



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC**

---

**“IMAGEN CORPORAL Y SINTOMATOLOGÍA DE  
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
BAILARINAS DE BALLET CLÁSICO”**

T E S I S

QUIEN PARA OBTENER EL GRADO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

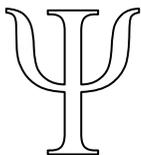
P R E S E N T A:

**GABRIELA AMANDA GUTIÉRREZ MEJÍA**

Asesora: Dra. Brenda Sarahi Cervantes Luna

Revisoras: Dra. María del Consuelo Escoto Ponce de León

Dra. Lilian Elizabeth Bosques Brugada



*Ecatepec de Morelos, Estado de México, Noviembre del 2016*

## AGRADECIMIENTOS

## Índice

Agradecimientos y dedicatorias	
Índice	3
Resumen	5
	6
Introducción	7
	8
<b>Capítulo 1.</b> Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria	9
1.1. Definición de imagen corporal	9
1.2. Definición de trastornos de la conducta alimentaria	11
1.2.1. Pica	11
1.2.2. Trastorno de rumiación	12
1.2.3. Trastorno de la ingesta alimentaria evitativa/restrictiva	12
1.2.4. Anorexia nerviosa	13
1.2.5. Bulimia nerviosa	14
1.2.6. Trastorno por atracón	14
<b>Capítulo 2.</b> Imagen corporal y trastornos alimentarios en bailarinas de ballet	16
2.1. Continente Europeo	17
2.2. Continente Asiático	21
2.3. Continente Americano	22
<b>Capítulo 3.</b> Método	29
3.1. Planteamiento del problema	29
3.2. Tipo de estudio y diseño	30
3.3. Objetivo general	30
3.4. Objetivos particulares	30
3.5. Hipótesis	31
3.6. Participantes	31
3.7. Procedimiento	32

3.8. Materiales	32
3.9. Instrumentos	33
3.10. Definición de variables	36
3.11. Análisis de los datos	37
<b>Capítulo 4. Resultados</b>	<b>38</b>
4.1. Distribución del peso corporal.	39
4.2. Imagen corporal.	39
4.2.1. Insatisfacción con la imagen corporal	39
4.2.2. Estima corporal	40
4.2.3. Prevalencia de TCA	41
<b>Capítulo 5. Conclusión y discusión</b>	<b>44</b>
5.1. Distribución del peso corporal	44
5.2. Imagen corporal	45
5.2.1. Insatisfacción corporal	45
5.2.2. Estima corporal	45
5.2.3. Prevalencia de TCA	46
5.3. Limitaciones y fortalezas	47
Referencias	48
Anexos	55

## Resumen

En la literatura internacional se ha identificado que las bailarinas de ballet constituyen un grupo en riesgo de desarrollar alteraciones asociadas a la imagen corporal. En México, la investigación disponible para esta población comprende desde 1999 hasta 2008, específicamente, los estudios han estado dirigidos a: 1) evaluar la percepción de la imagen corporal y su relación con los presencia de trastornos alimentarios (Ocampo, López, Álvarez, & Mancilla, 1999; Vázquez et al., 2002), 2) identificar la presencia de trastornos alimentarios (Vázquez, López, Álvarez, Ocampo, & Mancilla, 2000), y 3) comparar el nivel de insatisfacción corporal entre bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato (Valdez y Guadarrama, 2008). Como puede observarse, la investigación es aún incipiente, por lo que existe la necesidad de ampliar el conocimiento en esta población. Por tanto, el propósito de la presente investigación fue evaluar la imagen corporal y la presencia de trastornos del comportamiento alimentario en bailarinas de ballet en México. Participó una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 42 estudiantes de ballet con un rango de edad de 12 a 20 años ( $M = 15.45$ ,  $DE = 2.40$ ), provenientes de tres academias del Estado de México. Previo consentimiento y/o asentimiento informado, todas las participantes respondieron una batería de cinco instrumentos: el Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ), el Cuestionario de Estima Corporal (BES), el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) y la Escala de Estima Corporal (BES), adicionalmente, las participantes fueron pesadas y medidas a fin de obtener su Índice de Masa Corporal. Posteriormente, se entrevistó a aquellas participantes que rebasaron el punto de corte del EAT-40, el BSQ y/o el BITE. El análisis de resultados indicó que 64.3% de las bailarinas presentaron un peso normal,

30.1% infrapeso y el resto sobrepeso. Asimismo, 9.5% de las bailarinas rebasaron el punto de corte del BSQ y 2.4% del EAT-40, pero ninguna rebasó el punto de corte del BITE. A través de la entrevista diagnóstica, se identificó un caso de Bulimia Nerviosa (2.4%). Los resultados se discuten a la luz de estudios previos y al nivel de profesionalización de las participantes.

***Palabras claves:*** insatisfacción corporal, estima corporal, trastorno del comportamiento alimentario.

## Introducción

La imagen corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa sobre su propio cuerpo (Rosen, 1995). La valoración de la imagen corporal puede derivar en una satisfacción o insatisfacción corporal (Devlin & Zhu, 2001), esta última constituye un factor de riesgo para el desarrollo, mantenimiento y caracterización de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA).

Los TCA tienen su origen en una alteración psicológica, que se acompaña de la distorsión en la percepción de la imagen corporal y de un miedo intenso a la obesidad, lo que conlleva a quien la padece, a una alteración en sus actitudes y comportamientos, respecto a la ingesta alimentaria, con la finalidad de mantener una silueta delgada (Mancilla et al., 2006). Además, se sabe que los TCA son entidades diagnósticas vinculadas a diversas complicaciones físicas, médicas y psicológicas (Mehler, Birmingham, Crow, & Jahraus, 2010), incluso, con porcentajes de mortalidad que se ubican entre 3.9 y 8.5% (Crow et al., 2009; Crow, Praus, & Thuras, 1999; Emborg, 1999). En este sentido, la literatura indica que existen disciplinas que, dadas las exigencias de la propia actividad, pueden propiciar el desarrollo y mantenimiento de los TCA, ejemplo de ello son las bailarinas de ballet ante la presión percibida para mantener un peso corporal bajo (Schluger, 2010), así como los altos estándares de belleza, la exposición corporal pública y la continua exposición a los espejos (Nascimento, Luna, & Fontenelle, 2012). De este modo, algunos profesionales interesados han investigado diferentes aspectos de la imagen corporal en esta población. A nivel internacional, se tienen conocimiento de 23 estudios que dan cuenta sobre algún aspecto de la imagen corporal en bailarinas de ballet con y sin TCA, de los cuales cuatro corresponden a México (Ocampo et al., 1999; Valdez & Guadarrama, 2008;

Vázquez et al., 2000), por lo que es importante tener un panorama actual respecto la insatisfacción corporal y prevalencia de TCA en bailarinas de ballet

De este modo, en el primer capítulo se presenta la definición de imagen corporal y TCA así como los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5, American Psychiatry Association [APA], 2013). Posteriormente, en el segundo capítulo se presenta una revisión sistemática de la literatura, sobre investigaciones existentes de imagen corporal y TCA en bailarinas de ballet. Por otro lado, el tercer capítulo describe el método que se siguió para realizar este estudio y en el capítulo cuatro se presentan los hallazgos. Finalmente, se incorpora un apartado de conclusión y discusión.

## Capítulo 1

### Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria

#### 1.1. Imagen corporal

La imagen corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa sobre su propio cuerpo (Rosen, 1995). Es decir, se trata de un constructo multidimensional constituido por tres componentes (Raich, 2000): 1) perceptual, 2) cognitivo-afectivo y, 3) conductual. El primero hace referencia a la precisión con la que se percibe el tamaño corporal. El segundo se relaciona con actitudes, sentimientos, pensamientos y valoraciones hacia el propio cuerpo (e. g., tamaño corporal, peso, partes corporales, apariencia física, etcétera). Finalmente, el tercer componente describe las conductas derivadas de la percepción y los sentimientos asociados al cuerpo, de tal modo que puede promover las conductas de evitación o cambio corporal. La autovaloración de la imagen corporal está dentro de un continuo que puede derivar en la satisfacción o insatisfacción corporal, la cual es reconocida como un aspecto psicológico (Devlin & Zhu, 2001).

La insatisfacción corporal se refiere a los pensamientos y sentimientos negativos sobre el propio cuerpo (Grogan, 2008) y puede ser normativa o patológica (Devlin & Zhu, 2001). Existe evidencia de que los adolescentes de entre 12 y 13 años de edad presentan niveles muy bajos de insatisfacción corporal (Baile, Guillen, & Garrido, 2002) y que no hay diferencia entre hombres y mujeres prepúberes (Amaya, Alvarez, & Mancilla, 2010), no

obstante, se sabe que las mujeres se ven y desean verse significativamente más delgadas que los varones (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010).

Asimismo, se ha identificado que la insatisfacción corporal se instaure en el periodo que va de los 12 a los 16 años (Baile et al., 2002). Lo anterior es contundente con los resultados de Amaya et al. (2010) quienes, a partir de una revisión sistemática de la literatura, identificaron que 69% de los artículos que comparan el nivel de insatisfacción corporal entre ambos sexos de 12 y 19 años de edad, coinciden en que ésta se presenta mayormente en mujeres. Lo anterior es relevante al considerar que la insatisfacción corporal es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los TCA. El proceso de instauración de la insatisfacción corporal se representa en la Figura 1 (Baile et al., 2002).

Figura 1. Interpretación gráfica del proceso de instauración de la insatisfacción corporal frente a una actitud crítica.



Nota: Retomado de Baile et al. (2002, p. 441).

## **1.2. Trastornos de la conducta alimentaria**

Los TCA tienen su origen en una alteración psicológica, que se acompaña de la distorsión en la percepción de la imagen corporal y de un miedo intenso a la obesidad, lo que conlleva a quien la padece, a una alteración en sus actitudes y comportamientos, respecto a la ingesta alimentaria, con la finalidad de mantener una silueta delgada (Mancilla et al., 2006) y son más frecuentes en mujeres (Peláez, Raich, & Labrador, 2010). Al respecto, la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (APA, 2013) contempla la siguiente clasificación:

### **1.2.1. Pica.**

- a. Alimentación persistente de alimentos no nutritivos o no alimentarios durante un periodo mínimo de un mes.
- b. El consumo de sustancias no nutritivas o no alimentarias es inapropiado al nivel de desarrollo del individuo.
- c. La conducta alimentaria no forma parte de una práctica cultural o socialmente apoyada.
- d. Si la conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (e. g., trastorno del desarrollo intelectual, trastornos del espectro autista, esquizofrenia, o una condición médica, incluyendo el embarazo) es suficientemente severa para merecer atención clínica adicional.

### **1.2.2. Trastorno de rumiación.**

- a. Repetida regurgitación de alimentos (fenómeno anormal que consiste en regreso sin esfuerzo del contenido alimentario) durante un periodo mínimo de un mes. La comida regurgitada puede ser re-masticada, re-ingerida o escupida.
- b. La regurgitación repetida no se atribuye ni se asocia una condición gastrointestinal o médica (e. g., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).
- c. Este trastorno no ocurre exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, o trastorno por evitación/restricción de alimentos.
- d. Si la conducta alimentaria ocurre en el contexto de otro trastorno mental (p. e. trastorno del desarrollo intelectual u otro trastorno del desarrollo neurológico) es suficientemente severa para merecer atención clínica adicional.

### **1.2.3. Trastorno de la ingesta alimentaria evitativa/restrictiva.**

- a. Una alimentación alterada (e. g., aparente falta de interés en la comida o alimentación; evitadas con base en la sensación o características de los elementos; preocupación por las consecuencias adversas de la alimentación) que se manifiesta por la incapacidad persistente para cumplir con necesidades nutricionales y/o energéticas y que asocian con una o más de los siguientes:
  - 1. Pérdida de peso significativa (o imposibilidad para alcanzar un aumento de peso esperado o falta de crecimiento en los niños).
  - 2. Significativa deficiencia nutricional.
  - 3. Dependencia a suplementos alimenticios o alimentación oral.
  - 4. Marcar interferencia con el funcionamiento psicosocial.

- b. La alteración no se explica mejor por la falta de disposición del alimento o por la práctica asociada a una sanción cultural.
- c. Este trastorno no aparece exclusivamente durante el transcurso de la anorexia nerviosa o bulimia nerviosa y no hay evidencia de una alteración que se manifieste en la forma o peso corporal.
- d. Este trastorno de la alimentación no se debe a una condición médica y ni es explicado por otro trastorno mental. Si la alteración grave de la alimentación excede lo que habitualmente se asocia con la condición o el trastorno garantiza la atención clínica adicional.

#### **1.2.4. Anorexia nerviosa.**

- a. La restricción de la ingesta de energía en relación con los requisitos conlleva a un peso corporal significativamente bajo al esperado en el contexto de la edad, sexo, trayectoria de desarrollo, y salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso inferior al mínimo normal esperado para niños y adolescentes.
- b. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o conducta persistente que interfiere con el aumento de peso, a pesar de que éste sea significativamente bajo.
- c. La alteración se debe a la manera en la que se experimenta el propio peso o forma corporal, a la influencia indebida de la autoevaluación sobre el peso o la forma corporal, o a la falta persistente del reconocimiento sobre la gravedad del bajo peso corporal.

### **1.2.5. Bulimia nerviosa.**

- a. Episodios recurrentes de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos siguientes aspectos:
  - 1. Comer en un período discreto de tiempo (e. g., en un periodo de 2 horas) una cantidad de alimento que definitivamente es más grande de lo que la mayoría de individuos comerían en un período de tiempo o en circunstancias similares.
  - 2. La sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (e. g., un sentimiento de que no se puede dejar de comer o la falta de control sobre qué y cuánto se está comiendo).
- b. Recurrencia a conductas compensatorias inapropiadas con la intención de prevenir la ganancia de peso, como son el vómito auto-inducido; mal uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayuno; o ejercicio excesivo.
- c. Tanto el atracón como las conductas compensatorias ocurren, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- d. La autoevaluación está exageradamente influenciada por la forma o el peso corporal.
- e. La alteración no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

### **1.2.6. Trastorno por atracón.**

- a. Recurrentes episodios de atracón. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos siguientes aspectos:
  - 1. Comer en un período discreto de tiempo (e. g., en un periodo de 2 horas) una cantidad de alimento que definitivamente es más grande de lo que la mayoría de individuos comerían en un período de tiempo o en circunstancias similares.

2. La sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (e. g., un sentimiento de que no se puede dejar de comer o la falta de control sobre qué y cuánto se está comiendo).
- b. Los episodios de atracón están asociados a tres o más de los siguientes:
    1. Alimentación mucho más rápida de lo normal.
    2. Comer hasta sentirse incómodamente satisfecho.
    3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente físicamente hambriento.
    4. Comer solo debido a un sentimiento de vergüenza por lo mucho que se está comiendo.
    5. Sentirse disgustado con uno mismo, deprimido o muy culpable.
  - c. Malestar causado por la presencia de atracón.
  - d. El atracón ocurre, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
  - e. El trastorno por atracón está asociado con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas de la bulimia nerviosa, y no ocurre exclusivamente en el transcurso de la bulimia o anorexia nerviosas.

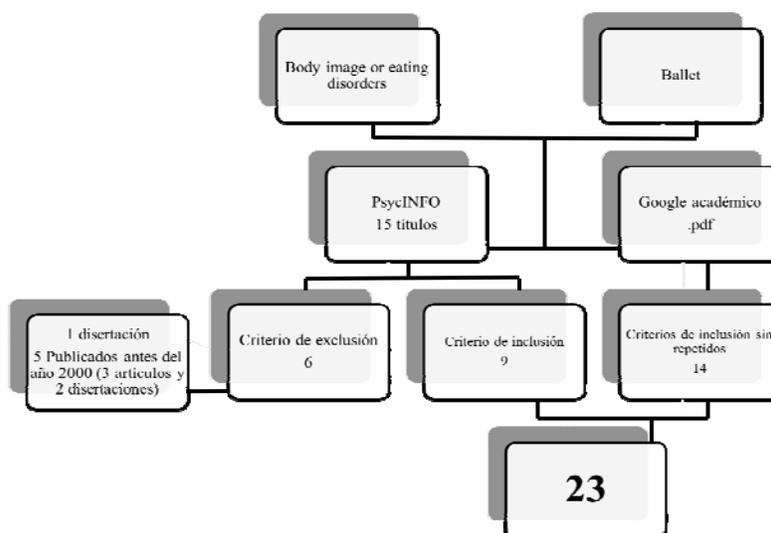
Además, se ha observado que los TCA son más frecuentes en mujeres (APA, 2013) y existen en un amplio rango de grupos socioeconómicos, étnicos y socioculturales (Mancilla et al., 2006). Al respecto, existe evidencia de que las bailarinas de ballet, debido al estereotipo de delgadez (Moore, 2012), constituyen una población en riesgo para el desarrollo de TCA (García-Dantas & Del Río, 2013) especialmente para la AN, sin embargo, no reciben una atención especializada para dichos trastornos (Arcelus, Witcomb, & Mitchell, 2014).

## Capítulo 2

### Imagen corporal y trastornos alimentarios en bailarinas de ballet

En la literatura internacional, es posible identificar diferentes estudios que han evaluado la imagen corporal o los TCA en bailarinas de ballet. Específicamente, en la base de datos PsycINFO, existe un registro de 15 manuscritos que en el título contienen las palabras *body image* o *eating disorders* con la condicional *ballet*. Adicionalmente, se realizó una búsqueda en Google académico, con las mismas palabras clave y la terminación .PDF, lo que permitió identificar 14 artículos de interés. Para fines de la presente revisión, se incluyeron artículos publicados entre enero del 2000 y junio del 2016 y se excluyeron disertaciones. Específicamente en el caso de México, un artículo no cubría con uno de los criterios de inclusión (fecha de publicación), sin embargo se decidió incluirlo debido a que se trata de un trabajo pionero en nuestro país. De este modo, la revisión quedó conformada por un total de 23 artículos (Figura 2), mismos que se describen a continuación.

Figura 2. Búsqueda de en la base de datos PsycINFO y en Google académico.



## 2.1. Continente Europeo

### Italia.

Ravaldi et al. (2003) realizaron una investigación donde participaron bailarinas de ballet ( $n = 113$ ), usuarias de gimnasios ( $n = 54$ ) y fisioconstructivistas no competidores ( $n = 44$ ), así como hombres y mujeres que fungieron como grupos de comparación ( $n = 30$  y  $105$ , respectivamente). En cuanto la prevalencia de TCA, se observó que las bailarinas de ballet presentaron la mayor prevalencia (1.8% AN, 2.7% BN y 22.1% TCANE [trastorno de la conducta alimentaria no especificado]) seguidas de las usuarias de gimnasio (2.6% AN y 18% TCANE).

En Florencia, Ravaldi et al. (2006) realizaron una investigación donde participaron 169 mujeres, de las cuales 110 eran bailarinas de ballet no profesionales y 59 controles sin actividad física, quienes tenían un rango de edad de 12 a 30 años, con el propósito de evaluar las relaciones entre actitudes y conductas alimentarias, la autopercepción de la imagen corporal y el rol de género. En el análisis de resultados se observó que las bailarinas presentaron mayor sintomatología de TCA, específicamente se identificó 1.8% de AN, 10.9% de BN, 3.6% TCANE de AN y 7.3% TCANE de BN. Por otro lado las controles tuvieron menores porcentajes para BN (3.4%), TCANE de AN (1.7%) y TCANE de BN (6.8%), además no se identificó ningún caso de AN. Asimismo, se observaron diferencias significativas respecto a las partes del cuerpo que les desagradan, siendo las bailarinas quienes manifestaron mayor malestar con la estatura, el cabello, los ojos, los dientes, el tórax y el rubor.

## **España.**

Vázquez et al. (2008) realizaron un estudio con la finalidad de evaluar y comparar la composición corporal y condición nutricional de 644 niños y niñas pertenecientes a dos grupos: estudiantes de ballet ( $n = 304$ ) vs grupo control ( $n = 340$ ), se observó que ningún estudiante de ballet presentó sobrepeso, pero sí un riesgo de mala nutrición, lo cual fue más frecuente en mujeres que en varones, por lo que los autores señalan que la morfología femenina se ve más condicionada que la masculina por la práctica del ballet, esto dado a los criterios de selección y entrenamiento de esta disciplina. De esta manera, al comparar a los estudiantes de ballet con los participantes del grupo control, se identificó que la práctica de ballet repercute en la distribución tanto en la cantidad como en la distribución de grasa, los últimos presentaron puntuaciones significativamente más altas.

Toro, Guerrero, Sentis, Castro y Puértolas (2009) investigaron la prevalencia de síntomas de TCA y conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de una escuela de danza ( $n = 76$ ) de entre 12 y 17 años de edad. A su vez, los datos fueron comparados con el de 453 adolescentes que no se dedicaban al ballet. Se encontró que la prevalencia de TCA y las conductas alimentarias de riesgo eran similares entre las estudiantes de ballet y las adolescentes de población general, por lo que los autores consideran que las mujeres que practican ballet no necesariamente presentan riesgo de desarrollar un TCA. Asimismo, se identificó que las participantes con mayor riesgo presentaban mayor presión sobre su alimentación, apariencia, peso y actuación artística.

En un estudio realizado por García-Dantas y Del Río (2013), se tenía como propósito conocer la prevalencia de problemas relacionados con la alimentación y riesgo de desarrollar TCA entre bailarinas con cinco especialidades de danza diferentes. Para este fin, participó una muestra de 176 bailarinas de ballet, contemporáneo, flamenco y danza

española, de entre 12-20 años de edad. En el análisis de resultados se observó que las bailarinas de ballet clásico puntuaron más alto en ítems que se relacionaban con la alimentación, mientras que las participantes de danza contemporáneo, presentaron un régimen de alimentación menos rigurosa y manifiestan baja preocupación por tener zonas gordas en el cuerpo, sin embargo, los estudiantes de flamenco son las que manifiestan mayor preocupación por tener zonas gordas en el cuerpo. Finalmente, la danza clásica y el flamenco son las especialidades que tienen el mayor número de personas con riesgo moderado y alto de padecer un TCA.

### **Croacia.**

Zoletić y Duraković-Belko (2009) realizaron una investigación donde participó una muestra de 91 mujeres, divididas en dos grupos: riesgo ( $n = 36$ , de las cuales 13 eran bailarinas de ballet profesionales y 23 modelos profesionales) y control ( $n = 55$ ). Los investigadores examinaron las diferencias entre el grupo en riesgo (modelos y bailarinas) con el grupo control, respecto a la percepción de su imagen corporal, el índice de masa corporal (IMC), el perfeccionismo neurótico, la distorsión de la imagen corporal y los síntomas de los trastornos alimentarios. En el análisis de resultados se identificó que 100% de las modelos y 92.3% de las bailarinas de ballet presentaron un peso por debajo de lo normal, y tan sólo 8.7% de las últimas tuvieron normopeso, sin embargo la mayoría (80.5%) se percibieron con normopeso y 16.6% con un mayor peso. A diferencia del grupo en riesgo, en el grupo control se observó que 36.4% presentaban un peso inferior al promedio, no obstante 18% se percibieron como normopeso. Además, 60% se clasificó con un peso promedio, de las cuales 22% se definieron con peso normal y 11% con sobrepeso, finalmente 3.6% tuvieron un peso superior al promedio. En general se observó que, el

grupo en riesgo obtuvo puntuaciones significativamente más altas en motivación por la delgadez, insatisfacción corporal, perfeccionismo, bulimia, miedo a madurar, conciencia interoceptiva, ineficacia, desconfianza interpersonal y distorsión con la imagen corporal.

### **Grecia.**

Pollatou, Bakali, Theodorakis y Goudas (2010) realizaron un estudio con el objetivo de investigar la asociación entre el nivel de danza (profesional y amateur) y factores relacionados con la imagen corporal. Participaron 115 mujeres bailarinas de ballet profesional y 85 mujeres de ballet amateur, quienes tenían un rango de edad de 15 a 30 años. En el análisis de resultados se observó una asociación entre el nivel de entrenamiento en danza con la orientación a la condición física, la satisfacción corporal y la preocupación con el sobrepeso. El papel de la participación de la danza en el riesgo de una serie de factores psicológicos de la imagen corporal en relación puede depender de la cantidad de tiempo involucrado en el entorno de la danza y la edad de los bailarines.

### **Inglaterra.**

Swami y Sunshine (2012) examinaron la relación entre la participación en danza y la apreciación de la imagen corporal entre mujeres estudiantes de diferentes tipos danza ( $n = 82$ , ballet y danza contemporánea) y niveles de danza (principiantes y avanzados). Asimismo, se observó que en a mayor nivel de participación en danza, mayor insatisfacción corporal en las principiantes.

### **Alemania.**

Bettle, Bettle, Neumärker y Neumärker (2001) investigaron la diferencia entre las alteraciones en la percepción de la imagen corporal y baja autoestima para el desarrollo de trastornos alimentarios, en dos grupos diferentes. Participaron bailarines de ballet ( $n = 90$ ) y un grupo control ( $n = 156$ ) de entre 13 y 17 años de edad. Todos los participantes respondieron dos cuestionarios y las puntuaciones fueron comparadas por grupo. No se encontraron diferencias entre los varones, no obstante, las bailarinas de ballet obtuvieron puntuaciones menos favorables que las controles en su percepción de la imagen corporal y autoestima.

## **2.2. Continente Asiático**

### **Malasia.**

En un estudio realizado por Hidayah y Bariah (2011) cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de riesgo de TCA de las bailarinas, con base en las puntuaciones del EAT-26 [Test de Actitudes Alimentarias] y el BAT [Test de las Actitudes hacia el Cuerpo]. Participó una muestra de 73 mujeres divididas en dos grupos: bailarinas ( $n = 23$ ,  $M_{\text{edad}} = 22$ ) y control ( $n = 50$ ,  $M_{\text{edad}} = 19$ ). En el análisis de resultados se identificó que las bailarinas obtuvieron menor porcentaje en la grasa corporal y mayor masa magra y densidad corporal; así como mayor uso de vómito, laxantes y pastillas dietéticas. En general las bailarinas, en comparación con las controles, presentaron mayor riesgo para el desarrollo de sintomatología de TCA (21.74% vs 12%, respectivamente,  $p = .04$ ).

## 2.3. Continente Americano

### Estados Unidos.

Radell, Adame y Cole (2002) realizaron un estudio preliminar con la finalidad de conocer el efecto del espejo sobre la percepción en la imagen corporal y el locus de control en las bailarinas de ballet, para ello, llevaron a cabo un experimento en donde se expuso a 14 mujeres al uso del espejo durante sus clases de ballet y 13 que practicaban sin espejo. Se observó un incremento en la satisfacción corporal en las participantes que dejaron de usar el espejo durante sus clases, por lo que concluyen que el espejo es una herramienta que podría estar contribuyendo a la insatisfacción con la imagen corporal.

Price y Pettijohn (2006) realizaron una encuesta a hombres y mujeres, quienes tenían un rango de edad ( $M = 14.4$ ), donde el objetivo fue evaluar los cambios en la percepción de la imagen corporal y la satisfacción del desempeño. Participó una muestra de 38 estudiantes de ballet de diferente nivel: primer año (27.3%), segundo año (27.3%), jóvenes (24.2%) y mayores (21.2%). En el análisis de resultados se observó que, al auto compararse con otras personas (bailarinas o no), los participantes que usaron ropa holgada presentaron mayor autopercepción positiva con su imagen corporal y refirieron disfrutar más el mirar su imagen en el espejo durante sus clases; como contraparte, los participantes que vistieron con leotardo se percibieron más delgados y con menor satisfacción con su imagen corporal.

En Georgia, Radell (2012) realizó un estudio a fin de explorar la imagen corporal y el uso del espejo en bailarinas de ballet clásico. Participó una muestra de 23 mujeres quienes fueron video-grabadas durante sus clases de ballet. Para 13 participantes se consideró el uso del espejo durante las clases y para las 14 restantes éste fue omitido. En el

análisis de los resultados se observó que el uso del espejo reforzó aspectos negativos de la imagen corporal, ya que las bailarinas se percibieron como obesas, lo cual repercutió en su alto rendimiento; por el contrario, la ausencia del espejo redujo la autocrítica sobre el cuerpo y el estrés, pero incrementó la preocupación corporal, disminuyendo así el rendimiento de las bailarinas. De esta manera, Radell concluyó que las bailarinas que usan espejo tienen mayor nivel de insatisfacción corporal que aquellas que no usan espejo durante sus ensayos.

### **Cuba.**

Por otro lado, en la Habana, Rodríguez, Marcos, Rodríguez, Carrillo y Pérez (2010) realizaron una investigación con el objetivo de llamar la atención sobre el estado nutricional de los estudiantes de ballet, a fin de favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje de dicha especialidad, y con ello evitar las secuelas de hábitos alimentarios inadecuados para los estudiantes. En la investigación participó una muestra de 77 alumnas de ballet de entre 13 y 14 años de edad, y en el análisis de resultados se identificó que 7.8% tenían bajo peso, 84.4% un peso normal, 7.8% peso alto, y 16.8% tenían un nivel de desnutrición. Respecto las últimas, es interesante observar que poco más de la mitad fueron clasificadas por su profesora como estudiantes que tenían un peso adecuado para la práctica del ballet, en tanto que aquellas que presentaban normopeso, fueron percibidas con un peso mayor al requerido para la práctica de ballet. Asimismo, Rodríguez et al. evaluaron la frecuencia en hábitos alimentarios y se percataron que 49.4% realizaban desayuno, 16.9% almuerzo y 85.7% comida, contrario a ello ninguna realizaba merienda matutina o vespertina ni la cena.

Posteriormente, Díaz et al. (2010) realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar los factores que repercuten en los trastornos de la conducta alimentaria en bailarines de ballet con un enfoque de género, la muestra estuvo conformada por 118 bailarines de ambos sexos (67 mujeres y 51 hombres) con un rango de edad de 17 a 50 años. En el análisis de resultados se observó que, 26% de los hombres y 33% de las mujeres presentaron trastornos no específicos de la alimentación, así como la idealización de una figura corporal delgada asociada a un mejor rendimiento físico.

### **Argentina.**

En Buenos Aires, Rutzstein, Murawski, Elizathe, Armatta et al. (2010) realizaron un estudio donde participaron mujeres ( $N = 217$ ), con y sin especialidad en danza ( $n = 107$  y  $110$ , respectivamente) quienes tenían un rango de edad de 13 a 18 años ( $M = 14.8$ ,  $DE = 1.4$ ). El objetivo del estudio fue determinar si existían diferencias en los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios en estudiantes de educación media, con especialización y sin especialización en danza. En el análisis de resultados se identificaron diferencias significativas entre las participantes, ya que las estudiantes de danza obtuvieron puntuaciones más bajas en la edad, peso, altura, peso ideal e IMC; además, se percibieron a sí mismas con obesidad o con exceso de peso por lo que manifestaron su deseo por ser más delgadas. Finalmente, se observó que las estudiantes con la especialidad de danza, en comparación con aquellas sin especialidad, presentaron mayor riesgo de desarrollar un TCA (17.7% vs 13.2%, respectivamente).

En otro estudio, Rutzstein, Murawski, Elizathe, Arana et al. (2010) en donde compararon a pacientes con trastornos alimentarios, estudiantes de danza y estudiantes sin danza, en función de características tales como el índice de masa corporal, la insatisfacción

con la propia imagen corporal, la presencia de hábitos, las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, la distorsión de la imagen corporal y otros rasgos psicológicos asociados a estos TCA que son clínicamente relevantes. El estudio se realizó con una muestra conformada por 440 mujeres de 13-18 años de edad, 50 pacientes ambulatorias con diagnóstico de TCA, según criterios del DSM-IV, 107 estudiantes de una escuela con especialización en danza y 283 estudiantes de cuatro escuelas sin danza. En el análisis de resultados la mayoría de los pacientes con TCA y de estudiantes de danza, con respecto a las estudiantes de escuelas medias, presentaron distorsión de la imagen corporal y se concluye que las estudiantes de danza se asemejaron más a las pacientes que a las estudiantes de escuelas sin danza, en diversas características asociadas con los trastornos alimentarios, a excepción de la distorsión de la imagen corporal.

Posteriormente, Paredes, Nessier y González (2011) realizaron un estudio para analizar la percepción de la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo de AN. Participaron 24 bailarinas de danza clásica de entre 13 y 23 años de edad. Se observó que 58.3% de las bailarinas presentaban conductas alimentarias de riesgo.

### **Brasil.**

Nascimento et al. (2012) evaluaron la prevalencia de trastorno dismórfico corporal y trastornos alimentarios en una muestra de bailarinas de ballet profesionales, hicieron la invitación a 35 bailarinas de ballet en la ciudad de rio de Janeiro para participare en dicho estudio pero solo ( $n = 19$ ) aceptaron participar; las participantes respondieron una serie de instrumentos psicológicos y fueron entrevistadas a partir de criterios del DSM-IV. En cuanto los resultados de TCA, se identificó que tres de las participantes habían tenido anorexia de tipo restrictivo a lo largo de su vida y ninguna bulimia. En lo referente al

trastorno dismórfico corporal se identificaron dos casos. En conclusión, la prevalencia del trastorno dismórfico corporal y los trastornos alimentarios, entre bailarinas de ballet profesionales, resultó mayor que en la población general, ya que las altas expectativas, los estándares de belleza y la repetida exposición al espejo, pueden ser la causa del desarrollo de trastornos asociados a la imagen corporal.

### **México.**

En un contexto más próximo, uno de los primeros estudios fue realizado en el Estado de México por Ocampo et al. (1999) quienes evaluaron la percepción de la imagen corporal y su relación con la presencia de los trastornos alimentarios en estudiantes de danza clásica. Participaron 70 bailarinas de entre 10 y 16 años de edad. En el análisis de resultados se identificó insatisfacción corporal patológica en 23.7% de los participantes, donde el pico de ocurrencia se ubicó entre los 14 y 16 años; asimismo, 28.9% de las bailarinas presentaron riesgo de desarrollar insatisfacción corporal. Además, las bailarinas —con y sin trastorno— presentaron una distorsión en su percepción corporal, y el no poder bajar de peso incrementaba su insatisfacción corporal.

Posteriormente, Vázquez et al. (2000) realizaron un estudio donde participaron bailarinas de danza clásica, a fin de evaluar la presencia de trastornos alimentarios. Participó una muestra de 72 mujeres de entre 10 y 18 años de edad ( $M = 13.3$ ,  $DE = 1.82$ ) provenientes de una población urbana y de un nivel socioeconómico medio. En el análisis de resultados y con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) se identificaron 16 casos con TCA (13 de AN y 3 de BN) y 13 TCANES. Asimismo, se observó que la edad se asoció positivamente con la influencia del modelo estético de delgadez ( $r = .64$ ,  $p = .0001$ ), la insatisfacción corporal ( $r = .58$ ,  $p = .0001$ ) y las

sintomatología bulímica ( $r = .64, p = .0001$ ), en tanto que el tiempo de estudiar danza solo se asoció significativamente con la influencia del modelo estético de delgadez ( $r = .27, p = .05$ ). Respecto a la composición corporal, 33 de las participantes se ubicaron en clasificación de bajo peso y 39 estudiantes fueron consideradas con un bajo peso severo.

En otro estudio, Vázquez, Ocampo, López, Mancilla, y Álvarez (2002), investigaron la asociación de trastornos alimentarios con la influencia de los modelos estéticos e insatisfacción corporal, en estudiantes de danza. Participaron 68 mujeres estudiantes de ballet con un rango de edad de 10 a 18 años ( $M = 13.2, DT = 1.74$ ) provenientes de una población urbana y de un nivel socioeconómico medio alto, quienes tenían en promedio cuatro años de estudiar danza y dedicaban de cinco a siete horas diarias al entrenamiento. Con base en la entrevista diagnóstica, se identificaron 27 casos con TCA (13 AN, 3 BN y 11 TCANE) y 41 casos sin TCA. Además se observó que la edad correlacionó positivamente con la insatisfacción corporal ( $r = .52, p = .001$ ), el malestar por la imagen corporal ( $r = .50, p = .001$ ), influencia de la publicidad ( $r = .50, p = .001$ ), influencia de los mensajes verbales ( $r = .48, p = .001$ ) e influencia de los modelos sociales ( $r = .47, p = .001$ ); por lo que se observa que a mayor insatisfacción, mayor influencia de los modelos estéticos de delgadez. Asimismo se identificó que a mayor tiempo de estudiar el ballet: mayor insatisfacción con la imagen corporal ( $r = .21, p = .07$ ), mayor influencia de los mensajes verbales ( $r = .27, p = .05$ ) y mayor influencia de los modelos sociales ( $r = .32, p = .05$ ). Con respecto al IMC, todas las participantes presentaron bajo peso, no obstante, las diagnosticadas con AN estuvieron muy cercanas al infrapeso, en tanto que las que tuvieron BN o TCANE estuvieron en el rango de normopeso, y aquéllas sin TCA en un rango intermedio. Además, al comparar a las estudiantes con base al diagnóstico de TCA, se observó que las bailarinas con trastorno alimentario presentaron mayor: ansiedad ante

situaciones que ponen en cuestión la valoración corporal; malestar e insatisfacción corporal; influencia de artículos, reportajes, libros y/o conversaciones sobre el adelgazamiento; percepción de mayor presión social para restringir su alimentación en eventos sociales; y creencias de que la gente delgada es más aceptada.

Finalmente, en un estudio más reciente (Valdez & Guadarrama, 2008), se evaluó el nivel de insatisfacción corporal entre bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. Participó una muestra de 60 mujeres de entre 15 y 19 años de edad (30 bailarinas y 30 estudiantes), quienes respondieron el cuestionario de imagen corporal (BSQ). En el análisis de resultados se identificó que, tanto las bailarinas como las estudiantes, comparten el ideal estético corporal, el cual va de delgado a muy delgado. Además, ambas muestras presentaron insatisfacción corporal, no obstante, ésta fue mayor en las bailarinas.

## Capítulo 3

### Método

#### 3.1. Planteamiento del problema

La insatisfacción corporal ha sido documentada como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de TCA en mujeres (Mancilla et al., 1999; Rivarola, 2003; Unikel, Aguilar, & Gómez-Peresmitré, 2005). Además, existe evidencia de las bailarinas de ballet constituyen una población en riesgo de desarrollar alteraciones asociadas a la imagen corporal (García-Dantas & Del Río, 2013).

A nivel internacional, se identificaron 19 estudios que han investigado algún aspecto de la imagen corporal o trastornos alimentarios en bailarinas de ballet clásico durante los últimos 15 años (2001-2013), de éstos, casi la mitad han estado orientados a identificar el riesgo o la sintomatología de TCA ( $n = 8$ ; 42.10%). Específicamente, tres han empleado la entrevista diagnóstica (Nascimento et al., 2012; Ravaldi et al., 2003; Ravaldi et al., 2006) y cinco han empleado únicamente instrumentos de tamizaje (Díaz et al., 2010; García-Dantas & Del Río, 2013; Hidayah & Bariah, 2011; Paredes et al., 2011; Toro et al., 2009). En cuanto a la prevalencia de TCA, dos estudios emplearon una muestra con más de 100 participantes e informan una prevalencia de 1.8 % para AN, del 2.7 a 10.9% de BN y 10.9 a 22.1% de TCANE (Ravaldi et al., 2003; Ravaldi et al., 2006). Sin embargo, un estudio realizado con 19 participantes (Nascimento et al., 2012) identificó una prevalencia de 15.78 de AN ( $n = 3$ ). Dichos porcentajes son inferiores a la mayoría de los informados con base en la aplicación de instrumentos de tamizaje: 21.74% en riesgo de presentar algún

TCA (Hidayah & Bariah, 2011); 33% con TCANE (Díaz et al., 2010); y, del 10.4% con riesgo alto y 58.3% de riesgo leve de desarrollar un TCA (García-Dantas & Del Río, 2013; Paredes et al., 2011); contrariamente, un estudio identificó porcentajes similares a aquellos realizados con entrevista diagnóstica (Toro et al., 2009). Como puede observarse, los estudios con entrevista diagnóstica son minoría frente aquellos que sólo emplean instrumentos de tamizaje, por lo que es importante realizar estudios que consideren tanto entrevista como instrumentos de autoinforme a fin de sumar evidencia a la prevalencia de TCA en bailarinas de ballet.

Por otro lado, en México, la investigación disponible comprende desde 1999 hasta 2008, específicamente, los estudios han estado dirigidos a: 1) evaluar la percepción de la imagen corporal y su relación con los presencia de trastornos alimentarios (Ocampo, López, Álvarez, & Mancilla, 1999; Vázquez et al., 2002), 2) identificar la presencia de trastornos alimentarios (Vázquez et al., 2000; Vázquez et al., 2002), y 3) comparar el nivel de insatisfacción corporal entre bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato (Valdez y Guadarrama, 2008). De los estudios que han estimado la prevalencia de TCA en población mexicana, ambos han realizado entrevista diagnóstica. Al respecto, los porcentajes son superiores a los identificados internacionalmente: 18% para AN, 3 a 4.41% para BN y de 16.18 a 18% de TCANE (Vázquez et al., 2000; Vázquez et al., 2002). Estos resultados representan un área de oportunidad para realizar otros estudios que aporten evidencia respecto la prevalencia de TCA en población mexicana, además de que los últimos estudios tienen más de diez años. Por tanto, el propósito general del presente estudio fue evaluar la imagen corporal y la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ballet clásico.

### **3.2. Tipo de estudio y diseño**

Se realizó una investigación no experimental, con un diseño transversal y un alcance descriptivo. Este tipo de investigaciones se caracterizan por la ausencia de variables manipuladas deliberadamente, la recolección de los datos se realiza en un solo momento a través del tiempo y su propósito está orientado a la descripción de variables, especificando las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

### **3.3. Objetivo general**

- Evaluar la imagen corporal y la prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes de ballet clásico.

### **3.4. Objetivos particulares**

- Describir la distribución corporal de las bailarinas de ballet clásico.
- Identificar el nivel de satisfacción con la imagen corporal en bailarinas de ballet clásico.
- Identificar las partes corporales con mayor estima corporal en bailarinas de ballet clásico.
- Identificar las partes corporales con menor estima corporal en bailarinas de ballet clásico.

- Identificar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en bailarinas de ballet clásico.

### **3.5. Hipótesis**

1. Las bailarinas de ballet tendrán insatisfacción corporal patológica.
2. Se identificará mayor presencia de anorexia nerviosa que bulimia nerviosa.

### **3.6. Participantes**

Bailarinas de ballet clásico ( $n = 42$ ) con un rango de edad de 12 a 20 años ( $M = 15.45$ ,  $DE = 2.40$ ), estudiantes de tres instituciones del Estado de México, quienes practican ballet durante una a dos horas al día ( $M = 1.14$ ;  $DE = 0.36$ ). Criterio de inclusión: practicar ballet durante al menos un año. Criterios de exclusión: no responder en su totalidad los cuestionarios y no otorgar el consentimiento y el asentimiento informado.

### **3.7. Procedimiento**

Se contactó a las autoridades de las instituciones artísticas a fin de que conocieran el protocolo de la investigación e invitarlas a participar en el mismo. Posteriormente, se convocó a una reunión con los padres de familia y las estudiantes para invitarlas a participar en un estudio sobre imagen corporal y alimentación. Asimismo, se dio a conocer que la participación consistiría en la aplicación de una batería de instrumentos de manera grupal, para evaluar imagen corporal y conducta alimentaria, además de ser pesadas y

medidas para calcular el Índice de Masa Corporal. Además, se entrevistó a las participantes que rebasaron el punto de corte del EAT-40, BSQ y BITE. Finalmente, y previo consentimiento y asentimiento informado, la información se recabó durante dos días con base en los horarios establecidos por las instituciones participantes.

### **3.8. Materiales**

#### **Estadímetro portátil de la marca SECA 213.**

Es un instrumento portátil que tiene una escala lateral que permite consultar la talla de una persona de hasta 205 cm, con sensibilidad 1mm.

#### **Analizador de Bioimpedancia InBody 230.**

Permite realizar un análisis mediante impedancia bioeléctrica (BIA) de manera segmental, multifrecuencia y octopolar.

### **3.9. Instrumentos**

#### **Hoja de datos generales.**

Permite recabar información personal (edad, grado de estudios y ocupación) y familiar.

#### **Entrevista para el diagnóstico de trastornos alimentarios.**

La IDEED-IV, por sus siglas en inglés (Kutlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998), es una entrevista semiestructura que, con base en los criterios

diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), permite detectar anorexia nerviosa, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva.

### **Cuestionario de Imagen Corporal.**

El Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés [Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987]). Es un instrumento de autoinforme con 34 ítems tipo Likert (con seis opciones de respuesta, donde 1 = nunca y 6 = siempre) que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal. Fue adaptado y validado para población mexicana por Vázquez et al. (2011). En el estudio participó una muestra de 472 mujeres previamente definidas con presencia o ausencia de TCA, quienes fueron divididas en dos grupos; el primero de ellos (grupo control) estuvo conformado por 256 participantes con un rango de edad de 13 a 26 años ( $M = 15.9$ ,  $DE = 3.2$ ) elegidas al azar de una muestra de 1310 estudiantes de instituciones públicas y privadas del nivel educativo medio básico, medio superior y superior. El segundo grupo (clínico: TCA y TCANE) se conformó por 216 mujeres procedentes del Instituto Nacional de Psiquiatría, con un rango de edad entre 13 y 30 años ( $M = 20.5$ ,  $DE = 3.9$ ). El BSQ presentó adecuada consistencia interna  $\alpha = .98$ ), además la versión mexicana quedó conformada por 20 ítems agrupados en dos factores que explicaron el 63.8% de la varianza total. El primer factor fue denominado *Malestar Corporal Normativo* (10 reactivos,  $\alpha = .95$ ) y el segundo *Malestar Corporal Patológico* (10 reactivos,  $\alpha = .94$ ). Asimismo se identificó un punto de corte igual a 110. En el presente estudio, se encontró alta consistencia interna ( $\alpha = .96$ ) para la puntuación total.

### **Cuestionario de Estima Corporal.**

La Escala de Estima Corporal (BES, por sus siglas en inglés [Franzoi & Shields, 1984]) es un instrumento con 35 ítems tipo Likert que miden la estima corporal hacia diferentes partes del cuerpo. La BES fue adaptada y validada para México por Escoto et al. (2016) en una muestra de mujeres ( $n = 304$ ) y hombres ( $n = 250$ ) de entre 11 y 33 años de edad. La BES tiene una estructura de dos factores: 1) Condición física y preocupación por el peso y 2) Atractivo físico y sexual, tanto para mujeres como para hombres. Asimismo, la BES tiene adecuada estabilidad temporal. En el presente estudio, se encontró alta consistencia interna ( $\alpha = .95$ ) para la puntuación total.

### **Test de Actitudes Alimentarias.**

El Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40, por sus siglas en inglés, [Eating Attitudes Test] Garner & Garfinkel, 1979). Instrumento de autoinforme compuesto por 40 reactivos tipo Likert que evalúan síntomas y preocupaciones características de los TCA en muestras no clínicas. El EAT fue validado en mujeres mexicanas por Alvarez-Rayón et al. (2002) en una muestra de 556 mujeres de entre 15 y 29 años de edad ( $M = 19.3$ ,  $DE = 3.7$ ), de las cuales 276 presentaban algún TCA ( $M = 19.5$ ,  $DE = 4.0$ ) y el resto eran estudiantes universitarias ( $n = 280$ ,  $M = 19.1$ ,  $DE = 3.3$ ). En el análisis de resultados se identificó una estructura de cinco factores: 1) dieta restrictiva (9 reactivos,  $\alpha = .88$ ), 2) bulimia (4 reactivos,  $\alpha = .87$ ), 3) motivación por la delgadez (5 reactivos,  $\alpha = .85$ ), 4) preocupación por la comida (4 reactivos,  $\alpha = .77$ ) y 5) presión social percibida (3 reactivos,  $\alpha = .76$ ). Asimismo, Alvarez-Rayón et al. identificaron que el EAT tiene buena consistencia interna tanto para la muestra total como para pacientes con TCA ( $\alpha = .93$  y  $.90$ , respectivamente)

y adecuada para muestra comunitaria universitarias ( $\alpha = .68$ ). Finalmente, se observó un punto de corte de 28. En el presente estudio, se encontró se encontró adecuada consistencia interna ( $\alpha = .70$ ) para la puntuación total.

### **Test de Investigación Bulímica de Edimburgo.**

El Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE, por sus siglas en inglés [Bulimia Test of Edimburg] Henderson & Freeman, 1987). Es un cuestionario de autoinforme constituido por 33 reactivos, de los cuales 30 son dicotómicos (0 = No y 1 = Si) y el resto tienen 5, 6 ó 7 opciones de respuesta en escala tipo Likert y se califican de 1 a 5, 6 ó 7, respectivamente. El BITE fue desarrollado para evaluar aspectos cognitivo-conductuales de la BN, enfatizando en la medida del atracón identifica a personas que presentan síntomas bulímicos. Fue validado para población mexicana por Franco et al. (2010), en el primer estudio participaron 322 mujeres de dos estados (Sonora = 150 y Jalisco = 172), quienes tenían un promedio de edad de 21.24 años ( $DE = 3.91$ ). En el segundo estudio, participaron 73 mujeres diagnosticadas con TCA (BN = 23 y TPA = 50) quienes tenían una edad promedio de 28.47 ( $DE = 9.65$ ). El análisis de las propiedades psicométricas indicó que el BITE tienen adecuada consistencia interna tanto para la muestra clínica ( $\alpha = .83$ ) como para Sonora ( $\alpha = .90$ ) y Jalisco ( $\alpha = .85$ ). Asimismo, Franco et al. proponen un punto de corte de 21 para el total del instrumento, 5 para la subescala de Síntomas y 6 para la subescala de Severidad. En el presente estudio, se encontró se encontró adecuada consistencia interna ( $\alpha = .72$ ) para la puntuación total.

### **3.10. Definición de variables**

#### **Satisfacción con la Imagen corporal.**

Se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa sobre su propio cuerpo (Rosen, 1995). Se midió con la puntuación del BSQ y sus dos subescalas.

#### **Trastornos del comportamiento alimentarios.**

*Anorexia*: Miedo intenso a ganar peso o engordar, o conducta persistente que interfiere con el aumento de peso, a pesar de que éste sea significativamente bajo (APA, 2013). Se midió con la puntuación total del EAT.

*Bulimia*: Recurrencia a conductas compensatorias inapropiadas con la intención de prevenir la ganancia de peso, como son el vómito auto-inducido; mal uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo (APA, 2013). Se midió con la puntuación total del BITE.

#### **Estima corporal.**

La estima corporal se refiere a la imagen o representación mental que las personas tienen sobre sus cuerpos, y a la observación de su atractivo estético y sexual (Franzoi & Herzog, como se citó en Escoto et al., 2016).

#### **Índice de masa corporal.**

El índice de masa corporal (IMC) es una medida frecuentemente empleada para “estimar el sobrepeso y la obesidad y se obtiene dividiendo el peso (en kg.) entre la estatura (en metros) al cuadrado” (Camacho, Escoto, Cedillo, & Díaz, 2010, pp. 126-127). Se utilizó

la siguiente clasificación:  $\leq 18.5$  bajo peso, 18.5 – 24.9 normopeso, 25.0 – 29.9 sobrepeso y  $\geq 30$  obesidad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016).

### **3.11. Análisis de los datos**

El análisis de resultados se realizó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, v. 17 para Windows). Debido al reducido tamaño de la muestra, se realizó una prueba no paramétrica (Kruskal-Wallis) para identificar diferencias entre las participantes respecto a la edad y el IMC, de acuerdo a la escuela de procedencia. Posteriormente, se obtuvieron los estadísticos descriptivos para cada una de las variables evaluadas.

## Capítulo 4

### Resultados

Previo al análisis de datos, se realizó una prueba no paramétrica (Kruskal-Wallis) para identificar diferencias entre las participantes respecto a la edad y el IMC, de acuerdo a la escuela de procedencia. Debido a que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables (ver Tabla 1) se decidió considerar a las participantes como un solo grupo. De esta manera, la muestra final estuvo conformada por 42 bailarinas de ballet, con un rango de edad de 12 a 20 años ( $M = 15.45$ ,  $DE = 2.40$ ), con un IMC de 15.0 a 26.70 ( $M = 20.42$ ,  $DE = 2.62$ ).

**Tabla 1**

*Comparación de edad y el IMC de acuerdo a la escuela de procedencia.*

	Escuela 1 ( $n = 10$ )		Escuela 2 ( $n = 15$ )		Escuela 3 ( $n = 17$ )		$p$
	$M$ ( $DE$ )	$Mdn$ ( $rango$ )	$M$ ( $DE$ )	$Mdn$ ( $rango$ )	$M$ ( $DE$ )	$Mdn$ ( $rango$ )	
Edad	14.5 (2.12)	15. (12-18)	16.53 (1.70)	16.0 (13-19)	15.06 (2.82)	14.0 (12-20)	.249
IMC	21.0 (2.90)	21.0 (15.0- 26.7)	20.66 (2.35)	20.60 (17.6- 25.9)	19.85 (2.72)	18.70 (16.6- 24.4)	.617

*Notas:* IMC = Índice de Masa Corporal;  $M$  = media;  $Mdn$  = Mediana;  $DE$  = desviación estándar.

## 4.1. Distribución del peso corporal

Para el cumplimiento del primer objetivo, se obtuvo la distribución del IMC de las bailarinas de ballet. Se identificó que la mayoría de las participantes presentaron peso normal, mientras que la tercera parte, tuvo bajo peso y solo dos casos con sobrepeso. La Tabla 2 muestra la distribución del peso corporal de las participantes.

**Tabla 2**

*Distribución del peso corporal*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Bajo peso	13	30.95
Normopeso	27	64.28
Sobrepeso	2	4.77

## 4.2. Imagen corporal

### 4.1.1. Insatisfacción con la imagen corporal.

Se observó que cuatro participantes rebasaron el punto de corte del BSQ, es decir, 9.5% de las bailarinas de ballet presentaron malestar corporal patológico. La Tabla 3 muestra las puntuaciones medias obtenidas por las participantes.

**Tabla 3***Puntuaciones obtenidas en el BSQ.*

	<b>Puntuación total</b>	<b>Malestar corporal normativo</b>	<b>Malestar corporal patológico</b>
Rango	34-143	10-49	10-31
<i>M</i>	63.90	24.02	13.45
<i>DE</i>	28.28	11.55	5.32

*Notas: M = puntuación media; DE = desviación estándar.***4.1.2. Estima corporal.**

En cuanto la estima corporal, se identificó que la parte del cuerpo con mayor puntaje fueron los labios. La Tabla 4 muestra las puntuaciones medias obtenidas por las participantes en la BES y en sus factores.

**Tabla 4***Puntuaciones obtenidas en la BES.*

	<b>Puntuación total</b>	<b>CFyPP</b>	<b>AFyS</b>
Rango	86-174	24-69	48-95
<i>M</i>	128.97	52.05	70.27
<i>DE</i>	20.97	9.52	11.37

*Notas: M = puntuación media; DE = desviación estándar; CFyPP = Condición física y preocupación por el peso; AFyS = Atractivo físico y sexual.*

Por otro lado, la Tabla 5 muestra las partes o funciones corporales con mayor y estima corporal por parte de las bailarinas.

**Tabla 5**

*Partes y funciones corporales con mayor y menor estima corporal.*

Estima corporal			
Mayor	<i>M (DE)</i>	Menor	<i>M (DE)</i>
1. Labios	4.24 (0.85)	1. Actividad sexual	3.17 (0.85)
2. Ojos	4.14 (0.87)	2. Deseo sexual	3.19 (0.86)
2. Coordinación corporal	4.14 (0.89)	3. Olor corporal	3.31 (0.92)
3. Cara	4.05 (0.76)	4. Aspecto del abdomen	3.38 (1.16)
4. Agilidad	4.02 (0.97)	5. Bíceps	3.40 (0.98)
4. Salud	4.02 (0.92)		
5. Piernas	4.0 (1.08)		

Como puede observarse, entre las partes corporales con mayor estima corporal destacan los labios en primer lugar, los ojos y la coordinación corporal en segundo lugar, la cara en tercer lugar, la agilidad y la salud en cuarto y las piernas en quinto lugar. En cuanto las partes y funciones corporales con menor estima corporal destaca la actividad sexual, el deseo sexual, el olor corporal el aspecto del abdomen y los bíceps.

#### **4.2.3. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria**

En lo que respecta a la sintomatología de TCA, se observó que 2.4% de las bailarinas rebasó el punto de corte del EAT (anorexia nerviosa) y ninguna del BITE (bulimia nerviosa). La tablas 6 y 7 muestran las puntuaciones medias obtenidas por las participantes en cada uno de los instrumentos.

**Tabla 6***Puntuaciones obtenidas en el EAT.*

	<b>Puntuación total</b>	<b>Dieta restrictiva</b>	<b>Bulimia</b>	<b>Motivación por adelgazar</b>	<b>Preocupación por la comida</b>	<b>Presión social percibida</b>
Rango	5-30	0-15	0-1	0-8	0-3	0-8
<i>M</i>	15.57	5.14	0.10	1.40	0.50	1.52
<i>DE</i>	5.53	2.93	0.30	2.37	0.74	1.95

*Notas: M = puntuación media; DE = desviación estándar.***Tabla 7***Puntuaciones obtenidas en el BITE.*

	<b>Puntuación total</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Gravedad</b>
Rango	0-20	0-19	0-4
<i>M</i>	7.98	7.79	0.28
<i>DE</i>	4.06	3.72	0.83

*Notas: M = puntuación media; DE = desviación estándar.*

Finalmente, se entrevistó a las participantes que rebasaron el PC de alguno de los instrumentos. De este modo, y con base en entrevista diagnóstica, se identificó una prevalencia de 2.38% para BN y 0% AN o TCANE en bailarinas de ballet. Los resultados se muestran en la Tabla 8.

**Tabla 8**

*Diagnóstico de participantes que rebasaron punto de corte en el EAT y BSQ.*

<b>Expediente</b>	<b>Edad</b>	<b>IMC</b>	<b>Tiempo de practicar ballet</b>	<b>Instrumento que rebasó PC</b>	<b>Puntuación obtenida</b>	<b>Diagnóstico con entrevista</b>
1	16	26.7	2 años	BSQ	143	Sin TCA
20	16	22.5	6 años	EAT	30	Sin TCA
21	16	22.9	12 años	BSQ	123	BN
33	19	21.2	3 años	BSQ	115	---
41	14	23.4	1.5 años	BSQ	131	---

*Notas:* IMC = Índice de Masa Corporal; PC = punto de corte; BSQ = Cuestionario de Imagen Corporal; EAT = Test de Actitudes Alimentarias; TCA = Trastornos de la Conducta Alimentarias; BN = Bulimia Nerviosa; --- = participantes que no aceptaron ser entrevistadas.

## Capítulo 5

### Conclusión y discusión

#### 5.1. Distribución del peso corporal

En cuanto a la distribución del peso corporal, se observó que la mayoría de las participantes presentaron peso normal, mientras que la tercera parte, tuvo bajo peso y solo dos casos con sobrepeso. Este resultado es contundente con lo informado previamente, ya que estudios similares han identificado mayor proporción de bailarinas con normopeso que con bajo peso. Por ejemplo, Rodríguez et al. (2010) encontraron que 83.1% ( $n = 64$ ) de las bailarinas cubanas de entre 13 y 14 años tuvieron peso normal mientras que el 16.8% ( $n = 13$ ) presentaron bajo peso y, a diferencia del presente estudio, ningún caso con sobrepeso u obesidad. Asimismo, Vázquez et al. (2008) encontraron mayor porcentaje de bailarines de ballet normopeso que de bajo peso, tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, los resultados del presente estudio difieren con otros presentados hace más de una década en nuestro país, ya que todas las bailarinas han tenido bajo peso o bajo peso (Vázquez et al., 2000; Vázquez et al., 2002). Probablemente, estas divergencias se deban al nivel de profesionalización de las escuelas de ballet, por lo que se requieren estudios nuevos que evalúen la composición corporal de las bailarinas, ya que se ha identificado que la práctica de ballet repercute tanto en la cantidad como en la distribución de la grasa (Vázquez et al., 2008).

## **5.2. Imagen corporal**

### **5.2.1 Insatisfacción corporal.**

Se observó que cuatro participantes rebasaron el punto de corte del BSQ, es decir, 9.5% de las bailarinas de ballet presentaron insatisfacción corporal. Estudios previos han identificado que las bailarinas de ballet tienen mayor insatisfacción corporal que mujeres que no se dedican a esta disciplina (Valdez & Guadarrama, 2008), sin embargo, en el presente estudio fueron pocas las estudiantes quienes rebasaron el punto de corte. En este sentido, Pollatou et al. (2010) identificaron que la práctica de ballet también se asocia con la satisfacción corporal y la preocupación por el peso, por lo que probablemente, las participantes del presente estudio perciben al ballet como una práctica física que coadyuva al fomento de su imagen corporal saludable (Zulaika, 1999). Además, la mayoría de las participantes presentó una condición de normopeso, lo que puede contribuir a su satisfacción corporal.

### **5.2.2. Estima corporal.**

En cuanto la estima corporal, se identificó que la parte del cuerpo con mayor puntaje fueron los labios, aunque la coordinación corporal y la agilidad también fueron importantes. Como puede observarse, estas partes o funciones corporales no forman parte del estereotipo de delgadez pero sí para desempeñar la actividad, de este modo, quizá la satisfacción corporal de las bailarinas puede estar asociado al desempeño de la actividad y no en aspectos propios del TCA. Por el contrario, las partes o funciones corporales con menor estima corporal fueron aquellas relacionadas con la sexualidad y el aspecto del abdomen. Cabe mencionar que no se tiene conocimiento de otros estudios que hayan

evaluado la estima corporal en bailarinas de ballet, sin embargo, se sabe que éstas subestiman el tamaño de su espalda y cadera, además de que sobreestiman el tamaño de su cintura, lo que significa que éstas son partes corporales importantes para ellas (Ocampo et al., 1999). Por otro lado, en un estudio reciente se identificó que mujeres mexicanas, no bailarinas de ballet, otorgan mayores puntuaciones a labios, orejas, nalgas, aspecto de los ojos, mejillas y cadera (Escoto et al., 2016), por lo que se observa que las mujeres ponen énfasis en diferentes partes corporales.

### **5.2.3. Prevalencia de TCA.**

En lo que respecta a la prevalencia de TCA, se observó que 2.4% de las bailarinas presentó BN y 0% de AN y TCANE. Este resultado es similar al identificado por Ravaldi et al. (2003) para BN (2.7%), pero menor al identificado por Ravaldi et al. (2006, 10.9%), ambos realizados con base en entrevista diagnóstica. En cuanto a la prevalencia de AN, difiere completamente a los informados previamente. Este resultado, también es menor al identificado en población mexicana por Vázquez et al. (2000, 4.17%) y Vázquez et al. (2002, 4.41%). Contrario a ello, el porcentaje identificado está por debajo del informado previamente por Hidayah y Bariah (2011), quienes, con base en instrumentos de tamizaje, identificaron 21.74% de bailarinas en riesgo. Probablemente, las diferencias puedan deberse al nivel de especialización y de experiencia de las bailarinas (Swami & Sunshine, 2012), ya que los estudios anteriores han incluido a muestras provenientes de instituciones altamente especializadas. Otra explicación a las diferencias entre Hidayah y Bariah (2011) y el presente estudio, puede deberse a la forma de evaluación de TCA (entrevista vs instrumentos de tamizaje).

#### **5.4. Limitaciones y fortalezas.**

Finalmente, entre las principales limitaciones destaca el tamaño de la muestra y el nivel de profesionalización de las participantes, aunado a que no todas las estudiantes accedieron a participar o bien no completaron la batería de instrumentos. Además, al final del estudio dos de las participantes no accedieron a ser entrevistadas. De este modo, se sugiere que próximas investigaciones consideren muestras más amplias así como el nivel de profesionalización de los participantes. Por otro lado, el presente estudio se enfocó sólo a muestra femenina, sería interesante que futuros estudios incorporen muestras masculinas.

Entre las fortalezas, destaca el hecho de que las aplicaciones se realizaron de manera individual, y aún con contratiempos logísticos, las participantes respondieron sin presión de tiempo y con la libertad de que resolver dudas al momento de responder los instrumentos. Finalmente, destaca la entrevista ya que son pocos los estudios que consideran evaluación de doble fase, es decir, la aplicación de instrumentos de tamizaje más la entrevista diagnóstica.

## Referencias

- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders, 9*, 243-248.
- Arcelus, J., Witcomb, L. G., & Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst Dancer: A systemic review and meta-analysis. *John Wiley & Sons, Ltd and Eating Disorders Association, 22*, 92-101.
- Amaya, A., Alvarez, G. L., & Mancilla, J. M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: Una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1*, 76-89.
- American Psychiatry Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatry Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed). *Edition-Revised*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. ed). Washington, DC: Autor.
- Baile, J. I., Guillen, F., & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): Efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(3), 439-450.
- Bettle, N., Bettle, O., Neumärker, U., & Neumärker, K. J. (2001). Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. *Perceptual and Motor Skills, 93*(1), 297-309.

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2016). El índice de masa corporal para adultos. Revisado en [http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult\\_bmi/index.html](http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html).
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020247.
- Crow, S. J., Praus, B., & Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders-a 5-to 10-year record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 97-101.
- Díaz, M. E., Mercader, O., Blanco, J., Wong, I., Moreno, V., Romero, M. C., & Ferret, A. (2010). Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 12, 1316-1329.
- Devlin, M. J., & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *JAMA*, 286(17), 2159. doi:10.1001/jama.286.17.2159-JMS1107-3-1.
- Escoto, C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho, E. J., Díaz, I., & Rodríguez, G. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas de la Escala de Estima Corporal en mujeres y varones mexicanos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 97-104.
- Emborg, C. (1999). Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970–1993: A case register study. *International Journal of Eating Disorders*, 25(3), 243-251.

- Franco, K., González, O. L., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Martínez, A. G., & Aguilera, V. (2010). Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh on Mexican women. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 17-24.
- Franzoi, S., & Shields, S. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 173-178.
- García-Dantas, A., & Del Río, S. C. (2013). Risk of eating disorders among different dance majors at a dance conservatory. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 9, 69-71.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Nueva York: Taylor & Francis Group.
- Henderson, M., & Freeman, P. L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4<sup>a</sup> ed.). México, D.F., México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hidayah, G. N., & Bariah, A. H. (2011). Eating attitude, body image, body composition and dieting behavior among dancers. *Asian Journal of Clinical Nutrition*, 3(3), 92-102.
- Kutlesic, V., Williamson, A., Gleaves, H., Barbin, M., & Murphy-Eberenz, P. (1998). The Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria. *Psychological Assessment*, 10, 41-48. doi: 10.1037/1040-3590.10.1.41.

- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X., & Acosta, M. V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. M. Mancilla & G. Gómez-Peresmitré (Eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mancilla, J. M., Mercado, L., Manríquez, E., Alvarez, G., López, X., & Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, *16*, 37-46.
- Mehler, P. S., Birmingham, L. C., Crow, S. J., & Jahraus, J. P. (2010). Medical complications of Eating Disorders. En C. M. Grilo, & J. E. Mitchell (Eds.). *The Treatment of Eating Disorders* (pp. 66-80). Nueva York: The Guilford Press.
- Moore, A. (2012). Ballet dancing and the body extreme: A qualitative exploration of adolescent women's eating regimes. *Manchester Metropolitan University*, 1-20. Recuperado de [http://e-space.mmu.ac.uk/576540/1/MOORE%20\(ANNIE\)%202012.pdf](http://e-space.mmu.ac.uk/576540/1/MOORE%20(ANNIE)%202012.pdf)
- Nascimento, A. L., Luna, J. V., & Fontenelle, L. F. (2012). Body dysmorphic disorder and eating disorders in elite professional female ballet dancers. *Annals of Clinical Psychiatry*, *24*(3), 4-191.
- Ocampo, M., López, X., Álvarez, G., & Mancilla, J. (1999). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de danza clásica, con y sin trastornos alimentarios. *Estudios de Antropología Biológica*, *10*, 521-535.
- Paredes, F., Nessier, C., & 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. *Diaeta*, *29*(136), 18-24.

- Peláez, M., Raich, R., & Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *1*, 62-75.
- Pollatou, E., Bakali, N., Theodorakis, Y., & Goudas, M. (2010). Body image in female professional and amateur dancers. *Research in Dance Education*, *11*(2), 131-137. doi: 10.1080/14647893.2010.482980.
- Price, B. R., & Pettijohn, T. F. (2006). The effect of ballet dance attire on body and self-perceptions of female dancers. *Social Behavior and Personality*, *34*(8), 991-998. doi:http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2006.34.8.991.
- Radell, S. A., Adame, D. D., & Cole, S. P. (2002). Effect of teaching with mirrors on ballet dance performance. *Perceptual and Motor Skills*, *97*, 960-964. doi:10.2466/pms.2003.97.3.960.
- Radell, S. A. (2012). Body image and mirror use in the ballet class. *The IADMS Bulletin for Teachers*, *4*(1), 10-13.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. México: Pirámide.
- Ravaldi, C., Vannaci, A., Zucchi, T., Mannucci, E., Cabras, P. L., Boldrini, M., ... Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders. *Psychopathology*, *36*(5), 54-247.
- Ravaldi, C., Vannaci, A., Bolognesi, E., Mancini, S., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). *Journal of Research*, *61*, 529-535.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, *4*, 149-161.

- Rodríguez, C. M., Marcos, L. M., Rodríguez, L., Carrillo, U., & Pérez, M. B. (2010). Estado nutricional de los estudiantes de ballet de una escuela de nivel elemental. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 20(1), 72-91.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166. doi:10.1016/S1077-7229(05)80008-2.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Arana, F., Armatta, A. M., & Leonardelli, E. (2010). Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 39(2), 329-346. doi:10.1016/S0034-7450(14)60254-7.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., Armatta, A. M., Leonardelli, E., et al. (2010). Factores de riesgo para Trastornos Alimentarios en estudiantes de danza. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 55-68. doi:10.5460/jbhsi.v2.i1.07.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. (2010). Trastornos alimentarios: Detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 48-61.
- Schluger, A. (2010). Disordered eating attitudes and behaviors in female college dance students: Comparison of modern dance and ballet dance majors. *North American Journal of Psychology*, 12(1), 117-128.
- Suzanne, A. (1996). Characteristics of Eating Disorders among Young Ballet Dancers. *Psychopathology*, 29(4), 223-229. doi:10.1159/000284997.
- Swami, V., & Sunshine, A. (2012). Dancing toward positive body image? examining body-related constructs with ballet and contemporary dancers at different levels. *American Dance Therapy Association*, 34, 39-52. doi:10.1007/s10465-012-9129-7.

- Toro, J., Guerrero, M., Sentis, J., Castro, J., & Puértolas, C. (2009). Eating disorders in ballet dancing students: problems and risk factors. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 40-9. doi: 10.1002/erv.888.
- Unikel, C., Aguilar, J., & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviours in a sample of Mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Valdez, J. L., & Guadarrama, R. (2008). Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 18(1), 63-68.
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(11), 42-52.
- Vázquez, R., Ocampo, M. T., López, X., & Álvarez, G. L. (2002). La influencia de los modelos estéticos e insatisfacción corporal en estudiantes de danza con trastorno alimentario. *Psicología Conductual*, 10(2), 355-369.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. L., Ocampo, M. T., & Mancilla, J. M. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Revista Psicológica Contemporánea*, 7(1), 56-65.
- Vázquez, V., Martínez, A. J., Carrillo, U., Santos, M. G., Mesa, M. S., & Marrodán, M. D. (2008). Composición corporal y condición nutricional en estudiantes de ballet cubanos. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*, 28(3), 3-8.
- Zoletić, E., & Duraković-Belko, E. (2009) Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatria Danubina*, 21(3), 302-309.
- Zulaika, L. M. (1999). Educación física y mejora del autoconcepto. Revisión de la investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 8, 101-120.

ANEXOS

## CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL

Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., & Unikel,

C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas.

*Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(11), 42-52.

BSQ

### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla ya que no hay respuestas "buenas" ni malas".
2. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible y de manera individual.
3. Especifica tu respuesta anotando una "X" en el círculo que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
4. Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?	<input type="radio"/>					
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<input type="radio"/>					
3. ¿Has pensado que tus muslos, cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
4. ¿Has tenido miedo a engordar?	<input type="radio"/>					
5. ¿Te has preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	<input type="radio"/>					
6. Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<input type="radio"/>					
8. ¿Tratas de no comer para evitar que tu carne se mueva?	<input type="radio"/>					
9. Estar con chicas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	<input type="radio"/>					
10. ¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	<input type="radio"/>					
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
12. Al fijarte en la figura de otras chicas ¿las has comparado con la tuya desfavorablemente?	<input type="radio"/>					
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV., lees o mantienes una conversación)?	<input type="radio"/>					
14. Estar desnuda (p. ej. Cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gorda?	<input type="radio"/>					
15. ¿Has evitado usar ropa que marque tu figura?	<input type="radio"/>					
16. ¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentirte gorda?	<input type="radio"/>					
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. Una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	<input type="radio"/>					

19. ¿Te has sentido exclusivamente gorda o redondeada?	<input type="radio"/>					
20. ¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?	<input type="radio"/>					
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estomago esta vacío (p. ej. Por la mañana)	<input type="radio"/>					
23. ¿Has pensado que la figura que tienes se debe a tu falta de control?	<input type="radio"/>					
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estomago?	<input type="radio"/>					
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tu?	<input type="radio"/>					
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	<input type="radio"/>					
27. Cuando estas con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. ej. Sentándote en un sofá o en un autobús)?	<input type="radio"/>					
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?	<input type="radio"/>					
29. Verte reflejada en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?	<input type="radio"/>					
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. ej. En vestidores comunes de albercas o baños)?	<input type="radio"/>					
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	<input type="radio"/>					
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	<input type="radio"/>					
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?	<input type="radio"/>					

**"GRACIAS"**

División de Investigación y Posgrado, Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de Salud y Educación, Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM FES-Iztacala. Av. de los Barrios #1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. de México. C.P. 54090.

## CUESTIONARIO DE ESTIMA CORPORAL

Escoto, C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho, E. J., Díaz, I., & Rodríguez, G. (2016). Adaptación y propiedades psicométricas de la Escala de Estima Corporal en mujeres y varones mexicanos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 97-104.

BES

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Instrucciones: se han enumerado una serie de partes y funciones del cuerpo. Por favor, lea cada inciso e indique cómo se siente acerca de la función de su propio cuerpo, utilizando la siguiente escala:

Partes y funciones del cuerpo	Tengo fuertes sentimientos negativos	Tengo sentimientos negativos moderados	No tengo sentimientos positivos ni negativos	Tengo sentimientos positivos moderados	Tengo fuertes sentimientos positivos
1. Olor corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apetito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nariz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Resistencia Física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Reflejos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Labios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fuerza muscular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Cintura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nivel de energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Muslos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Orejas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Biceps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Barbilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estructura corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Coordinación corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nalgas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Agilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Anchura de los hombros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Brazos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Pecho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Aspecto de los ojos (forma, color).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mejillas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Caderas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Figura o apariencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Deseo sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Pies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Genitales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Aspecto del abdomen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Actividades sexuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Vello corporal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Condición física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Cara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Centro Universitario UAEM Ecatepec, José Revueltas 17, Tierra Blanca, Ecatepec Edo. de México. C.P. 55020.

## TEST DE ACTITUDES ALIMENTARIAS

Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A., & Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the eating attitudes test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating and Weight Disorders, 9*, 243-248.

EAT

### INSTRUCCIONES

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.</li> <li>2. Contesta de manera individual.</li> <li>3. Al contestar cada pregunta hazlo verídicamente posible.</li> <li>4. No hay respuestas "buenas ni malas"</li> <li>5. Anota una "X" en el cuadro que contenga la opción que más se adecue a lo que piensas.</li> <li>6. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.</li> </ol>
--

<b>Nombre:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Escolaridad:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Prepara comida para otros, pero yo no me la como.						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc.)						
11. Me siento lleno después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que o comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						

18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías, cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes) o diuréticos (que producen que orines con mayor frecuencia).						
29. Procuo no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos dietéticos.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incomodo después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer dietas.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

**"GRACIAS"**

División de Investigación y Posgrado, Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de Salud y Educación, Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM FES-Iztacala. Av. de los Barrios #1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. de México. C.P. 54090.

## TEST DE INVESTIGACIÓN BULÍMICA DE EDIMBURGO

Franco, K., González, O. L., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Martínez, A. G. & Aguilera,

V. (2010). Reliability and validity of Bulimic Investigatory Test Edinburgh on

Mexican women. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 17-24.

**BITE**

### INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla
2. Especifica tu respuesta anotando una X en el espacio que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces
3. Contesta de manera individual
4. Contesta cada pregunta lo más verídicamente posible
5. No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas"
6. La información que proporciones será confidencial

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Escolaridad:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

1. ¿Tienes costumbres regulares en tu alimentación diaria?	SI	NO
2. ¿Sigues habitualmente dietas de forma estricta?	SI	NO
3. ¿Consideras un fracaso romper tu dieta alguna vez?	SI	NO
4. ¿Cuentas las calorías de todo lo que comes, incluso cuando no estás a dieta?	SI	NO
5. ¿Has ayunado alguna vez durante un día completo?	SI	NO <small>Pasa a la pregunta 7</small>
6. Si la respuesta fue si, ¿con qué frecuencia?	Días alternos	Una vez
	2-3 veces por semana	Una vez
7. ¿Utilizas algunos de los siguientes métodos para perder peso?	Un día a la semana	Alguna vez
	Alguna vez	Una vez
7. ¿Utilizas algunos de los siguientes métodos para perder peso?	Nunca	5 veces/día
	Raramente	5 veces/día
	Una vez/semana	5 veces/día
	2-3 veces/ semana	5 veces/día
	Diariamente	5 veces/día
	2-3 veces/día	5 veces/día
a) Pastillas para adelgazar		
b) Diuréticos		
c) Laxantes		
d) Provocación del vómito		
8. ¿Tu vida diaria se ve gravemente afectada por tu forma de comer?	SI	NO
9. ¿Crees que la comida <<controla>> tu vida?	SI	NO
10. ¿Te ha ocurrido alguna vez <<comer y comer>> hasta que las molestias físicas te obligan a parar?	SI	NO
11. ¿Existen momentos en los cuales <<solo>> puedes pensar en comida?	SI	NO

12. ¿Comes delante de los demás racionalmente y te excedes en privado?	SI	NO
13. ¿Puede parar de comer siempre que te lo propones?	SI	NO
14. ¿Has experimentado alguna vez deseos imperiosos de <<comer, comer y comer>>?	SI	NO
15. ¿Cuándo te sientes ansioso/a tienes tendencia a comer demasiado?	SI	NO
16. ¿La idea de engordar te aterroriza?	SI	NO
17. ¿Alguna vez has comido grandes cantidades de alimentos, rápidamente? (fuera de tus horarios habituales)	SI	NO
18. ¿Te sientes avergonzado/a por tus hábitos alimentarios?	SI	NO
19. ¿Te preocupa no tener control sobre <<cuánto>> comes?	SI	NO
20. ¿Te refugias en la comida para sentirte bien?	SI	NO
21. ¿Eres capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SI	NO
22. ¿Engañas a los demás acerca de la cantidad de comida que comes?	SI	NO
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que tienes, con lo que comes?	SI	NO
24. ¿Presentas alguna vez <<atracones>> de grandes cantidades de comida?	SI	NO <small>Pasa a la pregunta 29</small>
25. Si es así cuando terminas de <<atraccarte>>, ¿Te sientes infeliz?	SI	NO
26. ¿Se dan los <<atracones>> únicamente cuando estás solo/a?	SI	NO
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos <<atracones>>?	Raramente	1 vez al mes
	1 vez a la semana	2-3 veces a la semana
	Diariamente	2-3 veces al día
28. ¿Te desplazarías grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del <<atracción>>?	SI	NO
29. Después de comer mucho, ¿Te sientes culpable?	SI	NO
30. ¿Comes alguna vez en secreto?	SI	NO
31. ¿Crees que tus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SI	NO
32. ¿Te consideras un comedor/a <<compulsivo/a>> (y no puedes evitarlo)?	SI	NO
33. ¿Varía tu peso más de 2 kg. a la semana?	SI	NO

**GRACIAS**