: Anorexia and bulimia. *American Counseling Association*.
- Martínez, M., Medina, A. y Quiroz, A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de Licenciatura. UNAM, México.
- Matey, P. (1998). Un estudio muestra de las diferencias en la alimentación de las atletas españolas. *El mundo salud y medicina*.
- Nasser, M. (1986). Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among females students at both London and Cairo Universities. *Psychological Medicine*, 16, 621-625.

- Nasser, M. (1988). Eating disorders: The cultura dimensión, social psychiatric epidamiology, 23, 184-187.
- Neumarker, K. J., Bettle, N., Bettle, O., Dudeck, U. y Neumarker, U. (1998). The eating attitudes test: Comparative analysis of female and male students at the public ballet school of Berlin. *European Child Adolescent Psychiatry*, 7,(1), 19-23.
- Ocampo, M. T., López, A. X., Alvarez, R.G. y Mancilla, D.J.M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica*, IX, 521-535.
- Pike, M. K. y Rodin, J. (1991). Mother, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), 198- 204.
- Pyle, R. L., Halvorson, A., Neuman, P.A. y Mitchell, J. E. (1986). The increasing prevalence of bulimia in freshman, college students. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 631-648.
- Raich, R. M. (1994). **Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios**. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 15-26.
- Raush, C. y Bay, L. (1990). **Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía**. Buenos Aires: Paidós
- Rodin, A., Siegel, P., Koepke, T., Moye, A. y Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females whith anorexia nervosa. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 111-116.
- Román, F.M., Mancilla, D.J.M., Alvarez, R.G. y López, A.X. (1998). Evaluación de la imagen corporal como predictor del trastorno alimentario. *Psicología Contemporánea*, 5 (2), 22-29.
- Rosen, J.C y Leintenberg, H. (1988). The anxiety y model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus response prevention En: K.M. Pirke, W. Vandereycken y D. Ploog (Eds). *The psychobiology of bulimia nervosa*. Heidelberg springer-verlog.
- Rowland, T.W. y Freedson, D.S. (1994). Physical activity fitness and health in children: A clase look. *Pediatrics*, 93 (4), 669-672.
- Saldaña, G.C. (1994). **Trastornos del comportamiento alimentario**. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sánchez, C.F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales asociados a trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis de Licenciatura. UNAM, México.

- Selvini- Palazzoli, M. (1974). **The golden cage**. Londres: Open Book.
- Skolnick, A. (1996). Health pros want new rules for girl athletes. **Journal of the American Medical Association**, 275 (1), 22-24.
- Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia and bulimia nervosa. **British Journal of Clinical Psychology**, 21, 167-179.
- Slade, P.D. (1988). Body imagen in anorexia nervosa. **British Journal of Psychiatry**, 153 (2), 20-22.
- Smith, C. y Thele, H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 52 (5), 863-872.
- Sorosky, A.D. (1988). Introducción: Un panorama de los trastornos en la alimentación. En: S.C. Feistein y A. D. Sorosky (Comps.). **Trastornos en la alimentación**. Argentina: Nueva Visión.
- Strangler, R.S. y Pritz, A.M. (1980). DSM-III psychiatry diagnosis in a university population. **American Journal of Psychiatry**, 137, 937-940.
- Strober, M. y Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 55 (5), 654-659.
- Strober, M., Salkin, B., Burrugh, J. y Morell, W. (1982). Validity of the bulimia restricter distinction in anorexia nervosa. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 170, 345-351.
- Toro, J. (1996). **El cuerpo como delito: Anorexia y bulimia, cultura y sociedad**. Barcelona: Ariel
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 89, 147- 151.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). **Anorexia nervosa**. Barcelona: Martínez Roca.
- Turon, V.J. (1997). **Trastornos de la alimentación: Anorexia nervosa, bulimia y obesidad**. España: Masson.
- Unikel, C. (1998). **Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet**. Tesis de Maestría. UNAM, México.
- Unikel, C. y Gómez- Peresmitré, G.(1996). Trastornos de la conducta alimentaria en de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. **Psicopatología**, 16 (4), 121-126.