

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas



Tesis de Grado
Licenciatura en Psicología

“Insatisfacción de la Imagen Corporal y Sintomatología
asociada a los Trastornos Alimentarios en bailarinas
profesionales”

Tutor: Lic. María Laura Santellán
Tesisista : Melina Casagrande

Octubre 2015

AGRADECIMIENTOS

La formación de grado de un profesional de la psicología incluye la adquisición de las competencias necesarias para llevar adelante una tarea de investigación. En esta situación de aprendizaje he sido guiada por profesionales con dedicación y experiencia en la tarea, motivo por el cual agradezco a la Lic. María Laura Santellán por su amable colaboración para este trabajo. A todas las bailarinas y profesoras de las mismas que hicieron posible la recolección de los datos, y un profundo agradecimiento a mi familia, amigos, pareja y compañeros por su apoyo incondicional en todos estos años.

INDICE	
RESUMEN	3
ABSTRAC	4
I. INTRODUCCIÓN	5
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III.RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN	6
IV.ESTADO ACTUAL DEL ARTE	7
V. MARCO TEÓRICO	13
5.1 Insatisfacción de la Imagen corporal	13
5.1.1 Evolución de la imagen corporal	15
5.1.2 Alteraciones de la imagen corporal.....	19
5.2 Trastornos Alimentarios	23
5.2.1 PICA	26
5.2.2 Trastorno de rumiación	26
5.2.3 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.....	28
5.2.4 Anorexia Nerviosa	29
5.2.5 Bulimia nerviosa	30
5.2.6 Trastorno de atracones	31
5.2.7 Consecuencias a nivel clínico	37
5.3 Bailarines y Danza	37
VI.METODOLOGÍA	40
OBJETIVOS	40
General	40
Específicos	40
HIPÓTESIS	41
MATERIAL Y METODOS	41
Tipo de diseño	41
Muestra	41
Criterios de exclusión	41
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	42
VII.RESULTADOS	44
VIII.CONCLUSIONES	50
IX.BIBLIOGRAFIA	54
X. ANEXOS	60

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue evaluar la insatisfacción de la imagen corporal y la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios en dos grupos de bailarinas profesionales.

La muestra estuvo conformada por 60 bailarinas de distintos institutos de la Ciudad de Buenos Aires y alrededores, 30 de danza clásica y 30 de salsa.

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario para la Evaluación de Conductas Alimentarias (ICA) (Casullo & Pérez, 2003) para evaluar la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios; y el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) para evaluar la insatisfacción de la imagen corporal (Mora y Raich, 1993).

En primer lugar se estableció una comparación respecto de la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios y la insatisfacción de la imagen corporal en ambos grupos; y en segundo lugar se probó la relación entre ambas variables.

Los resultados evidenciaron, por un lado, que las bailarinas de clásico presentan una mayor sintomatología asociada a los trastornos alimentarios que las bailarinas de salsa. Las mismas mostraron mayor deseo de adelgazar y mayor tendencia al perfeccionismo. También hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables “Alexitimia”, “Miedo a crecer”, “Bulimia”, “Empleo de vómitos o laxantes”, “Ascetismo”, y más “Insatisfacción de la imagen corporal” por parte de las bailarinas clásicas, como “Preocupación por la parte inferior del cuerpo” y “Preocupación corporal general”.

Por otro lado, los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre la Insatisfacción de la imagen corporal y las dimensiones “Deseos de adelgazar”, “Bulimia”, “Perfeccionismo”, “Ineficacia”, “Inseguridad social”, “Desconfianza”, “Alexitimia”, “Miedo a crecer”, “Ascetismo” e “Impulsividad” por parte de las bailarinas clásicas; y una asociación estadísticamente significativa entre la “Insatisfacción de la imagen corporal” y las dimensiones “Desconfianza”, “Deseo de adelgazar”, “Perfeccionismo” e “Impulsividad”.

Palabras claves: Insatisfacción de la imagen corporal –Sintomatología asociada a los trastornos alimentarios – Bailarinas

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate body image dissatisfaction and symptoms associated with eating disorders in two groups of professional dancers.

The sample consisted of 60 dancers from different institutes of Buenos Aires City (30 ballet dancers and 30 salsa dancers).

The instruments applied in the research are Inventariopara la Evaluación de ConductasAlimentarias(ICA) (Casullo& Pérez, 2003) to assess the symptoms associated with eating disorders; and Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ) to assess the dissatisfaction of body image (Mora and Raich 1993).

In first place, a comparison regarding the symptomatology associated with eating disorders and body image dissatisfaction in both groups was established; and secondly the association between both variables was tested.

The results showed, first, that the classical dancers have greater symptoms associated with eating disorders than the salsa dancers. They showed greater desire to lose weight and a greater tendency to perfectionism. There were statistically significant differences in alexithymia variables, fear of growing up, bulimia, vomiting or using laxatives, ascetismo and dissatisfaction body image by classical ballerinas, as concern about the lower body and body concern general.

In the other hand, results showed an statistically significant association between body image dissatisfaction and dimensions "wants to lose weight", "bulimia", "perfectionism". "Inefficiency" social insecurity, mistrust, alexithymia, fear of growing up, and impulsivity acetismo by classical ballerinas; and a statistically significant association between body image dissatisfaction and dimensions "distrust", "I want to lose weight", "perfectionism" and "impulsivity".

Keywords: body image dissatisfaction -symptomatology associated with eating disorders - Dancers

I. INTRODUCCIÓN

La herramienta de trabajo en muchos oficios y profesiones, se transforman a menudo en una extensión del propio cuerpo, en el caso de la danza y el baile profesional la herramienta es el propio cuerpo en sí, no como una extensión sino como la forma de expresión del mismo. En el caso de la danza clásica, el manejo del mismo se torna más exigente. Esto sucede debido a que el cuerpo y la mente deben dotarse de ciertas características específicas que hacen a la profesión o al arte en sí. Estas particularidades incluyen condiciones físicas que determinarán el logro de la técnica y es en esta elección profesional que aparece mucho el sacrificio y la frustración llevando en muchos casos a la aparición de desórdenes alimentarios para poder cumplir con las condiciones que requiere dicha danza.

Es por esto que el objetivo de este trabajo es evaluar la insatisfacción de la imagen corporal como factor importante en estos bailarines profesionales y analizar ciertos componentes psicológicos que comprenden a la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios, en donde los mismos deben ser tenidos en cuenta a la hora de la comprensión y tratamiento de trastornos alimentarios que podrían llegar a sobrevenir por ello.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que en la práctica de la danza el instrumento de trabajo es el propio cuerpo, cabe destacar que existen marcadas exigencias en lo que respecta a este y en algunas danzas son más notorias que en otras. Es el caso de la danza clásica, conocida también como la “madre de todas las danzas”, ya que es la base para el logro de cualquier otra disciplina que tenga que ver con el baile, si no pasas por ella es muy difícil lograr las demás. La formación del cuerpo en general de una bailarina sea cual sea su estilo, solo lo brinda la técnica que esta disciplina implica.

Esta técnica requiere de mucho entrenamiento, resistencia y por sobre todo estrictas condiciones físicas; y es en esta elección profesional que aparece mucho el sacrificio y la frustración. Por todo esto podemos asumir que este grupo de sujetos puede ser una población en riesgo a presentar algún tipo de distorsión en la imagen

corporal llevando a que se sientan insatisfechas con su cuerpo y por ende pudiendo presentar conductas alimentarias inadecuadas. Es por todo esto que se desprenden los siguientes interrogantes.

¿Existen diferencias respecto de la insatisfacción de la imagen corporal y las conductas alimentarias entre bailarinas de danza clásica y bailarinas de otra danza como los son las de salsa?

¿La insatisfacción de la imagen corporal está asociada a conductas alimentarias inadecuadas?

III. RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

Teórica

Esta investigación es un aporte al conocimiento sobre conductas alimentarias desadaptativas relacionadas conjuntamente con la evaluación subjetiva que cada persona tiene en relación a la imagen corporal. Esto permitirá detectar rasgos actitudinales y de carácter que presentan estos sujetos y que pueden o no predisponer a desarrollar un trastorno alimenticio; en un grupo considerado de riesgo a contraerlos.

Práctica

Con este estudio se aportará información útil para las futuras investigaciones, que arrojarán luz en el tratamiento de los trastornos de alimentación así como la terapia clínica de personas que practican estas artes.

Social

Este estudio podría favorecer la creación de estrategias de implementación para la prevención de trastornos de alimentación en poblaciones consideradas vulnerables, así también como la promoción de buenos hábitos alimenticios.

IV. ESTADO ACTUAL DEL ARTE

Se buscaron investigaciones sobre temas relacionados a dicho trabajo y se encontraron investigaciones como “Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios” redactada por Ocampo M., Lopez X., Alvarez G. y Mancilla, J. (1999) en el cual se aplicaron distintas pruebas a 70 estudiantes de sexo femenino de danza clásica comprendidas entre las edades de 10 a 16 años, con un promedio de 13 años de edad. Los resultados arrojados por el EAT-40 (test de actitudes alimentarias, Garner y Garfinkel 1979), mostrando que el 27,3% presenta anorexia nerviosa, el 39% representa a la población en riesgo a desarrollarla y 33.7% sin trastorno. No se presentó bulimia. Los resultados del CIMEC (cuestionario de insatisfacción de la imagen corporal) mostraron que el 45.9% presento una percepción patológica sobre la imagen corporal por la presión social, el 39.22% se presentó en riesgo a desarrollarla y el 14.9% presento un puntaje normal. Además se observó que la mayoría está insatisfecha con su peso corporal y que desean estar más delgadas, pero esto es más deseado por aquellas estudiantes con trastorno, en las que solo el 10% estuvieron satisfechas con su peso, pero con el deseo de mantenerse así delgadas. El grupo sin trastorno presento un porcentaje de 50 y las otras independientemente del trastorno, manifestaron el deseo de perder desde 1Kg hasta más de 6Kg de su peso.

En resumen un 27.3% fueron diagnosticadas como anoréxicas; todas mostraron insatisfacción corporal y gran motivación para adelgazar. También se encontró una distorsión en la autoevaluación de su cuerpo y además presentaron gran preocupación respecto de su peso y forma del cuerpo.

Otro artículo científico realizado por Rutzstein G., Armatta M., Leonardelli E. y Lievendag L.(2007), denominado “Trastornos alimentarios en estudiantes de ballet: identificación de casos con riesgo”, se propuso evaluar el grado de satisfacción con la imagen corporal en mujeres estudiantes de ballet e identificar aquellos casos con riesgo a presentar trastorno alimentario.

La muestra se conformó por 107 mujeres de ballet entre los 13 y 18 años. Se les administro el EatingDisorderInventory -2 (EDI-2) y la Figure Scale (FS). Los mismos se administraron con el fin de recolectar información acerca de la edad, la talla, el nivel educativo, peso deseado, peso actual y sintomatología propia de los trastornos alimentarios.

Los resultados arrojaron que un 15.88% de las estudiantes de ballet presentaron riesgo de trastorno alimentario.

En otro trabajo denominado “Bienestar psicológico y trastornos alimentarios en bailarinas de ballet” hecho por Marco M. (2011) en el cual se administró las escalas pertenecientes a cada variable, a 70 bailarinas de danza clásica. Para Bienestar Psicológico se utilizó la escala BIEPS-A por Casullo (2002) y para la evaluación de Conductas Alimentarias se les administro el (ICA) Inventario para la evaluación de conductas alimentarias. Los valores obtenidos en el análisis de las correlaciones de las escalas de Bienestar Psicológico y Conductas Alimentarias indican que los “Deseos de adelgazar” que presentan estas bailarinas correlacionan significativamente con el grado de “Aceptación/Control” que poseen de manera independiente, de este mismo modo la dimensión “Aceptación/Control” correlaciona de manera significativa con las dimensiones de “Bulimia”, “Ineficacia”, “Perfeccionismo”, “Desconfianza”, “Impulsividad” e “Inseguridad Social”. La dimensión “Vínculos” Correlaciona significativamente con “Ineficacia”, “Perfeccionismo”, “Alexitimia”, “Impulsividad” e “Inseguridad Social”. La dimensión “Autonomía correlaciona significativamente con “Ineficacia”, “Perfeccionismo”, “Alexitimia”, “Miedo a crecer”, “Impulsividad” e Inseguridad social” y la dimisión “Proyectos” correlaciona significativamente con “Bulimia”, “Ineficacia”, “Perfeccionismo”, “Alexitimia” e “Impulsividad”. En resumen las dimensiones de la escala BIPES “Aceptación/Control” y “Autonomía” fueron las que presentaron mayor cantidad de correlaciones significativas (siete de once y seis de once) indicando que los niveles de “Aceptación/Control” así como los de “Autonomía”, “Vínculos” y “Proyectos” que presentan estas bailarinas están en estrecha relación con las conductas alimentarias que presentan.

Además se demostró que a mayor bienestar psicológico disminuyen las probabilidades de que las bailarinas presenten conductas alimentarias disfuncionales y con ellos un trastorno alimentario. Queda demostrado que existe una correlación fuerte entre el bienestar psicológico y las conductas alimentarias desadaptativas.

En relación al nivel de autonomía, las conductas alimentarias desadaptativas cobran relevancia, presentando preocupación por el peso y la silueta y aun mayor en los casos donde esta dimensión se encuentra disminuida.

Se encontraron también trabajos más específicos sobre la imagen corporal como el trabajo de Vargas. R (2008) sobre “Tamaño, forma, composición e imagen

corporal en una muestra de bailarines de ballet profesional de dos escuelas de la ciudad de Caracas”. El objetivo general de este trabajo fue identificar las características morfológicas y de imagen corporal en una muestra de bailarines de ballet profesional de la escuela de Ballet Contemporáneo de Caracas y Ballet Teresa Carreño, a partir del análisis del somatotipo, la composición corporal y la imagen corporal.

Desde la morfología el objetivo fue describir la forma humana, de los bailarines de ballet, utilizando el Método Somático Antropométrico de Heath. B y Carter. J (1990). También la composición corporal humana, de los bailarines de ballet, a través del fraccionamiento de la Masa Corporal Total en dos comportamientos: Masa Grasa y Masa Marfa. Desde la psicología de la personalidad el objetivo fue explorar la percepción que poseen los bailarines de ballet, acerca de su imagen corporal mediante el test proyectivo de la figura humana de Machover K. (1949).

Respecto a los resultados según el somatotipo las variables antropométricas confirman el dimorfismo sexual, los varones poseen mayor masa corporal total, estaturas circunferencias y mayores diámetros óseos, mientras que las bailarinas tienen más pliegues cutáneos de grasa. También indicó que las bailarinas son más endomórficas y ectomórficas que los bailarines, es decir son fuertes y atléticos, predominando la magnitud del músculo.

Respecto de la composición corporal los bailarines presentaron mayores valores para el índice de masa corporal y masa corporal libre de grasa, mientras que las bailarinas mostraron mayores de grasa y masa corporal grasa.

Las características físicas de las bailarinas tienden a ser delgadas con mayor composición grasa, menor peso y estatura, músculos menos desarrollados y delineados. Los bailarines en cambio muestran tendencia a ser más pesados, mayor estatura y músculos desarrollados y bien definidos.

En relación con los resultados arrojados de indicadores de la imagen corporal, se evidencia gran preocupación corporal, la cual es esperada al igual que los rasgos narcisistas esperados en una muestra de este tipo. No se observa contraindicación entre el cuerpo real y el ideal, se observa una imagen corporal positiva de sí mismo.

Al mismo tiempo se presentan conductas de agresión contenida, inseguridad, inmadurez, dependencia de otros que son solapadas por el exhibicionismo y una apariencia dominante.

En otro trabajo denominado “Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet” realizado por Diaz. M, Mercader. O., Blanco. J & Ferrer. A (2010), se realizaron estudios antropométricos, dietéticos, psicométricos y del estilo de vida en 51 bailarines hombres y 67 bailarinas mujeres entre 17 y 50 años, integrantes de un estudio de ballet en Cuba, para determinar el estado físico, el consumo de alimentos y trastornos en la conducta alimentaria.

Se utilizaron los cuestionarios de Eating Attitudes Test: EAT, el Scoff y el de Consulta PSI.com de la Sociedad Argentina de Psiquiatría y Salud Mental para identificar desordenes de la conducta alimentaria. La alimentación se estudió a partir de una encuesta de frecuencia semicuantitativa de consumo de alimentos evaluada por CERES para determinar la ingesta diaria en un mes de proteínas, carbohidratos, energía, vitaminas, grasas y minerales. Para el estudio antropométrico se utilizaron las técnicas del ISAK. Se tomaron en cuenta las medidas del peso, estatura y pliegues cutáneos para la evolución del estado físico a partir de la masa corporal (IMC).

Los resultados arrojaron que existen diferencias entre los sexos que condicionan un tipo corporal, musculoso para el bailarín y para las bailarinas mayores riesgos de desnutrición, pero coexisten trastornos en las prácticas de la alimentación más evidentes en las bailarinas que repercuten en la imagen corporal. Se observan prácticas inadecuadas en la alimentación como dietas y otros hábitos incorrectos.

Respecto a la alimentación no cumplen en su totalidad con las recomendaciones establecidas para persona sanas y con desgaste de energías. Se identificaron trastornos inespecíficos de la conducta alimentaria más frecuentemente en las mujeres.

Otras investigaciones como “Anorexia y bulimia nerviosa: prevalencia y características de personalidad en una muestra de bailarinas del área metropolitana de Caracas” escrita por Fiorini. R. L (1995), se interesó por conocer la prevalencia de conductas sugestivas de anorexia y bulimia nerviosa en una muestra de 100 bailarinas del Área Metropolitana de Caracas, además se pretendió establecer el diagnóstico de las mismas y determinar las variables de personalidad asociadas. Para la detección de conductas sugestivas se utilizó el EAT (test de actitudes alimentarias, Garner y Garfinkel 1979) y para el diagnóstico la Entrevista Estructurada del DSM-III-R-SCID- (1990). Para evaluar las características de personalidad utilizaron el Test de Rorschach

(Exner, 1974), la Escala de Oralidad de Roy Schafer (Schafer, 1954) y el Inventario Multifásico de la Personalidad – MMPI (Hathaway y Mackinley, 1967).

Los resultados muestran una prevalencia de conductas sugestivas de anorexia y bulimia nerviosa del 35% y un 13% de presencia de trastornos alimentarios para la muestra total.

La Escala de Oralidad y Test de Rorschach que las mujeres diagnosticadas tienden a mostrar un tipo vivencial introversivo, distorsiones perceptuales y cognitivas graves y una utilización deficiente de recursos disponibles. Pareciera además prevalecer una orientación dependiente en las relaciones interpersonales y preocupaciones con temas que hacen alusión a la alimentación y la imagen corporal. Por otro lado el MMPI no permitió afirmar en estos sujetos rasgos que les sean característicos. La prevalencia de los trastornos alimentarios es del 11% para bulimia nerviosa, 1% para anorexia restrictiva y 1% para anorexia tipo bulimia.

También se encontraron resultados sobre el “Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana Costa Rica” hecho por Rojas. E & Urrutia. A (2008) en el que el objetivo fue determinar el estado nutricional de bailarinas de ballet clásico de 3 academias importantes del área metropolitana de Costa Rica.

La muestra fue compuesta por 24 bailarinas adultas de 18 a 30 años de niveles avanzados de ballet. Durante 3 días se registró el consumo de alimentos, se les tomaron las medidas de talla, peso y pliegues cutáneos. También se recolectaron muestras de sangre para análisis bioquímicos. Se utilizó el (EAT-26) test de actitudes alimentarias, el (EDI) Inventario de trastornos Alimentarios y una entrevista para evaluar factores predisponentes a desórdenes alimentarios, actitudes y creencias.

Los resultados arrojaron que el consumo promedio diario de energía fue menor a lo recomendado. La densidad ósea, hemoglobina y hematocrito estuvieron dentro de los rangos de normalidad. Estos resultados sugieren que las bailarinas con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 20kg/m tienen dietas más hipocalóricas y mayor riesgo de desórdenes alimentarios.

En otro trabajo realizado por Paredes. F, Nessier. C & Gonzales. M, llamado “Percepción de la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la Ciudad de Santa Fe” se realizaron mediciones antropométricas para determinar el IMC y se les administro un cuestionario auto

administrado a 24 bailarinas que asistían a cursos de capacitación de danza clásica del Liceo Municipal de Santa Fe, comprendidas entre las edades de 13 a 23 años de edad. Para valorar la percepción se utilizaron imágenes corporales y además se les administro el EAT-40 para identificar las conductas alimentarias de riesgo para anorexia nerviosa. Los resultados mostraron que un 50% de las bailarinas sobrestimaron su imagen corporal, seleccionando imágenes que no correspondían a sus parámetros antropométricos. Se encontró además que un 58.3% de las bailarinas clasificaron con riesgo, es decir que llevan a cabo conductas alimentarias inadecuadas, mostrando de esta manera que más de la mitad presento distorsión de la imagen corporal.

En otra investigación llamada “Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza” realizada por Rutzstein. G, Murawski. B, Elizathe. L, entre otros; se analizaron y compararon hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal y presencia de sintomatología específica de trastornos alimentarios en estudiantes de escuelas medias con especialización y sin especialización en danza. Participaron 110 sin especialización y 107 con especialización, entre los 13 y 18 años.

Los cuestionarios utilizados fueron: Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios, Figure Scale (Collins, 1991) y EatingDisorder Inventory-2 (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al. 2006).

Los resultados mostraron que las estudiantes con especialización en danza presentaron peso actual, peso ideal e índice de masa corporal significativamente menos y una proporción significativamente mayor que presentaban delgadez, bajo peso y distorsión de la imagen corporal. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal, presencia de conducta dietante, disminución del peso como resultado de una dieta, amenorrea secundaria y conductas compensatorias inadecuadas.

Por último se determinó que el 17.7% con especialización en danza y el 13.2% sin especialización presentaron riesgo de trastorno alimentario.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Insatisfacción de la Imagen corporal

En la actualidad existen muchas definiciones empleadas para el término de Imagen Corporal y la mayoría de éstas concuerdan en ciertos componentes, a saber: Auto-Concepto, Autoestima, Auto-Aceptación, Autoimagen y Auto-evaluación; lo que podría resumirse como todo aquello que alude al propio cuerpo.

Entre éstas definiciones, la elegida por la comunidad científica y en la que la mayoría de los autores se ponen de acuerdo, es en líneas generales la dada por Williamson, Davis, Duchman, Mckenzie y Watkins en 1990; aquí la describen como *“la representación mental del cuerpo que cada sujeto construye en su mente”* (Wiillamson, Davis, Duchman, Mckenzie& Watkins, 1990).

Rosen (1995) plantea que la imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.

Uno de los aspectos más importantes para su definición es la precisión con la cual una persona percibe la forma y medida de su cuerpo y es de acuerdo a ésta forma de percibirse que se desprende un aspecto cognitivo actitudinal que involucra creencias, imágenes, sentimientos y pensamientos que tiene la persona respecto de su cuerpo; por ultimo una dimensión conductual en relación a los comportamientos que tiene esa persona acerca de lo que piensa y siente sobre su cuerpo.

Esto es muy útil a la hora de conocer el grado de insatisfacción corporal que tiene sobre el mismo.

Desde la perspectiva neurológica, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Una perturbación en el funcionamiento cortical es lo que desencadenaría las alteraciones de la imagen corporal, (Pick 1922). Este neurólogo muy reconocido, planteaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen derivada de una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial.

Desde el psicoanálisis algunos enfoques entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Otra de las teorías que se emplean para la

explicación del fenómeno, es la de Schiler, quién postula que *“los procesos que colaboran en la construcción de la imagen del cuerpo no se sitúan tan solo en el campo de la percepción; tienen también su desarrollo paralelo en el campo libidinal y afectivo.”* (Schiler, 1935). Para éste autor, la imagen corporal es un constructo que refleja además deseos, emociones, actitudes, e interacciones con los demás. Podría decirse entonces que no se detiene solamente en la apreciación de la percepción, sino que involucra otros aspectos importantes en su construcción, relacionados con el deseo.

La imagen corporal es multifacética y multidimensional ya que incluye actitudes, percepciones y conductas, enlazadas a su vez con diversos componentes como lo son la apariencia física, las sensaciones, la talla, las fronteras, la posición espacial y la identidad sexual.

La imagen corporal como ya se ha mencionado está compuesta por distintas variables, una definición aproximada de cada una de ellas sería la siguiente: (Cash y Pruzinssky, 1990; Thompson, 1990):

- Aspectos cognitivos-afectivos: involucra los sentimientos, las actitudes, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su peso, su forma, tamaño o algunas de sus partes. Desde lo afectivo/emocional la imagen del cuerpo puede producir satisfacción, disgusto, placer, displacer, rabia, impotencia, tristeza etc.
- Aspectos perceptivos: Es la precisión con la que se percibe el peso, el tamaño y la forma del cuerpo en sus partes en particular o bien en toda su totalidad. Las alteraciones en la percepción suelen dar lugar a subestimaciones o sobreestimaciones y por lo tanto a contraer conductas alimentarias disfuncionales.
- Aspectos conductuales: Son las conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el propio cuerpo.

Raich (2000) manifiesta que es mucho más relevante como la persona ve su cuerpo que como la ven los demás. Siguiendo estas ideas muchas personas delgadas pueden sentirse con sobrepeso, como podría ser el caso de las bailarinas de danza clásica (población utilizada en ésta investigación) y otras pueden verse más atractivas y cómodas siendo más voluptuosas, como tal vez sea el caso de las bailarinas de salsa en la que la danza no exige determinadas características y exigencias corporales para poder realizarla.

Bemis y Hollon (1986) hablan de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. La representación que tiene una persona sobre su cuerpo puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos generando gran influencia en el auto-concepto.

Entonces, la imagen corporal se caracteriza por ser de experiencia subjetiva (afectiva/emocional) y personalizada de actitudes, sentimientos, pensamientos y valoraciones que hacemos y sentimos; como el modo que tiene una persona de comportarse, considerando a la conducta también como producto de las cogniciones y los sentimientos que experimenta corporalmente, y esto no necesariamente tiene que ser congruentes con la realidad objetiva.

Otros autores como Slade (1994) centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diferentes factores, sociales, psicológicos e individuales, definiéndola de la siguiente manera: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”*: (pp447-502).

5.1.1 Evolución de la imagen corporal

La percepción de la imagen corporal se va formando a lo largo de la vida desde el nacimiento hasta la adultez, por lo tanto no es estática, ya que va cambiando a medida que el cuerpo se desarrolla y está constantemente sujeta a modificaciones. Es en la adolescencia, la etapa en la que ocurren los mayores cambios, que no son solamente físicos sino que vienen acompañados de grandes conflictos psíquicos. Esto sucede debido a que la mente deberá acomodarse a este nuevo cuerpo, lleno de características nuevas que le es aún extraño al sujeto.

En esta etapa mayormente comienzan las preocupaciones por el peso, el talle, la estética y la apariencia física en general; y es justamente aquí con el ingreso a la pubertad donde la imagen corporal cumple un papel importante en el desarrollo de desórdenes alimenticios, debido a que se desarrolla el sentido de la identidad y del rol sexual, por lo tanto es considerado un periodo más vulnerable y sensible para el inicio de la insatisfacción corporal.

Entre los 9 y 12 años aproximadamente con la llegada de la pubertad las niñas comienzan a manifestar su insatisfacción corporal, siendo la edad en la que comienza el incremento de peso, generando cierta tendencia a desencadenar un evidente malestar subjetivo en las mismas, ya que estas comienzan a ser plenamente conscientes de la existencia de un modelo ideal delgado.

Los varones en este desarrollo a diferencia de las adolescentes suelen mejorar su imagen corporal, ya que con el aumento del peso incrementan su satisfacción corporal siendo que la satisfacción en los hombres está asociada al deseo de tener un buen desarrollo muscular (Raich, 2000).

Se pueden distinguir dos tipos de influencias en la información de la imagen corporal: (Perpiñá, Botella Y Baños, 2000).

- 1) Influencias del pasado: Estas tienen que ver con las experiencias vividas que condicionarán la forma en la que la persona se ve. Se distinguen tres tipos.
 - a- “La sociedad y la familia”: Desde que venimos al mundo somos seres susceptibles de información, nos llegan mensajes impuestos por la sociedad y transmitidos también por la familia y el entorno en el que estamos. Los medios de comunicación como principales influencias en la formación de modelos considerados “ideales” otorgan ideas acerca de lo que es “bueno o malo” y muchas de éstas se relacionan con el peso, la musculatura, o aspectos como la altura. Muchas veces gracias a la influencia que poseen y el aspecto masivo de los mismos, es en donde en esta etapa tan vulnerable se une a la imagen corporal como condicionante del éxito o el fracaso que se vaya a tener en la vida. En lo que respecta al entorno diario, la apariencia física es una gran fuente de burlas y bromas, sobre todo en el grupo de pares.
 - b- “Mi cuerpo” “Mi apariencia física”: Forma parte de nuestra conciencia, delimitándonos como sujetos independientes de objetos y de otros seres, y es el medio por el cual nos relacionamos con el resto.
 - c- “Mi personalidad”, “Mi forma de ser”: Esto es muchas veces lo que determina si ante algún aspecto físico que no nos satisface dejamos que nos

invada la preocupación u optamos por elegir una forma en la que podamos mejorar la forma de vernos y sentirnos.

- 2) Influencias del presente: Estas tienen que ver con las exigencias diarias que nos afectan directamente, como sentimos y vemos nuestro cuerpo. Este puede ser el caso de bailarinas profesionales dedicadas a la danza, en la que existe una exigencia diaria respecto a su profesión.

La apariencia física es la principal fuente de información que presenta una persona frente a los ojos de otra y es lo primero que se juzga.

En las sociedades primitivas a las mujeres gordas se las consideraba más atractivas y poseedoras, de status elevado por simbolizar la capacidad de su conyugue para dotarla de alimento. Se caracterizaban físicamente por poseer caderas grandes, senos voluminosos y firmes y un depósito de grasa en sus órganos sexuales sin separarse de su condición procreadora. Luego con la llegada del mundo moderno se intenta incrementar su atractivo socio sexual mediante la reducción o disminución de las dimensiones globales del cuerpo.

En el mundo clásico el cuerpo varonil era más atractivo que el femenino. Para los romanos se valoraba más la delgadez.

Más adelante en la edad media y el renacimiento comienza a utilizarse la falda, el escote se amplía y se suprimen las telas que tapaban.

En el siglo XX se impone el “talle de avispa” el deseo de poseerlo se provoca con el corsé, pero las caderas, nalgas y muslos se mantenían ocultas y exageradas. Se difunde el Miriñaque, vestido más ajustado que modelaba las caderas y los muslos, pero desapareció tiempo después.

Entre finales del XIX y principios del XX, época del Modelo Victoriano y la aparición de otros factores contextuales facilitaron la proliferación de los trastornos del comportamiento alimentario. En esta época (Gull, 1874) descubre la presencia de un trastorno que denominaron AN pero todavía no se manifestaba la existencia del miedo a engordar, y deseo de adelgazar; publica algunos casos clínicos bien descritos en los

que destaca el carácter “moral” y en esta época la palabra moral equivale hoy en día al carácter psicológico.

La aparición del cine constituyó el acontecimiento más importante, promotor de los criterios estéticos corporales (Toro 1996).

La sociedad actual se caracteriza por una gran importancia hacia el aspecto físico, principalmente manejando una tendencia hacia un modelo de cuerpo perfecto, de juventud y de belleza y para alcanzar este cuerpo ideal es fundamental ser flaco. El deseo por adelgazar se ha convertido en uno de los valores principales de nuestra cultura en los últimos tiempos. Es ante esto que se han desarrollado diversas industrias para su explotación, con el auge de centros de estética con tratamientos invasivos donde el objetivo es perder el mayor peso en el menor tiempo posible, también gimnasios, dietas en las revistas de moda como en el resto de los medios, sin dejar de mencionar incluso la industria farmacéutica con pastillas específicas que toman el reto del “cuerpo perfecto”.

Estas presiones e imposiciones culturales repercuten en las personas como mandato a satisfacer, y el ideal de delgadez extrema como vehículo para alcanzar el éxito, la aceptación, la belleza, la seguridad y ser aceptado socialmente. Ser lindo o linda abre puertas y carecer de atractivos físicos las cierra.

La mayoría de la investigaciones coinciden que el género femenino es muchísimo más susceptible a desarrollar una distorsión en la imagen corporal, sintiendo entonces gran insatisfacción respecto de su cuerpo y por consiguiente son más vulnerables de contraer conductas alimentarias inadecuadas. Esto es de esperarse si se considera que muchas mujeres son valoradas por su apariencia física antes que por su intelecto, generando que su cuerpo se perciba como instrumento de seducción y objeto sexual, donde el nivel de autoestima llega en primer lugar a depender de la apariencia física.

Myers y Biocca, (1992) proponen una modificación de la llamada “Teoría del autoesquema” elaborada por Markus (1977) para explicar cómo se asimilan los mensajes y los valores transmitidos por los medios de comunicación y como los mismo influyen sobre el sentido de Yo.

- Cuerpo ideal representado socialmente y presentado a través de medios de comunicación o encarnado y promovido por otras personas.

- Cuerpo objetivo.
- Cuerpo ideal interiorizado.

Actualmente otros autores como Odgen (2003) proponen que la insatisfacción de la imagen corporal se produce en tres circunstancias.

- Cuando hay distorsión de la imagen corporal (“creo que soy más gordo de lo que soy”).
- Cuando hay discrepancia respecto del cuerpo ideal (“creo que soy más gordo de lo que me gustaría ser”).
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo (“no me gusta mi cuerpo”).

5.1.2 Alteraciones de la imagen corporal

Una de las grandes preguntas es si existe una relación causal entre la distorsión de la imagen corporal por insatisfacción o bien si la relación es al revés; es decir, si se distorsiona la imagen corporal porque se está insatisfecho con el cuerpo o porque existe una insatisfacción con la imagen corporal se distorsiona la misma.

Hay que tener en cuenta que la preocupación por la imagen corporal, la insatisfacción por el mismo y las alteraciones perceptivas pueden aparecer como síntoma en distintos cuadros clínicos, por ejemplo pacientes con depresión muchas veces pueden verse feos o viejos cuando en realidad no lo son, o por lo contrario pacientes con manía que se vean súper atractivos. Otro caso de cuadros clínicos en donde las percepciones suelen estar muy alteradas, es en pacientes esquizofrénicos donde existen alucinaciones perceptivas visuales y de tipo somático. En estos casos hay que tener en cuenta que es solo un síntoma dentro del cuadro que presenta y que por lo tanto no son abordados específicamente.

Cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción ocupan la mente de una persona con gran intensidad y generan malestar significativamente negativo en la vida cotidiana de la misma, hablamos entonces de trastornos de la imagen corporal (TIC). Estas preocupaciones e insatisfacción por el propio cuerpo pasan a ser patológicas y centrales en la vida de un sujeto y por lo tanto requieren de una evaluación e intervención específica. Esta patología se incluye en el DSM-5 como

Trastorno Dismórfico Corporal dentro de los Trastornos Somatomorfos que se define como una preocupación excesiva por un defecto corporal o aspecto físico inexistente o de escasa entidad que produce malestar (APA, 2014).

Los criterios diagnósticos son:

- a) Preocupación por algún defecto imaginario del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa)(APA, 2014)

En el trastorno Dismórfico Corporal las preocupaciones y quejas pueden ser por cualquier parte del cuerpo específica (asimetría facial, delgadez del cabello, cicatrices, boca, acné, nariz, etc.) o bien estas preocupaciones pueden ser más globales.

Las alteraciones de la imagen corporal involucran:

Alteración perceptiva: La persona experimenta sentimientos negativos respecto a algún defecto que cree que tiene de sí, el cual es más pronunciado que el real o completamente desviado e irracional (distorsión perceptiva).

Alteración cognitiva afectiva: Estas personas presentan ideas irracionales y sobrevaloradas sobre su cuerpo como también, obsesiones, subestimación y hasta delirios. Estos errores cognitivos pueden conceptualizarse como pensamientos automáticos que intervienen en la interpretación de la realidad; distorsiones o errores cognitivos (Beck 1967-1979).

Cash (1991) ha identificado los principales esquemas cognitivos relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal:

La gente atractiva lo tiene todo.

Si controlo mi apariencia, podre controlar mi vida social y emocional.

La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.

El único modo en el que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.

Debería saber siempre como parecer atractivo.

La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.

Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.

Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mí.

Por otro lado y como producto de estas alteraciones el comportamiento de estas personas se caracteriza por cierta tendencia a organizar su vida alrededor de su preocupación corporal. Realizan conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados a determinada preocupación. Dichas conductas pueden ser la evitación de lugares sociales en donde pueden ser juzgados por los ojos de otras personas, o bien con conductas solitarias donde por ejemplo se evita mirarse al espejo o por lo contrario mirarse constantemente comprobando su defecto. Pueden llegar a usar ropas holgadas para camuflarse, usar cosméticos, buscar información tranquilizadora respecto de su defecto, utilizar pastillas que quiten el apetito y hasta algunos se someten a cirugías.

Por lo general en este tipo de trastornos hay una asociación directa a una baja autoestima, en donde la persona no se autovalora. Diversos estudios citados por Raich (2004) confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen, por lo tanto si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él.

Existen dos aspectos relevantes en cuanto a la autopercepción: por un lado su valencia, es decir, si son positivas o negativas y por otro su contenido, que tiene que ver con qué aspectos de las distintas áreas del desarrollo vital son más relevantes para la percepción de sí mismo (Harter, 1999).

Al mismo tiempo es muy difícil que se sepa apreciar cualidades, destrezas o trabajos como “positivos” separadamente del aprecio de propio cuerpo (Raich 2004). Tal puede ser el caso de las bailarinas clásicas en las que se halló en varias investigaciones, cierta insatisfacción por su cuerpo, y en el afán de querer ser perfectas en cuanto a técnica y físico no les permite disfrutar de su vocación, por lo tanto sentir disconformidad consigo mismas al punto de alterar el resto de sus actividades.

Las manifestaciones en el trastorno dismórfico se superponen con otros trastornos, como el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), pero la diferencia es que las obsesiones y compulsiones de los que padecen el trastorno dismórfico recaen en su apariencia y no en contaminación, orden e impulsos incontrolables. Otro motivo para categorizar el trastorno dismórfico bajo el TOC son la alta comorbilidad que tienen estos dos trastornos, por lo tanto los tratamientos elegidos para el TOC parecen ser eficaces en los TIC.

También aparece asociado directamente a la fobia social incluso más que con el TOC. A dicha fobia se la define como un temor persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público, en la que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible examen de los mismos. La persona que sufre respecto de su imagen corporal es consciente de ella y por lo tanto es común que deje de asistir a determinadas situaciones, (evite) o que la soporte con mucha ansiedad. Los síntomas interfieren en varias áreas de la vida cotidiana del individuo generando malestar significativo.

El trastorno hipocondriaco también presenta similitudes con el trastorno dismórfico, en el sentido que los sujetos que padecen algunos de estos trastornos tienen la convicción de que poseen un defecto corporal que no existe o es exagerado. En ambos el pensamiento genera ansiedad y se trata de aliviar con rituales de comprobación corporal, además buscan opiniones externas que los tranquilicen. En el trastorno dismórfico los sujetos por ejemplo buscan remedios de belleza a diferencia de los hipocondriacos que utilizan excesivamente los servicios médicos.

Por último los trastornos alimentarios tienen como característica fundamental el trastorno de la imagen corporal. Las semejanzas de estos trastornos son evidentes en los criterios diagnósticos. Muchas mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico muestran una historia o presentan criterios precisos para el diagnóstico de trastornos alimentarios (Hollander, Funsch y Warner, 1994; Phillips et al., 1993).

Raich, Torras y Mora (1997) realizaron un estudio con estudiantes universitarias para determinar la relación de diferentes variables con la imagen corporal, así como la relación de la insatisfacción corporal con los trastornos alimentarios; se encontró que existe una relación directa entre el autoestima, el índice de masa corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción corporal. Además se encontró que las más equilibradas tenían mejor autoestima como también un índice de masa corporal menor, presentando una buena imagen corporal y muy poco peligro de presentar trastornos alimentarios, mientras que a mayor psicopatología, más peso en relación a la altura (IMC) y menor autoestima, correspondía a una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas y conductas de evitación, siendo más frecuente que presentasen alteraciones en el comportamiento alimentario.

En otra investigación (Mora y Raich, 1993 y Raich, 2006) llegaron a la conclusión que pacientes con trastornos alimentarios tienen a sobrestimar el tamaño de su cuerpo más que grupos controles y afirman que esto no es producto de fallas perceptivas, que la insatisfacción corporal no es una consecuencia de la percepción alterada sino que parece ser realmente la causa.

5.2 Trastornos Alimentarios

Como se explicó en párrafos anteriores, la imagen corporal que uno tiene de sí, es una visión desde dentro de su apariencia física y a partir de dicha visión o percepción que tiene la persona puede estar satisfecho o no con la misma, si sucede la última opción entonces hablamos de insatisfacción corporal, siendo esta causante de gran malestar subjetivo en la persona y el principal factor que precede a las decisiones por adelgazar y por consiguiente el inicio de la mayor parte de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). *“En el contexto de los TAC, la insatisfacción corporal es*

consecuencia de la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal” (Toro, 2004,pp181).

La diferencia de los trastorno de la imagen corporal y los TAC respecto de la insatisfacción corporal, es la preocupación de la apariencia física en una valoración global de la persona y su autoestima (Raich, 2000). Por lo tanto ser flaco/a es el único aspecto importante en el autoconcepto de estas personas.

Los trastornos alimentarios tienen como característica fundamental el trastorno de la imagen corporal y las similitudes entre estos se pueden ver en los criterios diagnósticos.

Los trastornos alimentarios son trastornos de carácter psicológico que conllevan a graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta (Raich 2000).

Para Thompson y otros autores, en los trastornos de la alimentación aparece insatisfacción con la imagen corporal y preocupaciones centradas de manera global en el peso o tamaño del cuerpo, como también de lugares característicos específicos, como lo son las caderas, los muslos, la cintura o las caderas, (partes relacionadas con expectativas de maduración sexual y social) (Thompson, 1996; Perpiña, Botella y Baños, 2000).

Estos trastornos suelen estar asociados a psicopatologías graves y afectan a diferentes áreas de la vida diaria de la persona (Rosen, 1990).

Estas preocupaciones desencadenan conductas que pueden estar sujetas a factores internos como el nivel de autoestima, frustración por tener sobrepeso, o por factores externos como presiones familiares o mismo presiones que exigen determinados deportes o profesiones como el caso de la danza.

Índice de Masa Corporal

Existen distintos métodos para evaluar el peso de una persona, los más conocidos son el índice de peso relativo (IPR) ($\text{peso ideal-peso real/peso ideal} \times 100$), el Índice de masa corporal (IMC) ($\text{peso en kg/talla al cuadrado en cm}$), y el índice de Brocca (IB) ($\text{peso ideal} = \text{talla en cm}-100$). Sin embargo el que más se aconseja y es utilizado por el DSM-5 es el (IMC) Índice de Masa Corporal (Raich 1994). Es una

medida de asociación entre la masa y la talla de un sujeto, donde la masa se expresa en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros cuadrados.

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

A continuación se presenta una tabla que muestra la clasificación del estado nutricional de acuerdo a los valores obtenidos.

IMC	NIVEL DE PESO
Debajo de 17	Severo infrapeso
De 17,5 a 18,	Peso bajo
De 18,5 a 24,9	Peso normal
De 25 a 29,9	Sobrepeso
De 30 a 39,9	Moderadamente obeso
De 40 en adelante	Gran obeso

Por otro lado el DSM-5 agrupa a los trastornos de la alimentación y los califica como: Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de alimentos (APA, 2014), los mismos son:

- PICA
- Trastorno de rumiación
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de atracones

5.2.1 PICA

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no alimentarias y no nutritivas es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p.ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro del autismo, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

En remisión: Después de haberse cumplido todos los criterios para la pica con anterioridad, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

5.2.2 Trastorno de rumiación

- A. Regurgitación repetida de alimentos durante un periodo mínimo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, a tragar o se escupen.
- B. La regurgitación repetida no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p.ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, el trastorno de atracones o el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- D. Si los síntomas se producen en el contexto de otro trastorno mental (p.ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual] u otro trastorno del desarrollo neurológico), son suficientemente graves para justificar atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de rumiación, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

5.2.3 Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno alimentario se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

Especificar si:

En remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado

5.2.4 Anorexia Nerviosa

Los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa según el DSM-V (APA, 2014) son:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Extremo: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

5.2.5 Bulimia nerviosa

Los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa según el DSM-5 (APA, 2014) son:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1- Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.
 - 2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1–3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4–7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8–13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

5.2.6 Trastorno de atracones

A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- 1- Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

- 2- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
- 1- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - 2- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - 3- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 - 4- Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 - 5- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: 1–3 atracones a la semana.

Moderado: 4–7 atracones a la semana.

Grave: 8–13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana

Se incluyó en el DSM- 5 una propuesta que permitió incluir otros trastornos que no llegan a reunir todas las características descritas en las clasificaciones anteriores y por lo tanto no alcanzan los criterios para ser clasificados en los mismos, estos son los Trastornos alimentarios no especificados.

En estos trastornos interfieren los mismos aspectos descritos anteriormente en los trastornos de la imagen corporal, hablamos del cognitivo, perceptivo y comportamental.

Existen dos principales teorías cognitivas de los TCA, una para la anorexia nerviosa (Garner y Bermis, 1982) y la otra para la bulimia nerviosa (Fairburn y Cooper, 1986). Ambas señalan la importancia que ejercen los supuestos básicos o creencias disfuncionales que cumplen un papel principal en el mantenimiento de los comportamientos y actitudes de los TCA.

Siguiendo esta línea respecto de la importancia de las cogniciones disfuncionales, Cash plantea doce pensamientos automáticos más frecuentes, “Docena sucia de T. Cash (1997)”.

- La bella o la bestia: todos los pensamientos son dicotomías blanco/negro, es decir, no hay puntos intermedios.
- El ideal irreal: implica evaluarse a partir de un ideal estándar imposible
- La comparación injusta: consiste en compararse con gente más atractiva que nosotros.
- La lupa: cuando se exagera la importancia de un aspecto de nuestra apariencia que no gusta.
- La ceguera mental: consiste en minimizar nuestros aspectos favorables.
- La expansión de la fealdad: implica la generalización de la insatisfacción corporal a otras características.
- El juego de culpa: cuando se atribuyen acontecimientos negativos determinados aspecto de la apariencia que nos disgustan

- Leer (mal) la mente: es la creencia de que el resto de la gente me ve como yo me veo.
- Predecir la desdicha: implica esperar que un aspecto físico negativo tendrá consecuencias futuras.
- La atadura de la belleza: cuando se restringe el comportamiento debido a nuestra apariencia.
- Sentirse feo: si una interpretación personal se toma como certeza absoluta.
- El espejo malhumorado: consiste en encauzar el mal humor por cualquier cosa y dirigirlo a criticar la apariencia de uno.

Estos pensamientos automáticos son de suma importancia a tener en cuenta a la hora de detectar este tipo de trastornos, debido a que estas cogniciones disfuncionales son las que llevan a los sujetos a comportarse de tal manera.

De todas maneras los trastornos de la alimentación más comunes que aparecen tanto en jóvenes como en adultos y que con frecuencia presenta la población elegida en esta investigación, son la anorexia y la bulimia.

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria se caracteriza por un gran sentimiento de miedo enfermizo a engordar, en el que se presentan frecuentes episodios de voracidad y en el que las personas que lo sufren recurren a métodos compensatorios para evitar el aumento del peso tras los atracones. Se entiende por atracón al consumo de grandes cantidades de alimento en un periodo corto de tiempo en comparación de lo que la mayoría de las persona podría ingerir en el mismo lapso de tiempo. Estos atracones se caracterizan por estar acompañados de una sensación de falta de control por parte de la persona que lo padece. Dichos episodios pueden estar planeados con anterioridad o no y los alimentos que se consumen antes de estos episodios suelen ser generalmente dulces o de alto contenido calórico como son los hidratos de carbono (Raich 1994).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo de mantener el peso dentro de los límites normales (peso mínimo establecido para la edad, sexo y altura correspondiente) y por la alteración en la percepción de la imagen corporal, llevando a la persona a realizar conductas de alto riesgo como suprimir y reducir el consumo de alimentos de manera extrema hasta llegar al ayuno completo de 24 horas; llegan

también al abuso de laxantes y consumo de anorexígenos y diuréticos, actividad física extenuante y frecuencia de vómitos autoinducidos para perder peso (Raich 1994).

A continuación se presentan dos cuadros elaborados y ejemplificados en el que se pueden visualizar brevemente las alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales para la anorexia nerviosa y para la bulimia nerviosa. (Raich, Mora y Sanchez- Carracedo, 2002).

Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en la anorexia nerviosa

Alteraciones emocionales	Alteraciones del pensamiento	Alteraciones comportamentales
<p>Sentimientos depresivos: tristeza, llanto, anhedonia, insomnio, irritabilidad.</p> <p>Ansiedad: insatisfacción de su autoestima e imagen corporal, inquietud.</p> <p>Sentimientos de culpa tras la ingesta</p>	<p>Pensamiento dicotómico: “si no peso muy poco, engordare mucho”.</p> <p>Creencias irracionales incorporadas de la difusión social: “uno tiene el cuerpo que quiere”, “el cuerpo es infinitamente maleable”.</p> <p>Pensamiento obsesivo respecto al peso y la comida.</p> <p>Pensamiento perfeccionista.</p>	<p>Comportamientos relacionados con el cuerpo: cubrirse el cuerpo con demasiada ropa, mirarse mucho en el espejo o nunca, pesarse mucho o nunca.</p> <p>Comportamientos específicos relacionados con la comida: preparar comidas para otros y no comer uno, esconder comida, revisar muchas dietas, esconder comida o espaciarla por el palto.</p> <p>Aumento de la actividad física</p>

TABLA 1.1 Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en anorexia nerviosa

Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en bulimia nerviosa

Alteraciones emocionales	Alteraciones del pensamiento	Alteraciones comportamentales
<p>Baja autoestima.</p> <p>Sentimientos de culpa tras la ingesta.</p> <p>Sentimientos depresivos: ineficiencia, ansiedad, tristeza, anhedonia, llanto, inquietud e insomnio.</p> <p>Insatisfacción corporal.</p> <p>Insatisfacción con la falta de control en la comida.</p> <p>Cambios bruscos de humor.</p>	<p>Muchos conocimientos sobre dietas y poco sobre nutrición.</p> <p>Pensamiento dicotómico: “si no peso muy poco engordare mucho”.</p> <p>Pensamiento obsesivo respecto a la comida y el peso.</p> <p>Creencias irracionales incorporadas de la difusión social: “uno tiene el cuerpo que quiere”, “el cuerpo es infinitamente maleable.</p>	<p>Comportamientos relacionados con la comida: comer muy apresurado, comprar y preparar comida para los atracones, comer solo, beber líquido para facilitar el vómito, consumir alimentos prohibidos, revisar todo tipo de dietas.</p> <p>Comportamientos relacionados con el cuerpo: comprobar su cuerpo en el espejo constantemente o nunca, pesarse mucho o nunca, cubrir el cuerpo con ropa holgada.</p>

TABLA 1.2 Alteraciones emocionales, del pensamiento y comportamentales en bulimia nerviosa

5.2.7 Consecuencias a nivel clínico

Como consecuencia de la malnutrición en estos trastornos se encuentran alterados el funcionamiento del hipotálamo-hipófiso-gonadaly el funcionamiento del hipotálamo-hipófiso-tiroideo e hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Además afecta la neurotransmisión como consecuencia de la malnutrición produciendo disfunciones en los sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrérgico (Raich 2011).

Todo esto conlleva a poder contraer alteraciones óseas, neurológicas, digestivas, cardíacas y respiratorias, hormonales, dermatológicas, renales, sanguíneas, hematológicas, metabólicas y endocrinológicas (Serna de Pedro, 1998).

5.3 *Bailarines y Danza*

La danza es un arte en la cual el cuerpo de los bailarines es la máxima expresión de dicho arte. Si bien existen distintos campos del arte en donde el cuerpo es la herramienta de trabajo, como lo son el teatro y los pintores, dentro de todas estas manifestaciones artísticas el ballet es uno de los más criticados y cargados de prejuicios ya que el bailarín y/o bailarinas, sobre todo de danza clásica, deben cumplir con ciertas características físicas para poder realizar esta profesión. Estas características comprenden un físico muy delgado, de estatura alta y estilizada por lo tanto para conseguir el éxito deben adecuarse a estos estándares morfológicos específicos. Pero no todas las danzas requieren de dichas características para poder llevarlas a cabo, por ejemplo el folclore (baile típico de nuestro país), el flamenco, el tapé, o la salsa entre muchos más, no demandan estos requisitos.

La danza forma parte del ser humano desde la prehistoria, bailar fue el primer medio de expresión artístico del hombre, tratando de unir el movimiento, el gesto, el sonido y el canto (Lobet, 1958).

El fenómeno de la danza clásica se inició en la era romántica a mediados del siglo XIX, en esta época era mucho más espontánea y natural, pero con el correr del tiempo este lenguaje improvisado se ha ido modificando y profesionalizando en todo el mundo. En esta era romántica los coreógrafos crean múltiples papeles místicos, personajes imaginarios sobrenaturales como las hadas y ninfas, en donde las mismas por los rasgos característicos no pueden pisar el suelo, deben flotar en el aire, a ser

posible volar (Toro, 1996). Esto último es bien característico de las bailarinas de ballet ya que dicha danza exige que una bailarina después de dar por ejemplo un salto o parar en un giro, impacte sobre el piso de manera bien estética como si fuera una pluma, por lo tanto su peso también debe ser el mismo que el de una pluma. Si bien es claro que esto tiene que ver con ciertas cuestiones estéticas características de una bailarina de ballet, la cual debe generarle al público la impresión de ser delicadas y finas, existen también limitaciones físicas para llevar a cabo dicha danza, por ejemplo una persona con sobrepeso no podría llevar a cabo la realización de un “arabesque” (posición de danza clásica en el que la bailarina se sostiene en una pierna y extiende la otra hacia atrás en alto) ya que su tobillo no lo soportaría, sobre todo si además de realizar dicha posición debe al mismo tiempo estirar bien las rodillas, mantener el mentón en alto, las caderas parejas, la cola hacia dentro y estar en equilibrio. Este es un solo ejemplo de las tantas posiciones, pasos y de las exigencias físicas que requiere ser bailarina de ballet. Pero la exigencia y el esfuerzo no solo se limitan a lo físico sino que requiere además de mucho control y esfuerzo mental. El control de los movimientos corporales y la expresividad emocional logrado con su ejecución denota la necesaria participación de la psiquis.

El baile en general es la coordinación estética de movimientos expresados en gestos y posturas corporales en las que la persona manifiesta sus emociones, conflictos, ideas y motivos (Machover, 1975).

Estudios sobre habilidades mentales en bailarinas señalan que la confianza en si mismo juega un papel primordial en el éxito que se obtiene debido a que esta ayuda a disminuir el estrés.

Desde la década de los años 1980 que el ambiente de la danza ha sido señalado y considerado como riesgoso para el desarrollo del TAC, por autores como Jeanne Brooks-Gunn, Linda Hamilton y David Garner entre otros.

Como se habló anteriormente y como sostiene Anshel (2004) en el ambiente de la danza clásica la delgadez podría estar asociada a un mejor rendimiento y desempeño.

Urdapilleta, Cheneau, Masse y Blanchet (2007) observaron que las bailarinas desean verse más delgadas que las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa y que las mujeres de población general, presentan menor distorsión de la imagen corporal.

Sin embargo un estudio realizado por Anshel (2004) demostró que las estudiantes de danza clásica presentan insatisfacción con la imagen corporal y desean un cuerpo delgado en comparación con mujeres que no son estudiantes de ballet.

Dottiet (2002) señala que si bien la preocupación por el peso, la alimentación y la imagen corporal aumentan con la edad y el tiempo, en las bailarinas que practican dicha danza la ingesta reducida de calorías no se asocia necesariamente con la presencia de rasgos psicopatológicos.

Según Garner&Garfinkel (1980) la presión por la delgadez combinada con altas expectativas de competitividad, como ocurre en el ambiente del ballet, promueve las condiciones apropiadas para la manifestación de trastornos alimentarios, particularmente en adolescentes vulnerables.

Aunque se han realizado numerosas investigaciones a fin de encontrar la causa principal de estos trastornos, actualmente se considera que el inicio de los mismos posee un origen multicausal, más que lineal (Raich, 2001).

Los factores intervinientes para el desarrollo de estos trastornos como se mencionó anteriormente son múltiples, pero los de mayor apoyo empírico destacados por Levine y Smolak (2006) y Stice (2002), son los psicosociales, como la presión social, las dietas restrictivas y la interiorización del modelo estético delgado.

Entre los factores personales se encontrarían la insatisfacción corporal, la autoestima baja, el perfeccionismo (como en el ballet), historia de burlas relacionadas con la apariencia física por parte de pares y/o de los progenitores y el afecto negativo.

Además hay que tener en cuenta factores vitales estresantes como abuso físico, sexual y emocional en la infancia y por supuesto los factores mantenedores ya explicados como los cognitivos y conductuales (Raich, 2011).

Varias investigaciones realizadas coinciden en que los predisponentes genéticos y las condiciones biológicas como el sobrepeso o ciertas tendencias a engordar son factores que en interacción con otros factores pueden conducir al desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria.

En definitiva los trastornos alimentarios constituyen actualmente una gran y seria preocupación para las políticas públicas de la salud. En la Argentina, se sancionó la Ley 26.396 (2008) que declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios como temas de “interés nacional” teniendo como objetivo su prevención, diagnóstico y tratamiento.

VI. METODOLOGÍA

OBJETIVOS

General

Evaluar la insatisfacción de la imagen corporal y la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios en bailarinas profesionales de danza clásica y salsa.

Específicos

Examinar la insatisfacción de la imagen corporal de bailarinas profesionales de danza clásica.

Examinar la insatisfacción de la imagen corporal de bailarinas profesionales de salsa.

Comparar la insatisfacción de la imagen corporal de bailarinas de danza clásica y de salsa.

Examinar la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios de bailarinas profesionales de danza clásica.

Examinar la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios de bailarinas profesionales de salsa.

Comparar la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios de bailarinas de danza clásica y de salsa.

Relacionar la insatisfacción de la imagen corporal y la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios de bailarinas de danza clásica y salsa.

HIPÓTESIS

-H1 Las bailarinas de danza clásica presentarán mayor sintomatología asociada a los trastornos alimentarios y una percepción más negativa de la imagen corporal que las bailarinas de salsa.

H2- La insatisfacción de la imagen corporal se presentará fuertemente asociada a sintomatología asociada a los trastornos alimentarios.

MATERIALY METODOS

Tipo de diseño

Investigación aplicada de orientación teórico-metodológica de tipo cuantitativa. A su vez es una investigación de tipo comparativo y correlacional, transversal.

Muestra

La muestra estuvo comprendida por dos grupos. El “Grupo Clásico” conformado por 30 mujeres bailarinas de danza clásica y el “Grupo Salsa” comprendido por 30 mujeres bailarinas de salsa. Todas ellas forman parte de institutos profesionales de Capital Federal y del Conurbano Bonaerense.

Criterios de exclusión

Bailarinas de danza clásica y salsa que presenten 8 años o menos de práctica de la disciplina.

Bailarinas de danza clásica y salsa que no practiquen la disciplina profesionalmente.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron las escalas pertenecientes a cada variables a investigar (ICA y BSQ). Posteriormente se analizarán dichos protocolos según los baremos adecuados para la muestra a la que se accedió y se realizará el análisis estadístico de los resultados a través del Paquete de Análisis Estadístico para la Investigación en Ciencias Sociales SPSS, con el fin de comprobar las hipótesis planteadas.

El instrumento a utilizar para medir la variable Insatisfacción de la imagen corporal será el Body Shape Questionary (BSQ) (ver: Anexo A), elaborado en su versión original por Cooper, Tylor, Cooper et ál (1987) y adaptado a la población española por Mora y Raich (1993).

El cuestionario está compuesto por 34 ítems que se puntúan en una escala Likert de 1 a 6 que miden la frecuencia con que la persona se preocupa por cuestiones referidas a su imagen. En esta escala, 1 representaría “Nunca”, 2 “Raramente”, 3 “A veces”, 4 “A menudo”; 5 “Muy a menudo” y 6 “Siempre”. Permite obtener una puntuación global (suma de las puntuaciones directas de los ítems). Se derivan en 6 subescalas:

- Insatisfacción Corporal: posible presencia de una perturbación de la imagen corporal y sentimientos de disconformidad con el propio cuerpo respecto de su tamaño y forma.
- Preocupación por el Peso: presencia excesiva de sentimientos de miedo por llegar a ganar peso y deseo por perderlo.
- Preocupación por Aspectos Antiestéticos: preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o exagerado de la apariencia física del sujeto.
- Preocupación por la parte inferior del cuerpo: preocupación excesiva y exagerada del individuo respecto de sus muslos caderas y piernas.
- Empelo de vómitos o laxantes: conductas purgativas y/o compensatorias para perder peso.

El BSQ presenta una consistencia interna de 0,93, lo que indica una alta correlación entre los ítems que conforman la escala.

Para la evaluación de las conductas alimentarias se administró el inventario ICA (Casullo & Perez, 2003) (ver: Anexo B). Esta técnica es una adaptación del Inventario de Desordenes en la Alimentación (EDI) desarrollado por Garner, (1991).

El mismo evalúa la presencia de síntomas asociados con los Trastornos Alimentarios categorizados en 11 dimensiones psicológicas:

- Deseos de Adelgazar: necesidad del sujeto de estar mucho más delgado o su temor a “ser gordo”. Los ítems que integran esta subescala se vinculan con preocupaciones por la dieta, el peso, el temor a aumentar de peso.
- Bulimia: tendencia a pensar o involucrarse en comportamientos que implican comer de manera excesiva.
- Insatisfacción Corporal: sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo propio (su forma y/o tamaño), presencia de una perturbación en la imagen corporal.
- Ineficacia: presencia de sentimientos de inseguridad, desamparo, falta de control sobre la propia vida. Se vincula con “baja autoestima”, “pobre autoconcepto”, incluyendo además referencia a sentimientos de “vacío” y “soledad”.
- Perfeccionismo: presencia de sentimientos o creencias acerca de que los demás esperan del sujeto solo conductas exitosas.
- Desconfianza: existencia de sentimientos sobre la necesidad de mantenerse alejado/a de las demás personas.
- Alexitimia: presencia de sentimientos confusos en relación con el reconocimiento de afectos, la imposibilidad de diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- Miedo a Crecer: hacer referencia al deseo de poder detener el crecimiento personal, el miedo a crecer y convertirse en adulto.
- Ascetismo: tendencia de comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol.
- Impulsividad: presencia de tendencias impulsivas, hiperactividad, hostilidad, componentes destructivos en las relaciones interpersonales esta dimensión está relacionada con características de personalidad borderline y psicopática.
- Inseguridad Social: creencia de la persona respecto a sus relaciones sociales, las que pueden ser percibidas como tensas, inseguras, desagradables, y en general de baja calidad.

La prueba consta de 91 ítems en una escala Likert que va de Siempre (o casi siempre), generalmente, algunas veces y nunca (o casi nunca).

VII. RESULTADOS

Prueba de normalidad

Para comenzar, las variables de la siguiente investigación fueron sometidas a la prueba de normalidad para determinar la distribución de las mismas. Debido a que la muestra es menor a los 50 casos en cada grupo se realizó una prueba de Shapiro-Wilk (Tabla 1).

	Danza	Sig.
Deseos de adelgazar	Salsa	,032
	Clásico	,315
Bulimia	Salsa	,000
	Clásico	,074
Insatisfacción corporal	Salsa	,007
	Clásico	,789
Ineficacia	Salsa	,007
	Clásico	,645
Perfeccionismo	Salsa	,022
	Clásico	,422
Desconfianza	Salsa	,315
	Clásico	,094
Alexitimia	Salsa	,061
	Clásico	,474
Miedo a crecer	Salsa	,011
	Clásico	,118
Ascetismo	Salsa	,000
	Clásico	,003
Impulsividad	Salsa	,005
	Clásico	,049
Inseguridad social	Salsa	,063
	Clásico	,427
Preocupación por el peso	Salsa	,016
	Clásico	,141

Preocupación por aspectos antiestéticos	Salsa	,001
	Clásico	,425
Preocupación corporal general	Salsa	,000
	Clásico	,128
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	Salsa	,000
	Clásico	,000
Empleo de vómitos o laxantes	Salsa	,010
	Clásico	,099
Insatisfacción corporal	Salsa	,007
	Clásico	,789

Tabla 1. Prueba de normalidad

Insatisfacción de la imagen corporal y sintomatología asociada a los trastornos alimentarios en bailarinas de danza clásica y salsa.

Dado que la mayoría de las variables han presentado una distribución asimétrica en la prueba de normalidad ($\text{sig.} < 0,05$) se optó por la utilización de estadísticos no paramétricos.

Para comparar ambos grupos de bailarinas en las variables “Insatisfacción de la imagen corporal” y “Sintomatología asociada a los trastornos alimentarios” se aplicó una prueba *U* de Mann-Whitney (Tabla 2).

Los resultados han evidenciado diferencias fuertemente significativas en las dimensiones “Deseos de adelgazar” ($\text{sig. } ,000$), “Perfeccionismo” ($\text{sig. } ,000$), “Empleo de vómitos o laxantes” ($\text{Sig. } ,000$); y diferencias moderadas en las dimensiones “Bulimia” ($\text{sig. } ,024$), “Insatisfacción corporal” ($\text{sig. } ,007$), “Alexitimia” ($\text{sig. } ,016$), “Miedo a crecer” ($\text{sig. } ,008$), “Ascetismo” ($\text{sig. } ,009$), “Preocupación corporal general” ($\text{sig. } ,002$), “Preocupación por la parte inferior del cuerpo” ($\text{Sig. } ,048$) e “Insatisfacción corporal” ($\text{Sig. } 007$).

	Grupo Clásico	Grupo Salsa	
	<i>Rango promedio</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>*P</i>
Deseos de adelgazar	39,92	21,08	,000
Bulimia	35,53	25,47	,024
Insatisfacción corporal	36,57	24,43	,007
Ineficacia	33,15	27,85	,238
Perfeccionismo	39,57	21,43	,000
Desconfianza	34,62	26,38	,066
Alexitimia	35,88	25,12	,016
Miedo a crecer	36,43	24,57	,008
Ascetismo	36,28	24,72	,009
Impulsividad	32,03	28,97	,494
Inseguridad social	32,88	28,12	,288
Preocupación por el peso	33	28	,263
Preocupación por aspectos antiestéticos	34,75	26,25	,056
Preocupación corporal general	37,20	23,80	,002
Preocupación por la parte inferior del cuerpo	34,72	26,28	,048
Empleo de vómitos o laxantes	38,32	22,68	,000
Insatisfacción corporal	36,57	24,43	,007

Tabla 2. Prueba *U* de Mann Whitney

Distorsión de la Imagen Corporal en bailarinas de danza clásica y salsa

Utilizando el punto de corte especificado por el Body Shape Questionary (BSQ) para la identificación de una distorsión o patología respecto de la imagen corporal, a continuación se presentan frecuencia y porcentaje de casos.

		Frecuencia	Porcentaje
Salsa	No patológico	28	93,3
	Patológico	2	6,7
	Total	30	100,0
Clásico	No patológico	17	56,7
	Patológico	13	43,3
	Total	30	100,0

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de “Distorsión de la imagen corporal

Los resultados muestran que el “Grupo Clásico” es el que presenta la mayor prevalencia de casos con una percepción patológica de la imagen corporal, por ende una mayor insatisfacción.

Insatisfacción de la imagen corporal y su vinculación a la sintomatología asociada a los trastornos alimentarios

Para determinar la relación entre las variables “Insatisfacción de la imagen corporal” y “Sintomatología asociada a los trastornos alimentarios” se aplicó una prueba Rho de Spearman (Tabla 4 y 5). Dado que el eje central del trabajo es la comparación entre los grupos de bailarinas, los resultados de las asociaciones han sido segmentados para visualizar las posibles diferencias entre ambos.

Grupo Clásico			Preocupación por el peso	Preocupación por aspectos antiestéticos	Preocupación corporal general	Preocupación por la parte inferior del cuerpo	Empleo de vómitos o laxantes	Insatisfacción corporal
Rho de Spearman	Deseos de adelgazar	Coefficiente de correlación	,450 [*]	,647 ^{**}	,807 ^{**}	,608 ^{**}	,418 [*]	,742 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,013	,000	,000	,000	,022	,000
	Bulimia	Coefficiente de correlación	,324	,789 ^{**}	,514 ^{**}	,493 ^{**}	,253	,580 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,081	,000	,004	,006	,177	,001
	Insatisfacción corporal	Coefficiente de correlación	,710 ^{**}	,586 ^{**}	,804 ^{**}	,828 ^{**}	,310	1,000 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,000	,096	
	Ineficacia	Coefficiente de correlación	,718 ^{**}	,518 ^{**}	,751 ^{**}	,702 ^{**}	,576 ^{**}	,804 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000	,003	,000	,000	,001	,000
	Perfeccionismo	Coefficiente de correlación	,173	,326	,287	,415 [*]	,301	,356
		Sig. (bilateral)	,362	,079	,124	,022	,106	,054
	Desconfianza	Coefficiente de correlación	,187	,371 [*]	,450 [*]	,366 [*]	,262	,582 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,324	,044	,013	,047	,162	,001
	Alexitimia	Coefficiente de correlación	,482 ^{**}	,371 [*]	,570 ^{**}	,565 ^{**}	,524 ^{**}	,542 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,007	,044	,001	,001	,003	,002
	Miedo a crecer	Coefficiente de correlación	,473 ^{**}	,388 [*]	,315	,557 ^{**}	,019	,407 [*]
		Sig. (bilateral)	,008	,034	,089	,001	,921	,025
	Ascetismo	Coefficiente de correlación	,515 ^{**}	,348	,516 ^{**}	,704 ^{**}	,440 [*]	,588 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,004	,060	,004	,000	,015	,001
	Impulsividad	Coefficiente de correlación	,144	,116	,383 [*]	,421 [*]	,327	,526 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,447	,541	,037	,021	,078	,003
	Inseguridad social	Coefficiente de correlación	,594 ^{**}	,183	,478 ^{**}	,602 ^{**}	,132	,715 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,001	,332	,007	,000	,486	,000

Tabla 4. Rho de Spearman – Grupo Clásico

Grupo Salsa			Preocupación por el peso	Preocupación por aspectos antiestéticos	Preocupación corporal general	Preocupación por la parte inferior del cuerpo	Empleo de vómitos o laxantes	Insatisfacción corporal
Rho de Spearman	Deseos de adelgazar	Coefficiente de correlación	,489 ^{**}	,597 ^{**}	,662 ^{**}	,451 [*]	,396 [*]	,561 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,006	,000	,000	,012	,030	,001
	Bulimia	Coefficiente de correlación	,441 [*]	,469 ^{**}	-,029	,637 ^{**}	-,072	,495 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,015	,009	,880	,000	,705	,005
	Insatisfacción corporal	Coefficiente de correlación	,914 ^{**}	,331	,435 [*]	,513 ^{**}	,213	1,000 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000	,074	,016	,004	,257	
	Ineficacia	Coefficiente de correlación	,443 [*]	,159	,294	,200	,035	,479 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,014	,400	,114	,289	,856	,007
	Perfeccionismo	Coefficiente de correlación	,619 ^{**}	,198	,394 [*]	,170	,135	,564 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000	,293	,031	,370	,478	,001
	Desconfianza	Coefficiente de correlación	,609 ^{**}	,148	,104	,327	-,015	,606 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,000	,436	,586	,078	,939	,000
	Alexitimia	Coefficiente de correlación	,016	-,063	-,086	,195	,153	-,106
		Sig. (bilateral)	,935	,742	,650	,301	,419	,577
	Miedo a crecer	Coefficiente de correlación	,153	-,014	-,011	,206	,221	,119
		Sig. (bilateral)	,419	,941	,954	,274	,241	,530
	Ascetismo	Coefficiente de correlación	-,001	-,070	-,113	,341	,186	,030
		Sig. (bilateral)	,996	,715	,553	,065	,326	,875
	Impulsividad	Coefficiente de correlación	,348	,299	,230	,381 [*]	-,052	,438 [*]
		Sig. (bilateral)	,060	,108	,221	,038	,784	,015
	Inseguridad social	Coefficiente de correlación	,319	,376 [*]	-,094	,346	,016	,378 [*]
		Sig. (bilateral)	,085	,041	,622	,061	,934	,040

Tabla 5. Prueba *Rho* de Spearman – Grupo Salsa

Los resultados han manifestado que en el “Grupo Clásico”, a diferencia del “Grupo Salsa”, las asociaciones entre las dimensiones de las variables han sido de mayor fuerza y prevalencia.

VIII. CONCLUSIONES

El propósito de este trabajo de investigación fue evaluar la insatisfacción de la imagen corporal y la sintomatología o rasgos psicológicos que pueden estar fuertemente asociados al desarrollo de trastornos alimentarios en un grupo considerado de alto riesgo para el desarrollo de los mismos. Este es el caso de las bailarinas de danza clásica, ya que esta disciplina enfatiza la delgadez o esbeltez de la silueta como requisito importante para el óptimo rendimiento.

Es por esto que en el presente trabajo se optó por incluir a otro grupo de bailarinas como lo son las bailarinas de salsa, en donde la danza no exige de ciertas características ni condiciones físicas para el desempeño de la misma. De este modo se podrá conocer si existen diferencias entre ambos grupos respecto a sus actitudes alimentarias e insatisfacción con la imagen corporal.

A partir de los datos arrojados, se pudo observar que existen diferencias fuertemente significativas entre un grupo y otro. En lo que respecta a la primera hipótesis de este trabajo se pudo confirmar que las bailarinas clásicas son las que presentan mayor sintomatología asociada a los trastornos alimentarios. Este grupo presentó un mayor deseo de adelgazar que las bailarinas de salsa. Si bien pueden ser mujeres con un peso normal, hay una necesidad de las mismas de estar mucho más delgadas o bien sentir cierto miedo a engordar. Es frecuente en estas bailarinas las preocupaciones por la dieta, el peso y el temor a aumentar (Casullo & Perez 2003). Del mismo modo que Paredes, Nessier y Gonzalez (2011) en un estudio realizado con bailarinas de ballet, encontraron entre las conductas y preocupaciones más frecuentes de las mismas, mucho miedo a pesar demasiado, gran preocupación de tener grasa en el cuerpo y también el deseo de estar más delgadas.

Presentaron además una profunda diferencia en cuando al perfeccionismo. Las bailarinas clásicas son mucho más perfeccionistas que las bailarinas de salsa y esto es de esperarse ya que dicha danza se caracteriza por el perfeccionismo mismo en todos sus aspectos, desde las exigencias de la profesión basadas estrictamente en el logro de una técnica perfecta y hasta en todos los demás aspectos de su vida en general, como el cuidado del cuerpo, y sobre todo la dieta. Deben conservar un peso y una silueta estética, la cual raya entre lo mítico y lo perfecto, y conservarla aunque esté en riesgo la salud (Betancourt y Díaz, 2004).

Por otro lado, se encontraron diferencias fuertemente significativas en cuanto a la presencia de conductas compensatorias inadecuadas por parte de las bailarinas de clásico. Esto se pudo evidenciar en ambos instrumentos, tanto en el BSQ en la dimensión “Empleo de vómitos o laxantes”, como en el ICA en la dimensión “Bulimia”. Cabe destacar además que existen otros métodos purgativos y compensatorios que podrían estar también llevándose a cabo, como el exceso de actividad física, consumo de diuréticos o pastillas para bajar de peso. Del mismo modo Rinham, Klump, Kaye, Libman, Stowe & Marcus (2006) sostienen que las bailarinas presentan frecuentes atracones y conductas purgativas y que la patología es tan severa como la de aquellas mujeres que no realizan dicha disciplina pero que si presentan trastornos alimentarios.

Otras de las dimensiones que presentaron diferencias estadísticamente significativas pero más moderadas fueron el “Miedo a crecer” en el que puede haber cierto temor a crecer y convertirse en adulto en el grupo de las bailarinas de clásico, como así también en la dimensión “Alexitimia”. Esta dimensión hace referencia al mundo emocional directamente, a la dificultad de poder identificar y describir sentimientos, como a la imposibilidad de poder diferenciar sentimientos de sensaciones corporales (Nemiah,1977). Esto nos da la pauta de que en este grupo de bailarinas es más común no saber atribuir a qué se debe su estado emocional, centrándose mucho más en la comida o en las conductas purgativas que en todo lo demás que les rodea.

El “Grupo clásico” demostró también tener una importante tendencia a comportarse de manera “virtuosa” a través de ciertos ideales como la autodisciplina, el autorechazo y el autocontrol, al mostrar diferencias significativas en la variable “Ascetismo”.

Por otro lado y como punto importante en esta investigación, se pudo comprobar que el grupo más insatisfecho corporalmente es también el de clásico, mostrando mayores sentimientos de disconformidad con determinadas partes del cuerpo, como por ejemplo una mayor preocupación por la parte inferior del cuerpo y una mayor preocupación corporal general. Cuando hay insatisfacción de la imagen corporal, es probable que exista una distorsión de la misma (Guelar y Crispo, 2000), por lo tanto, presencia de una perturbación en la imagen corporal. Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos alimentarios tienen como característica fundamental el trastorno de la imagen corporal y esto puede verse en las semejanzas de los criterios diagnósticos. Gran parte de mujeres diagnosticadas con trastorno de la imagen corporal

(Trastorno Dismórfico) muestran una historia o presentan criterios precisos para el diagnóstico de trastornos alimentarios (Hollander, Funsch y Warner, 1994 y Phillips et al.,1993).

Al mismo tiempo un estudio realizado por Anshel (2004) muestra también que las estudiantes de ballet presentan insatisfacción con la imagen corporal y desean un cuerpo delgado en comparación con otras mujeres que no son estudiantes de ballet.

También diversos estudios han evidenciado que independientemente de la actividad que se realice, la mujer se ve inmersa en un mundo que le exige cubrir ciertos patrones corporales (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Aleman, 2001) pero en algunas subculturas como en el ballet se muestran porcentajes más altos de insatisfacción corporal.

Por otro lado, se pudo comprobar que la insatisfacción de la imagen corporal se relaciona fuertemente con sintomatología asociada a los TCA y que el grupo clásico manifestó mayores asociaciones entre las dimensiones y mayor fuerza en su significación. Por ejemplo en el “Grupo clásico” la insatisfacción corporal ha presentado una asociación fuerte y positiva con el deseo de adelgazar, la ineficacia e inseguridad social; un estudio realizado por Raich (2000) afirma también que una imagen corporal negativa estará asociada con frecuencia a una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia. También hubo una asociación positiva y fuertemente significativa con bulimia, desconfianza, alexitimia, miedo a crecer, ascetismo e impulsividad.

Por su parte, el “Grupo salsa” ha mostrado una asociación positiva y fuerte entre insatisfacción corporal y desconfianza; y una asociación positiva y fuertemente significativa con deseo de adelgazar, perfeccionismo e impulsividad. También ha mostrado una asociación, aunque marginal, con inseguridad social.

Por último los valores obtenidos han evidenciado que existe un marcado riesgo de estar padeciendo un trastorno alimentario por parte de uno de los grupos y se confirma la hipótesis de que el mismo corresponde a las bailarinas de clásico, siendo que de estas el 43,3% presentó una distorsión de la imagen corporal que puede considerarse patológica, mientras que en las bailarinas de salsa sólo un 6,7% ha mostrado esta característica

No aceptarse como persona, ser demasiado perfeccionista, tener autoexigencias desmedidas, sentir inseguridad, preocuparse con exceso por la apariencia física o por lo que piensen los demás de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida y ser poco habilidoso en las relaciones sociales, son algunos de los factores psicológicos que pueden desembocar en el trastorno de la imagen corporal o en algún trastorno de la alimentación.

De todas maneras y como muchas investigaciones han afirmado, de todos los factores psicológicos que causan los TCA, la insatisfacción corporal es el antecedente más evidente. Pueden influir también otras variables como pueden ser la familia, separaciones, cambio de cultura etc.; pero en el ambiente del ballet se suman variables como la competitividad, experiencias de fracaso y la presión por la delgadez que el mismo ambiente ejerce, promoviendo así las condiciones apropiadas para la manifestación de trastornos alimentarios.

“En el contexto de los TAC, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y cuerpo ideal” (Toro, 2004, pp.181).

De lo expuesto anteriormente podemos concluir que la preocupación por el peso y la insatisfacción corporal está presente de forma permanente en la población general, pero efectivamente existen características propias de la actividad que potencian el riesgo de presentar estos trastornos.

Se podrían realizar futuras investigaciones con un seguimiento a largo plazo de las bailarinas en riesgo, ya que los desórdenes de la alimentación tienden a ser crónicos, existiendo además una importante alteración psicológica asociada que complica aún más la evolución y el desenlace.

Este estudio contribuirá a un mejor conocimiento del tema con el fin de encarar tareas de prevención a través de capacitaciones en temas de salud y nutrición tanto en bailarinas como en profesores de ballet.

IX. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA), (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Anshel, M.H. (2004). Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and nondancers. *Journal of Sport Behavior*, 27, (2). Base de datos: SPORTDiscus.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Cash, T.F. (1991). *Body image therapy: a program for self-directed change*. Nueva York: Guilford.
- Cash, T.F. (1997). *The body image work book. An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland: New Harbinger.
- Castillo López, P. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal: Un estudio de serie de casos. (Máster en psicología, Salud y Neuropsicología). Universidad Jaume: Castellón de la Plana.
- Casullo, M. M. & Perez, M. (2003). Inventario para la evaluación de conductas alimentarias. [Recuperado de <http://aidep.org/uba/Bibliografia/lca%20Apunte.pdf> el 07.03.14].

Díaz Sánchez. M., Mercader Camejo. O., Blanco Aneto. J., Ordoñez. I., Moreno López. V, Romero. M, Iglesias. S & Ferret Martínez. A (2010). Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarinas de ballet. *Trastornos de la conducta alimentaria* (12) 1316-1329: La Habana.

Fairburn, C., Cooper, Z. y Cooper, J. (1986). *The clinical features and maintenance of bulimia nervosa*. En K. D. Brownell y J. P. Foreyt (dirs.), *Handbook of eating disorders: physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia* (pp. 389- 404). Nueva York: Basic Books.

Fiorini, R. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosa: prevalencia y características de personalidad asociadas en una muestra de bailarina del área metropolitana de caracas* (tesis de grado). Facultad de Humanidades y Educación. Universidad Católica Andrés Bello: Caracas.

Garner, D. y Bermis, K. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.

Harter, S. (1999). *The construction of the self: a Developmental perspective*. New York: The Guilford Press.

Lobet, M. (1958). *La dance*. París, Hachette.

Marco, M. (2011). *Bienestar psicológico y trastorno alimentarios en bailarinas de ballet* (tesis de grado). Facultad de Psicología y Relaciones humanas. Universidad Abierta Interamericana: Buenos Aires.

- Montero, M.&Giménez, J. (2008). Imagen corporal percibida e imagen corporal deseada en estudios universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 3 (1), 13-30.
- Myers, N. & Biocca, A. (1992), "The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women", *Journal of Communications*, 42 (Summer), 108B116
- Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating: From Healthy to Unhealthy Behaviour*. Blackwell, Oxford.
- Ocampo, M.T., López, X., Álvarez, G.L. y Mancilla, J.M. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica con y sin trastorno alimentario. En F. Peña y R.M. Ramos (Eds.): *Estudios de antropología biológica*, (4), 521-535. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM.
- Paredes, F., Nessier, C. y González, M. (2011). Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. [Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v29n136/v29n136a03.pdf> el 06.10.14].
- Pérez, B. (2013). *Contribución de la personalidad, variables clínicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios (tesis doctoral)*. Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades. Universidad de Castilla La Mancha, Cuenca.

- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios*. Valencia: Promolibro.
- Pick, A. (1922). Störung der orienierung am eigenenkorper. *Psychologische Forschung*, 1, 303-315.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*: Madrid: Pirámide.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámides.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rojas, E. & Urrutia, A. (2008). Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana de Costa Rica. [Recuperado http://www.csielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140914292008000200002&script=sci_arttext el 06.06.14].
- Rosen, J.C., Silberg, S., Srebnik, D. y Went, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.

Rosen, J.C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.

Rutzstein, G. Armatta, A. M., Leonardelli, E., Lievendag, L., Maglio, L. y Otalora, J. (2007). Trastornos alimentarios en estudiantes de ballet: identificación de casos con riesgo. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.

Rutzstein, G. Murawski, L. Amaratta, A.M. Leonardelli. E. y Maglio, A. L. (2010). Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, (1), 55-68.

Sanchez, M. E., Camejo, O. M., Blanco, J., Ordoñez, I., Moreno, V., Romero, M. C., y Martinez, A. (2010). Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet. *Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1316-1329.

Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Kegan Paul.

Serna de Pedro. (1998). *Comer no es un placer: anorexia, bulimia, obesidad*. Madrid: Editorial Litofinter.

Slade, P. (1994). What is body image? Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 188-199.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*.
Barcelona: Ariel Ciencia.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencia.

Valdez Medina, J. & Guadarrama, R. (2007). Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. *Psicología y salud*, 18 (1) ,63-68.

Vargas, R. (2008). Tamaño, composición e imagen corporal en una muestra de bailarines de ballet profesional de dos escuelas de la universidad de Caracas (tesis de grado). Universidad Central de Venezuela: Caracas.

Williamson, A., Davis, C. Duchman, E., McKenzie, S. y Watkins, P. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. Nueva York: Pergamon Press.

|

X. ANEXOS

Anexo A – Body Shape Questionary (BSQ)

Edad:..... Ocupación:.....Danza.....

Estudios cursados:.....Lugar de residencia:.....

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una X el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Es Raro	A Veces	A Menudo	Muy a Menudo	Siempre
IC1	Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?						
IC2	Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?						
IC3	Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
IC4	Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?						
IC5	Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?						
IC6	Sentirte lleno (después de la comida) te ha hecho sentir gordo/a?						
IC7	Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?						
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara?						
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?						
IC10	Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
IC11	El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?						
IC12	Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?						
IC13	Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando ves televisión, leyendo o conversando)						
IC14	Estar desnudo/a cuando te bañas ¿te ha hecho sentir gordo/a?						
IC15	Has evitado llevar ropa que marcase tu figura?						
IC16	Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?						
IC17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?						
IC18	Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?						
IC19	Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?						
IC20	Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
IC21	La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?						
IC22	Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?						
IC23	Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)						
IC24	Te ha preocupado que la gente vea "llantitas" en tu cintura?						
IC25	Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tu?						
IC26	Has vomitado para sentirte más delgado/a?						
IC27	Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?						
IC28	Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
IC29	Verte reflejada en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?						
IC30	Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?						
IC31	Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?						
IC32	Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?						

Página 1

Anexo B: Inventario de Conductas Alimentarias (ICA)

A continuación leerás 91 ítems que hacen referencia a tus sentimientos, actitudes y comportamientos. Para cada uno de ellos indicá con una X en el cuadro correspondiente de acuerdo con la frecuencia con que para vos te sucede lo que dice. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se sincero al responder y hacerlo de acuerdo a lo que pienses o sientas

	Siempre o casi siempre	Generalmente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1 Como dulces e hidratos de carbono (pastas, pan, etc.) sin hacerme problemas	-	-	-	-
2 Pienso que mi abdomen (panza) es demasiado grande	-	-	-	-
3 Me gustaría sentirme segura/o como cuando era chica/o	-	-	-	-
4 Cuando estoy nerviosa/o me pongo a comer	-	-	-	-
5 Me lleno excesivamente de comida	-	-	-	-
6 Me gustaría ser más joven	-	-	-	-
7 Pienso acerca de hacer dieta	-	-	-	-
8 Me asusto cuando siento emociones muy fuertes	-	-	-	-
9 Creo que mis muslos son demasiado grandes	-	-	-	-
10 Siento que no sirvo para nada	-	-	-	-
11 Me siento muy culpable cuando como demasiado	-	-	-	-
12 Creo que mi abdomen (panza) es de tamaño normal	-	-	-	-
13 Para mi familia lo más importante es ser primero en todo	-	-	-	-
14 La infancia es la etapa más feliz de la vida	-	-	-	-
15 Soy muy abierta/o con mis sentimientos	-	-	-	-
16 Me aterroriza subir de peso	-	-	-	-
17 Confío en los demás	-	-	-	-
18 Me siento muy sola/o	-	-	-	-
19 Estoy conforme con el cuerpo que tengo	-	-	-	-
20 En general puedo manejar lo que pasa en mi vida	-	-	-	-
21 Me resulta difícil entender mis sentimientos	-	-	-	-

	Siempre o casi siempre	Generalmente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22 Me gusta más ser un/a adulto/a que un/a niño/a
23 Me resulta fácil comunicarme con los demás
24 Desearía ser otra persona
25 Exagero la importancia del peso de mi cuerpo
26 Puedo darme cuenta claramente de lo que siento (miedo, alegría, rabia, etc.)
27 Siento que no hago nada bien
28 He llegado a comer y comer sin poder parar
29 De niña/o me esforcé por no desilusionar a mis padres y maestros
30 Tengo buenos vínculos afectivos
31 Me gusta la forma de mis nalgas (cola)
32 Quiero estar más delgada/o
33 No sé que pasa dentro mío
34 Me resulta difícil expresar mis sentimientos a los demás
35 Es muy difícil ser adulta/o
36 Detesto cuando no soy la/él mejor en algo
37 Me siento segura/o de mi misma/o
38 Pienso mucho en comer
39 Me alegra no ser más una chica/o
40 Me confundo cuando intento saber si estoy hambriento/a o no
41 Tengo una baja opinión de mi misma/o
42 Creo que puedo lograr las metas que me propongo
43 Mis padres esperan de mí un alto nivel de rendimiento
44 Me preocupa no poder controlar mis sentimientos
45 Creo que mis caderas son demasiado grandes
46 Como moderadamente cuando estoy con otras personas y excesivamente si estoy solo/a
47 Me siento llena/o después de una comida pequeña
48 Creo que la niñez es la época más feliz de la vida
49 Si aumento de peso, me preocupa seguir aumentando
50 Siento que soy una persona valiosa
51 Cuando me siento nerviosa/o , no sé si estoy triste, enojada/o o atemorizada/o
52 Creo que tengo que hacer todo a la perfección o no hacer nada
53 Pienso que si trato de vomitar podré bajar de peso

	Siempre o casi siempre	Generalmente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
54 Necesito tener a la gente a cierta distancia (me incomoda/o si alguien trata de acercarse demasiado a mí)
55 Creo que el tamaño de mis muslos es normal
56 Me siento emocionalmente vacía/o
57 Puedo hablar sobre problemas o sentimientos personales
58 La mejor época de la vida es cuando se llega a ser adulta/o
59 Creo que mis nalgas (cola) son demasiado grandes
60 Tengo sentimientos que no puedo explicar
61 Como o bebo a escondidas
62 Creo que mis caderas son del tamaño normal
63 Me propongo metas sumamente elevadas
64 Cuando estoy nerviosa/o, me preocupa que voy a empezar a comer
65 Las personas que más me agradan terminan desilusionándome
66 Me avergüenza ser una persona débil
67 Algunas personas piensan que soy emocionalmente inestable
68 Me gustaría poder dominar las tentaciones de mi cuerpo
69 Me siento cómoda/o en la mayoría de las situaciones grupales
70 Digo cosas impulsivamente de las que después me arrepiento
71 Me esfuerzo mucho por hacer cosas que me den placer
72 Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir drogas
73 Soy comunicativa/o con la mayoría de la gente
74 Tengo vínculos que me hacen sentir atrapada/o
75 Me siento fortalecida/o espiritualmente cuando me privo de ciertas cosas
76 Los demás son capaces de entender mis problemas
77 Me es imposible sacar de mi cabeza ciertos pensamientos extraños
78 Comer por placer es un signo de debilidad
79 Suelo tener ataques de rabia
80 Creo que la gente me da el reconocimiento que merezco
81 Tengo que cuidarme de mi tendencia a consumir alcohol
82 Creo que pasarla bien es una pérdida de tiempo
83 Algunas personas piensan que me enojo fácilmente
84 Siento que todo me sale mal
85 Cambio fácilmente de estado de ánimo

	Siempre o casi siempre	Generalmente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
86 Me avergüenzo de las tentaciones de mi cuerpo	▪	▪	▪	▪
87 Me gusta más estar solo/a que en compañía de otras personas	▪	▪	▪	▪
88 El sufrimiento nos convierte en mejores personas	▪	▪	▪	▪
89 Sé que la gente me quiere	▪	▪	▪	▪
90 Siento la necesidad de causarme daño a mí misma/o o a otros	▪	▪	▪	▪
91 Creo que me conozco bien a mí misma/o	▪	▪	▪	▪