



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Rutzstein, Guillermina; Murawski, Brenda; Elizathe, Luciana; Arana, Fernán; M. Armatta, Ana;
Leonardelli, Eduardo

Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes
de danza y estudiantes de escuelas Medias

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 39, núm. 2, 2010, pp. 329-346

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias

Guillermina Rutzstein¹

Brenda Murawski²

Luciana Elizathe³

Fernán Arana⁴

Ana M. Armatta⁵

Eduardo Leonardelli⁶

Resumen

Objetivos: Analizar y comparar hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal y otras variables psicosociales relevantes en trastornos alimentarios en pacientes con tras-

¹ Doctora en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesora regular adjunta de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

² Becaria de Investigación UBACyT, Categoría Estimulo, 2007/2008. Ayudante de trabajos prácticos de segunda interina de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

³ Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires. Becaria doctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ayudante de trabajos prácticos interina de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

⁴ Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Doctorando de la Universidad de Buenos Aires. Becario doctoral Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Ayudante de trabajos prácticos interino de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

⁵ Médica especialista en Pediatría. Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Especialista en Adolescentes (Universidad de Buenos Aires.) Diplomada en Gestión Hospitalaria (UCES). Integrante del Equipo Interdisciplinario de Trabajo en trastornos de la Conducta Alimentaria Hospital Argerich. Buenos Aires, Argentina.

⁶ Licenciado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de Filosofía de la Universidad Católica Argentina máster (E.P.H.E, París) en Filosofía. Docente de las cátedras de Epistemología, Estadística y Metodología de la Investigación en carreras de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad Católica Argentina. Profesor adjunto de Epistemología y Antropología Filosófica de la Universidad Católica Argentina. Buenos Aires, Argentina.

torno alimentario, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. *Materiales y métodos:* La muestra estuvo conformada por 440 mujeres adolescentes de Buenos Aires, entre los 13 y los 18 años de edad: 50 pacientes con trastornos alimentarios, 107 estudiantes de danza y 283 estudiantes de escuelas medias. Las participantes completaron un *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios*, el *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* y el *Figure Scale (FS)*. *Resultados:* Las estudiantes de danza no se diferenciaron de las estudiantes de escuelas medias en variables habitualmente asociadas con los trastornos alimentarios (insatisfacción con la imagen corporal, conducta "dietante", actividad física intensa para bajar de peso, autoprovocación de vómitos, consumo de laxantes y amenorrea secundaria). Las pacientes fueron las que presentaron con una frecuencia significativamente superior estas características y puntajes mayores en nueve de las once subescalas del *EDI-2*. *Conclusión:* Una proporción bastante elevada de pacientes y de estudiantes de danza (respecto a las estudiantes de escuelas medias) presentó distorsión de la imagen corporal. Por lo tanto, las estudiantes de danza se asemejan más a las estudiantes de escuelas medias que a las pacientes, en diversas características asociadas con los trastornos alimentarios, exceptuando la distorsión de la imagen corporal.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, imagen corporal, adolescente.

Title: Eating Disorders in Female Adolescents: A Comparative Study between Patients, Dance Students and High School Students

Abstract

Objectives: To analyze and to compare eating habits, body image perception and other relevant psychosocial variables of eating disorders in patients with these disorders,

dance students and high school students. *Materials and Methods:* The sample included 440 female adolescents from Buenos Aires, aged between 13 and 18 years: 50 patients with eating disorders, 107 ballet students and 283 high school students. Participants completed a *Sociodemographic and Specific Symptoms of Eating Disorders Questionnaire*, the *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*, and the *Figure Scale (FS)*. *Results:* Dance students were not different to high school students in some variables usually associated with eating disorders (body image dissatisfaction, diet behaviour, excessive exercise in order to lose weight, self-induced vomiting, laxative use, and secondary amenorrhea), whereas patients showed a significantly higher frequency of these characteristics. Patients scored significantly higher in nine of the eleven subscales of the *EDI-2*. Moreover, a significantly larger proportion of patients and dance students (with respect to high school students) showed body image distortion. *Conclusion:* Dance students are more similar to high school students than to patients in several characteristics associated with eating disorders, except for body image distortion.

Key words: Eating disorders, body image, adolescent.

Introducción

Numerosas investigaciones están dando cuenta de que las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos alimentarios han sufrido un aumento progresivo y alarmante durante los últimos años (1-4).

Esta situación ha despertado el interés acerca del estudio de dichas patologías, lo cual incrementó el número de trabajos publicados sobre esta temática (5), y también motivó el desarrollo de políticas públicas de salud destinadas a prevenir el

desarrollo de los mencionados trastornos, y a garantizar una adecuada atención a aquellas personas que los padecen. Un ejemplo en nuestro país es la reciente promulgación de la Ley 26396 (2008), que declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios como temas de “interés nacional”, teniendo como objetivo su prevención, diagnóstico y tratamiento (6).

Diversos estudios se han focalizado, a su vez, en identificar a los grupos de riesgo para el desarrollo de estos trastornos, y han concluido que las mujeres adolescentes tienen un alto riesgo de presentarlos (7-9). Por otra parte, se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres y jóvenes que practican alguna actividad donde se enfatiza la delgadez, tales como la danza, el patinaje artístico y la gimnasia rítmica (10-13). Parecería ser que este tipo de prácticas pueden constituirse en un factor de riesgo para trastornos alimentarios, debido a que ser delgado no sólo se asocia a un mejor rendimiento, sino que responde a los cánones estéticos propios de la actividad (10).

La literatura especializada ha hallado que las bailarinas comparten características, tanto conductuales como psicológicas, con las jóvenes con trastornos alimentarios (12), y que presentan mayor sintomatología asociada a estos cuadros que jóvenes de población general (14-17). Entre dichas características se halló que las bailarinas se encuentran más

insatisfechas con su peso (18) y su imagen corporal (19,20).

Sin embargo, otras investigaciones no encontraron mayor prevalencia de sintomatología asociada a trastornos alimentarios en bailarinas y atletas (21), ni un mayor grado de riesgo de presentar estos trastornos, en comparación con jóvenes de población general (22,23). Así, la búsqueda de delgadez en estas jóvenes se asociaría a un mejor desempeño en la actividad, pero no a rasgos psicopatológicos propios de los trastornos alimentarios (24,25). Específicamente, se ha hallado que, si bien las bailarinas desean verse más delgadas en comparación con pacientes de anorexia nerviosa y jóvenes de población general, presentan menor distorsión de la imagen corporal (26).

El presente estudio forma parte de una investigación más amplia, y tiene como objetivo comparar a pacientes con trastornos alimentarios, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias, en función de características tales como el índice de masa corporal, la insatisfacción con la propia imagen corporal, la presencia de hábitos y las conductas de riesgo de trastornos alimentarios, la distorsión de la imagen corporal y otros rasgos psicológicos asociados a estos trastornos que son clínicamente relevantes.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante encuestas,

según la clasificación de Montero y León (27).

Muestra

El estudio se realizó con una muestra de tipo incidental, conformada por 440 mujeres adolescentes entre 13 y 18 años, que participaron de manera voluntaria: 50 pacientes ambulatorias con diagnóstico de trastornos alimentarios según criterios del DSM-IV-TR (28); 107 estudiantes de una escuela con especialización en danza y 283 estudiantes de 4 escuelas medias.

El 70% (29) de las pacientes presentaba trastorno alimentario no especificado (TANE); el 22% (11), bulimia nerviosa (BN); y el 8% (4), anorexia nerviosa (AN). En el momento del estudio las pacientes se encontraban en tratamiento por dicha patología en instituciones asistenciales especializadas, públicas y privadas, de la Ciudad de Buenos Aires. En cuanto a la escuela pública con especialización en danza, se trata de una institución educativa de la Ciudad de Buenos Aires en la cual los alumnos cuentan con la posibilidad de cursar también allí sus estudios secundarios, y si bien la formación en danza es intensiva, no está orientada a una carrera profesional con altos niveles de competitividad. Por último, las escuelas medias estaban situadas en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires; dos de ellas son públicas, y dos, privadas.

A pesar de que se respetó el criterio de inclusión en cuanto a la

edad en los 3 grupos (de 13 a 18 años), se encontraron diferencias significativas en torno a la edad media entre los 3 grupos ($F=67,81$; $g. l.=2,4$; $p<0,001$). Las estudiantes de danza presentaron las edades más bajas, y las pacientes, las más elevadas (Tabla 1).

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios. Este cuestionario autoadministrable se utilizó con el fin de recabar información acerca de la edad, el nivel de escolaridad y la composición del núcleo familiar. También se indagó acerca de la talla, el peso actual, el peso deseado, la propia percepción de la imagen corporal, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso: vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, de diuréticos o de pastillas para adelgazar, y actividad física excesiva.

Figure Scale (FS) (30). Se trata de una escala gráfica autoadministrable de nueve siluetas femeninas, la cual evalúa el grado de satisfacción con la propia imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tener. Las siluetas conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta la última, que presenta un sobrepeso importante.

Tabla 1. Características de la muestra

	Pacientes (A)		Estudiantes de danza (B)		Estudiantes de escuelas medias (C)		ANOVA			Post hoc
	n*	Media (DE)	n*	Media (DE)	n*	Media (DE)	F	g. l.	p	
Edad (años)	50	16,46 (1,25)	107	14,1 (0,89)	283	14,77 (1,27)	67,81	2, 437	<0,001	A > C > B
Peso actual (kg)	50	54,27 (10,28)	104	47,82 (6,45)	275	52,9 (9,61)	13,99	2, 426	<0,001	A, C > B
Altura actual (m)	50	1,62 (0,06)	101	1,58 (0,07)	278	1,6 (0,07)	9,2	2, 426	<0,001	A, C > B
IMC actual (kg/ m ²)	50	20,53 (3,32)	100	19,26 (2,16)	274	20,46 (3)	6,74	2, 421	0,001	A, C > B
Peso deseado (kg)	50	50,36 (6,96)	93	46,15 (4,9)	271	50,04 (6,47)	14,53	2, 411	<0,001	A, C > B
Diferencia entre Peso deseado y Peso actual (kg)	50	-3,91 (5,25)	93	-2,33 (4,1)	267	-2,82 (5,55)	1,49	2, 407	0,226	NS

* No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (31,32). Se trata de un inventario multidimensional autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados a los trastornos alimentarios, y que se utiliza como instrumento de cribado para detectar población de riesgo. El EDI-2 está conformado por 11 subescalas, que organizan 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: “Siempre”, “Casi siempre”, “A menudo”, “A veces”, “Pocas veces” y “Nunca”. Las 3 primeras subescalas, llamadas “de riesgo”, evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal. Ellas son: *Búsqueda de delgadez*, *Bulimia* e *Insatisfacción con la imagen corporal*. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que son clínicamente relevantes (*ineficacia*, *perfeccionismo*, *desconfianza interpersonal*, *conciencia interoceptiva*, *miedo a madurar*, *ascetismo*, *impulsividad* e *inseguridad social*).

Procedimiento

Se informó el objetivo del estudio a las autoridades de las instituciones educativas, así como a las jóvenes participantes y a sus padres. También se les solicitó la autorización correspondiente para llevarlo a cabo. Tal como lo indican los principios éticos vigentes, se les aseguró el carácter confidencial de la información brindada y se informó que la participación era voluntaria.

Las estudiantes de danza y de escuelas medias completaron los cuestionarios autoadministrables en grupo, bajo la supervisión de integrantes del equipo de investigación, en las propias aulas de las instituciones educativas, durante el horario de clase, previa introducción y lectura del instructivo. Las pacientes completaron los cuestionarios autoadministrables en forma individual en las instituciones donde se encontraban en tratamiento, con previa introducción y lectura del instructivo. La confirmación del diagnóstico de trastornos alimentarios se realizó con base en una *entrevista semiestructurada* basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (28).

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 15.0 en castellano). Las comparaciones intergrupo se realizaron mediante un análisis ANOVA de una vía, con contraste de comparaciones *post hoc* de Tukey HSD, o con χ^2 y Prueba de Hipótesis para diferencias de proporciones para variables categóricas o categorizadas.

Resultados

Valores antropométricos

El peso y la altura que presentaron las estudiantes de danza resultaron significativamente inferiores en comparación con los de las estudiantes de escuelas medias, y con los de las pacientes (Tabla 1).

El índice de masa corporal (IMC) se calculó con base en los datos declarados por las jóvenes, con la siguiente fórmula: peso (kg)/altura² (m²). Las estudiantes de danza también presentaron un IMC significativamente menor (Tabla 1).

Por otra parte, si bien las estudiantes de danza presentaron un peso deseado significativamente menor en comparación con los otros dos grupos, no se hallaron diferencias significativas en relación con la diferencia existente entre el peso deseado y el actual (Tabla 1).

Además, se crearon cinco categorías para analizar la distribución del IMC: delgadez, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Los puntos de corte para obesidad y sobrepeso fueron: 25 kg/m² y 30 kg/m², respectivamente (33), según los criterios utilizados por la International Obesity Task Force para niños y adolescentes. Estos puntos de corte coinciden con

los del adulto. Por otra parte, se consideró que una adolescente presentaba peso normal con un IMC entre 18,5 kg/m² y 24,99 kg/m², y bajo peso con un IMC entre 17 kg/m² y 18,49 kg/m² (34). También se determinó un IMC menor de 17 kg/m² como límite superior para definir Delgadez en niños y adolescentes (35).

A partir de dichas categorías se halló que la proporción de estudiantes de danza con bajo peso es significativamente mayor que la proporción de estudiantes de escuelas medias, y mayor que la proporción de pacientes. Además, la proporción de estudiantes de escuelas medias con peso normal es significativamente mayor que la proporción de estudiantes de danza. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con la proporción de adolescentes con delgadez, sobrepeso u obesidad (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución del IMC

	Pacientes (A)	Estudiantes de danza (B)	Estudiantes de escuelas medias (C)	Prueba de proporciones
	% (f)	% (f)	% (f)	Sig.
Delgadez ($\leq 16,99$)	14 (7)	13 (13)	9,49 (26)	NS
Bajo peso (17-18,49)	10 (5)	30 (30)	15,69 (43)	B > C, A
Peso normal (18,5-24,99)	68 (34)	55 (55)	69,34 (190)	C > B
Sobrepeso (25-29,99)	6 (3)	2 (2)	4,01 (11)	NS
Obesidad (≥ 30)	2 (1)	0 (0)	1,46 (4)	NS
n*	100 (50)	100 (100)	100 (274)	

Prueba χ^2 : Las variables se encuentran asociadas ($\chi^2=17,19$; g. l.=8; $p=0,028$).

* No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

Conducta dietante y amenorrea

Se halló que una proporción significativamente mayor de pacientes, en comparación con los otros dos grupos, realiza dieta para adelgazar y descendió 5 kg o más por realizar dieta en el último año (Tabla 3).

Se definió amenorrea primaria como la ausencia de la primera menstruación a partir de los 16 años. En esta muestra un muy pequeño porcentaje de estudiantes de danza (2,8%), un pequeño porcentaje de estudiantes de escuelas medias (26,86%) y un amplio porcentaje de pacientes (80%) presentaban una edad mayor o igual a 16 años, pero todas ellas ya habían tenido la menarquia. Por lo tanto, ninguna de ellas presentó amenorrea primaria.

En cuanto a la amenorrea secundaria—definida como la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, o cuando la menstruación aparecía únicamente tras el consumo de píldoras anticonceptivas u hormonas, con el fin de regularizar el ciclo menstrual—, se encontró que es significativamente mayor la proporción de pacientes que presentan amenorrea secundaria (Tabla 3). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a la edad media de la menarquia ($F=0,53$; $g. l.=2, 410$; $p=0,587$). La edad media de la menarquia para las pacientes fue 11,99 ($DE=0,92$), para las estudiantes de danza fue 12,14 ($DE=1,14$) y para

las estudiantes de escuelas medias fue 12,01 ($DE=1,15$).

Conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso

Se halló que una proporción significativamente mayor de pacientes, en comparación con los otros dos grupos, se provoca vómitos, consume laxantes y realiza actividad física excesiva. Se consideró actividad física excesiva cuando se realizaba con la intención de bajar de peso y con una frecuencia igual o superior a cuatro horas semanales, o igual o superior a dos días por semana. En las estudiantes de danza la práctica específica de la danza no fue incluida dentro de este criterio. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos respecto a la proporción de jóvenes que consumen diuréticos o pastillas para adelgazar (Tabla 3).

Imagen corporal

Las respuestas respecto a la *Figure Scale* (Figura 1) fueron analizadas con ANOVA de una vía y la prueba *post hoc* de Tukey HSD. Así, se observaron diferencias significativas entre los tres grupos en función de “cómo me veo” ($F=24,81$; $g. l.=2,431$; $p<0,001$): las estudiantes de danza son las que se ven más delgadas, y las pacientes, las que se ven menos delgadas. También se observaron diferencias significativas entre los grupos en función de

Tabla 3. Conducta dietante, amenorrea, imagen corporal y conductas compensatorias inapropiadas

	Pacientes (A)		Estudiantes de danza (B)		Estudiantes de escuelas medias (C)		χ^2			Prueba de proporciones
	n*	% (f)	n*	% (f)	n*	% (f)	χ^2	g. l.	p	
Conducta dietante	50	70 (35)	107	19,63 (21)	283	24,73 (70)	48,22	2	<0,001	A > C, B
Descenso de peso	50	50 (25)	100	4 (4)	283	10,6 (30)	66,28	2	<0,001	A > C, B
Amenorrea secundaria	47	36,17 (17)	90	8,89 (8)	267	4,12 (11)	50,58	2	<0,001	A > B, C
Alto grado de insatisfacción con la imagen corporal	49	44 (22)	98	10,28 (11)	281	10,6 (30)	40,16	2	<0,001	A > C, B
Distorsión de la imagen corporal	50	18 (9)	105	11,43 (12)	280	3,93 (11)	15,69	2	<0,001	A, B > C
Vómitos autoinducidos	50	38 (19)	104	4,81 (5)	283	7,42 (21)	47,47	2	<0,001	A > C, B
Laxantes	50	20 (10)	104	1,92 (2)	283	3,18 (9)	28,76	2	<0,001	A > C, B
Píldoras adelgazantes	50	4 (2)	105	3,81 (4)	283	2,47 (7)	0,68	2	0,711	NS
Diuréticos	50	4 (2)	104	0,96 (1)	283	1,41 (4)	2,16	2	0,34	NS
Actividad física excesiva	50	46 (23)	103	19,42 (20)	282	17,73 (50)	20,5	2	<0,001	A > B, C

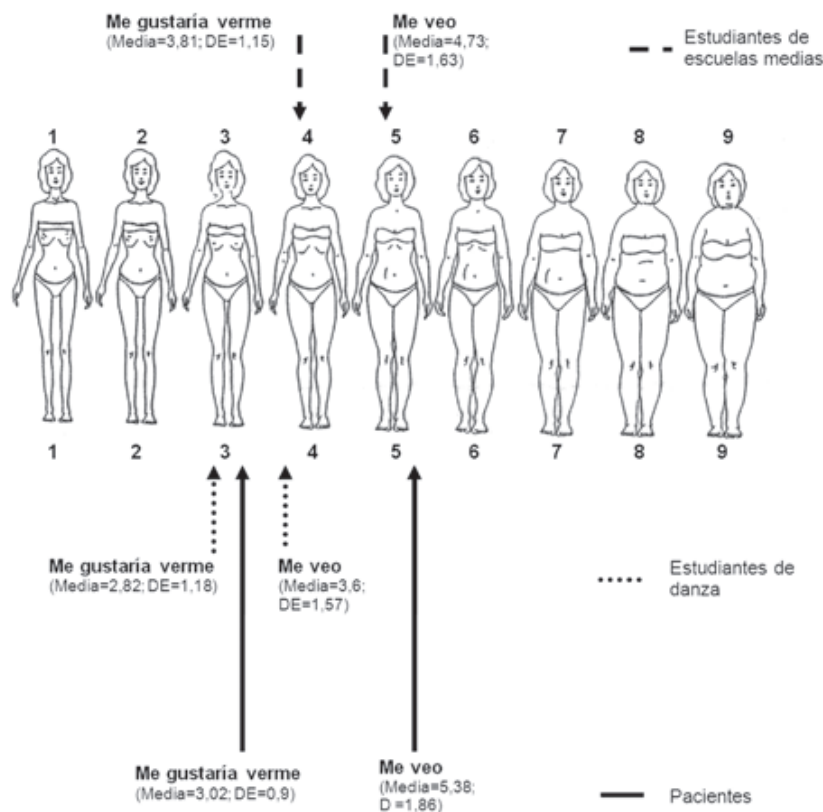
* No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

“cómo me gustaría verme” ($F=33,05$; $g. l.=2,427$; $p<0,001$): las estudiantes de danza y las pacientes son las que desean verse significativamente más delgadas que las estudiantes de escuelas medias. Además, al analizar la diferencia existente entre la figura deseada y la percibida por las adolescentes, se halló que dicha diferencia es significativamente mayor en las pacientes, en comparación con los otros dos grupos ($F=19,99$;

$g. l.=2,426$; $p<0,001$). Si bien las jóvenes de los tres grupos desean verse más delgadas, la diferencia media entre la figura deseada y la figura percibida para las pacientes es de $-2,41$ ($DE=2,07$), en tanto que para las estudiantes de escuelas medias es de $-0,91$ ($DE=1,53$), y para las estudiantes de danza, de $-0,81$ ($DE=1,5$).

Por otra parte, se definió que una joven presenta *alto grado de*

Figura 1. Figure Scale (29)



insatisfacción con la imagen corporal cuando con un $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$ desea verse 3 o más figuras más delgada respecto a la figura con la que se percibe, o cuando con un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (IMC que la Organización Mundial de la Salud (34) considera como criterio para el diagnóstico de obesidad), desea verse 5 o más figuras más delgada respecto de la figura con la que se percibe. A partir de eso, se halló que una proporción significativamente mayor de pacientes, en comparación con los otros dos grupos, presenta un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal (Tabla 3).

Finalmente, se consideró que una joven presenta *distorsión de la imagen corporal* cuando se percibe “gorda” o “con exceso de peso” y tiene un $IMC \leq 20 \text{ kg/m}^2$, índices de normales a bajos de acuerdo con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (34). De tal manera, una proporción significativamente mayor de pacientes y de estudiantes de danza (respecto a las estudiantes de escuelas medias) presentó distorsión de la imagen corporal (Tabla 3).

Aspectos cognoscitivos y conductuales de los trastornos alimentarios: subescalas del EDI-2

Las pacientes presentaron puntajes significativamente mayores en 9 de las 11 subescalas del EDI-2, en comparación con los otros dos grupos: *búsqueda de delgadez*, *bulimia*, *insatisfacción con la imagen corporal*, *ineficacia*, *desconfianza*

interpersonal, *conciencia interoceptiva*, *ascetismo*, *impulsividad* e *inseguridad social*. Por el contrario, en la subescala de *Miedo a madurar* fueron las estudiantes de danza las que presentaron puntajes significativamente mayores, en comparación con los otros dos grupos, y en la subescala de *perfeccionismo* no se hallaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 4).

Se halló que una proporción significativamente mayor de pacientes, en comparación con los otros dos grupos, obtuvo puntajes iguales o superiores al punto de corte propuesto por el autor del inventario (31) en cada una de las 3 subescalas de riesgo del EDI-2: *búsqueda de delgadez* (≥ 14), *bulimia* (≥ 7) o *insatisfacción con la imagen corporal* (≥ 16). Por otra parte, también la proporción de pacientes fue significativamente mayor, considerando conjuntamente a las 3 subescalas de riesgo (72% de las pacientes frente a 17,71% de las estudiantes de danza y 16% de las estudiantes de escuelas medias), tal como se observa en la Tabla 5.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue comparar a pacientes que presentan trastorno alimentario con estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias, en función de diversas características asociadas a estas patologías, tales como: índice de masa corporal, insatisfacción

Tabla 4. Puntajes en el EDI-2

	Pacientes (A)		Estudiantes de danza (B)		Estudiantes de escuelas medias (C)		ANOVA			Post hoc	
	n*	Media (DE)	n*	Media (DE)	n*	Media (DE)	F	g. l.	p	Sig.	
Búsqueda de delgadez	49	12,96 (5,89)	103	4,54 (5,57)	280	4,02 (5,51)	54,54	2, 429	<,001	A > B, C	
Bulimia	50	3,46 (3,52)	100	0,9 (1,74)	280	1,39 (2,82)	15,8	2, 427	<,001	A > C, B	
Insatisfacción con la imagen corporal	49	15,49 (9,07)	101	6,35 (5,82)	280	6,64 (6,61)	37,9	2, 427	<,001	A > C, B	
Ineficacia	50	7,66 (6,23)	102	3,25 (4,12)	280	4,22 (5,14)	13,2	2, 429	<,001	A > C, B	
Perfeccionismo	50	4,54 (3,85)	104	3,8 (3,34)	280	3,7 (3,11)	1,41	2, 431	,244	NS	
Desconfianza interpersonal	49	4,98 (4,9)	99	3,05 (3,3)	282	2,93 (2,91)	8,28	2, 427	<,001	A > B, C	
Conciencia interoceptiva	49	8,96 (6,51)	103	3,2 (3,84)	283	4,04 (4,22)	30,3	2, 432	<,001	A > C, B	
Miedo a madurar	45	6,78 (5,06)	90	9,29 (5,07)	280	7,35 (3,98)	7,87	2, 412	<,001	B > C, A	
Ascetismo	47	6,7 (4,3)	84	2,67 (2,73)	276	2,9 (2,9)	33,21	2, 404	<,001	A > C, B	
Impulsividad	47	10,21 (7,04)	95	4,87 (5,18)	277	5,04 (4,84)	20,99	2, 416	<,001	A > C, B	
Inseguridad social	49	4,31 (3,58)	99	2,83 (3,03)	279	2,23 (2,46)	12,34	2, 424	<,001	A > B, C	

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

Tabla 5. Subescalas de riesgo del EDI-2

	Pacientes (A)		Estudiantes de danza (B)		Estudiantes de escuelas medias (C)		χ^2			Prueba de Proporciones
	n*	% (f)	n*	% (f)	n*	% (f)	χ^2	g. l.	p	Sig.
Búsqueda de Delgadez (≥ 14)	49	57,14 (28)	103	13,59 (14)	280	10 (28)	68,94	2	<,001	A > B, C
Bulimia (≥ 7)	50	18 (9)	100	2 (2)	280	5,71 (16)	14,94	2	,001	A > C, B
Insatisfacción Imagen Corporal (≥ 16)	49	53,06 (26)	101	8,91 (9)	280	11,43 (32)	59,42	2	<,001	A > C, B
Subescalas de riesgo conjuntamente	50	72 (36)	96	17,71 (17)	275	16 (44)	76,82	2	<,001	A > B, C

con la imagen corporal, presencia de hábitos y conductas de riesgo de trastorno alimentario, distorsión de la imagen corporal y otros rasgos psicológicos relacionados.

Las estudiantes de danza presentaron un IMC significativamente inferior al de las pacientes. A su vez, una proporción significativamente superior de estas jóvenes presenta un bajo peso, de acuerdo con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (34). Si bien estos resultados no coinciden con lo hallado en otro estudio, donde las pacientes con anorexia nerviosa presentan un IMC menor al de las bailarinas (29). Tal vez, pueda deberse a la distribución de los diagnósticos de las pacientes con trastorno alimentario de nuestro estudio, donde sólo una pequeña proporción (8%) cumple los criterios para anorexia nerviosa. Por otra parte, las estudiantes de danza presentan un IMC significativamente menor al de las estudiantes de escuelas medias.

Estos resultados coinciden con la mayoría de las investigaciones sobre

el tema: las jóvenes que practican deportes donde se enfatiza la delgadez presentan un menor IMC que aquellas que practican otro tipo de deportes, o que no son deportistas (29,36,37). Si bien otros autores (23) no hallaron resultados similares al comparar a bailarinas con estudiantes de escuelas medias, la menor edad que presentan las jóvenes que practican danza en nuestro estudio podría explicar parcialmente estos resultados.

En relación con la imagen corporal, se encontró que una proporción significativamente mayor de pacientes presenta un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal, y no se encontraron diferencias entre las estudiantes de danza y las estudiantes de escuelas medias. En cambio, otras investigaciones plantean que aquellas jóvenes que practican deportes en los que se enfatiza la delgadez —como, por ejemplo, las bailarinas— se encuentran más insatisfechas con su imagen corporal que las jóvenes no deportistas (19,20,37).

Por otro lado, una proporción significativamente superior de pacientes y de estudiantes de danza (respecto a las estudiantes de escuelas medias) presenta distorsión de la imagen corporal. Estos resultados van en la misma línea de lo hallado por otros autores, quienes encontraron que las bailarinas de ballet profesionales presentan altos niveles de distorsión de su imagen corporal (38), y que estos niveles son, incluso, superiores a los de mujeres de población general (15,39).

Las estudiantes de danza no se diferenciaron de las estudiantes de escuelas medias en aquellas variables habitualmente asociadas a los trastornos alimentarios, como la realización de dietas, la actividad física excesiva con el fin de bajar de peso, la autoinducción del vómito, el uso de laxantes y la presencia de amenorrea secundaria. En este aspecto, fueron las pacientes las que presentaron significativamente más a menudo estas características. Asimismo, la proporción de riesgo de trastornos alimentarios —evaluada a partir de las subescalas de riesgo del EDI-2— fue similar para los dos grupos de estudiantes.

Si bien en otros estudios la frecuencia de la práctica dietante (18,23), los casos con riesgo de trastornos alimentarios (12,40), el ejercicio físico intenso (29) y la presencia de amenorrea (36) resultaron ser superiores en bailarinas al compararlas con estudiantes de escuelas medias. La ausencia de

diferencias en estas características en nuestro estudio podría deberse al menor grado de profesionalidad de la escuela a la que pertenecen las estudiantes de danza.

En este sentido, Thomas, Keel y Heatherton (41) hallaron que al comparar tres grupos de bailarinas con distinto nivel de profesionalidad en el ejercicio de la danza, el grupo con mayor grado de profesionalidad fue el que presentó una mayor proporción de estudiantes con trastornos alimentarios, conducta dietante y vómitos autoprovocados. Sin embargo, también es probable que nuestros resultados permitan apoyar la hipótesis, sustentada por algunos autores, acerca de que ni la búsqueda de la delgadez ni el menor IMC en bailarinas estarían asociados a un mayor riesgo de trastornos alimentarios, sino a un mejor desempeño (22,23).

En cuanto a las subescalas de riesgo del EDI-2 (*búsqueda de delgadez, bulimia e insatisfacción con la imagen corporal*), fueron las pacientes las que presentaron puntajes significativamente superiores, en comparación con las estudiantes de danza y las estudiantes de escuelas medias. Estos resultados no son consistentes con los hallados en otros estudios. Ringham y colaboradores (12) encontraron que las bailarinas presentaban puntajes comparables a los de las pacientes con trastornos alimentarios en estas tres subescalas, y significativamente superiores a las mujeres controles

en *búsqueda de delgadez*. Asimismo, Neumärker y colaboradores (16) hallaron que mujeres adolescentes estudiantes de ballet presentaban puntajes significativamente más elevados en *búsqueda de delgadez* y *bulimia* en comparación con mujeres adolescentes no bailarinas.

Analizando las subescalas del EDI-2 que evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, en nuestro estudio se halló que las pacientes presentaron puntajes significativamente superiores en seis de las ocho subescalas (*ineficacia, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, ascetismo, impulsividad e inseguridad social*), y no se hallaron diferencias entre las estudiantes de danza y las estudiantes de escuelas medias. En contraposición a los resultados obtenidos en nuestro estudio, Ringham y colaboradores (12) no encontraron diferencias en las medias obtenidas por las bailarinas y por las pacientes con trastornos alimentarios.

En nuestro estudio fueron las estudiantes de danza las que presentaron puntajes significativamente superiores en la subescala *miedo a madurar*, en comparación con los otros dos grupos. Contrariamente, Ringham y colaboradores (12) no hallaron diferencias entre las bailarinas, las pacientes y las mujeres controles en esta subescala. Neumärker y colaboradores (16) tampoco hallaron diferencias significativas en esta subescala entre adolescentes bailarinas y no bailarinas.

Igualmente, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos en la subescala *Perfeccionismo*. En cambio, otros estudios hallaron que las bailarinas presentan puntajes significativamente superiores en comparación con adolescentes que no estudian danzas (12,16). En este mismo sentido, Thomas y colaboradores (41) hallaron que las bailarinas con mayor grado de profesionalidad presentan mayor perfeccionismo. A partir de ello, se podría pensar que el menor nivel de profesionalidad de la escuela de danzas a la que pertenecen las estudiantes de nuestro estudio podría explicar la ausencia de diferencias en las puntuaciones de *Perfeccionismo* entre los grupos.

A la luz de los resultados de este estudio, se puede concluir que, contrariamente a lo que otras investigaciones hallaron (12,14-17), las estudiantes de danza se asemejan más a las estudiantes de escuelas medias que a las pacientes en diversas características asociadas a los trastornos alimentarios, exceptuando la distorsión de la imagen corporal.

Parecería ser, entonces, que, si bien las estudiantes de danza presentan un IMC más bajo, una mayor proporción de adolescentes con bajo peso y puntuaciones significativamente más elevadas en *miedo a madurar*, queda claro que estos indicadores por sí solos no serían suficientes para afirmar que las bailarinas comparten caracte-

rísticas, tanto conductuales como psicológicas, con las jóvenes con trastornos alimentarios.

Entre las limitaciones del estudio se debe señalar que si bien las estudiantes de danza concurren a una escuela con una formación intensiva en danza, esta formación no tiene fines profesionales. Por tal razón, no es posible conocer el rol mediador de esta variable, entre la práctica de la danza y los trastornos alimentarios. Además, resultaría de interés analizar también la variable tiempo de ejercicio de la danza. En este sentido, Dotti y colaboradores (25) plantean que las preocupaciones por la alimentación, el peso y la imagen corporal aumentan con la edad y el tiempo que hace que las jóvenes estudian danzas.

Como otra limitación del estudio, cabe señalar que la edad de las adolescentes difiere estadísticamente entre los grupos, de modo tal que la menor edad de las estudiantes de danza podría estar afectando el comportamiento de algunas variables, como Miedo a madurar, IMC y proporción de adolescentes con bajo peso. Sin embargo, es importante aclarar que las edades superiores de las pacientes corresponden al hecho clínico de que las jóvenes suelen iniciar el tratamiento luego de un período de entre 5 y 6 años del comienzo de la enfermedad (1,42).

Finalmente, no se incluyó en el presente estudio el tiempo de tratamiento de las pacientes. Tal vez, todas estas variables podrían afectar

la comparación entre los tres grupos, al dar cuenta de diferencias que no pudieron ser identificadas en nuestro estudio. Por ello, creemos necesario incluir las en investigaciones futuras.

Agradecimientos

Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Raúl Barrios, Marina Diez, Tatiana Estefan, M. Alejandra Grad Gut, Leonora Lievendag, Ana L. Maglio, Mariana Miracco, y M. Luz Scappatura; también, la de los estudiantes Sofia Bustamante y Guido Cruz.

Referencias

1. Correa ML, Zubarew T, Silva P, Romero MI. Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr.* 2006;77(2):153-60.
2. Machado PP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disorder.* 2007;40(3):212-7.
3. Rutzstein G, Maglio A, Murawski B, Leonardelli E, Sarudiansky M, Arana F, et al. Trastornos de la alimentación: identificación de casos en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* 2008;1:74-7.
4. Vega Alonso AT, Rasillo Rodríguez MA, Lozano Alonso JE, Rodríguez Carretero G, Martín MF. Eating disorders. Prevalence and risk profile among secondary school students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(12):980-7.
5. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disorder.* 2003;34(4):383-96.

6. Ley 26 396. Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la Republica Argentina, 03 de Septiembre 2008 (núm. 31481).
7. Maganto C, Cruz S. La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc. 2000;3(30):45-8.
8. Murawski BM, Elizathe L, Rutzstein G. Hábitos Alimentarios e Insatisfacción con la Imagen Corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. Anu investig - Fac Psicol - Univ B Aires. 2009;16(1):65-72.
9. Rivas T, Bersabé R, Castro S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). Salud Ment. 2001;24(2):25-31.
10. Alfonseca JA. Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. Trastor Conducta Alimen. 2006;1(4):368-85.
11. Garner DM, Garfinkel PE. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med. 1980;10(4):647-56.
12. Ringham R, Klump K, Kaye W, Stone D, Libman S, Stowe S, et al. Eating disorder symptomatology among ballet dancers. Int J Eat Disorder. 2006;39(6):503-8.
13. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. Clin J Sport Med. 2004;14(1):25-32.
14. Abraham S. Characteristics of eating disorders among young ballet dancers. Psychopathology 1996;29(4):223-9.
15. Braisted JR, Mellin L, Gong EJ, Irwin CE. The adolescent ballet dancer: Nutritional practices and characteristics associated with anorexia nervosa. J Adolescent Health Care. 1985;6(5):365-71.
16. Neumärker K, Bettel N, Neumärker U, Bettel O. Age and gender- related psychological characteristics of adolescent ballet dancers. Psychopathology 2000;33(3):137-42.
17. Patel DR, Greydanus DE, Pratt HE, Phillips EL. Eating disorders in adolescent athletes. J Adolescent Res. 2003;18(3):280-96.
18. Bettel N, Bettel O, Neumärker U, Neumärker K. Adolescent ballet school students: their quest for body weight change. Psychopathology. 1998;31(3):153-9.
19. Bettel N, Bettel O, Neumärker U, Neumärker K. Body image and self-esteem in adolescent ballet dancers. Percept Mot Skill. 2001;93(1):297-309.
20. Valdez JL, Guadarrama R. Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. Psicología y Salud. 2008;18(1):63-8.
21. Gutgesell ME, Moreau KL, Thompson DL. Weight concerns, problem eating behaviors, and problem drinking behaviors in female collegiate athletes. J Athl Train. 2003;38(1):62-6.
22. Neumärker KJ, Bettel N, Bettel O, Dudeck U, Neumärker U. The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998;7(1):19-23.
23. Raval di C, Vannacci A, Bolognesi E, Manzini S, Faravelli C, Ricca V. Gender role, eating disorder symptoms, and body image concern in ballet dancers. J Psychosom Res. 2006;61(4):529-35.
24. Anshel M. Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and no-dancers. J Sport Beh. 2004;27(2):115-33.
25. Dotti A, Fioravanti M, Balotta M, Tozzi F, Cannella C, Lazzari R. Eating behavior of ballet dancers. Eat Weight Disord-ST. 2002;7(1):60-7.
26. Urdapilleta I, Cheneau C, Masse L, Blanchet A. Comparative study of body image among dancers and anorexic girls. Eat Weight Disord. 2007;12(3):140-6.
27. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. Int J Clin Health Psychol. 2007;7(3):847-62.
28. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. (2000). Versión española de la obra original en lengua inglesa Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR publicado por la American Psychiatric Association. Washington: Masson; 2002.
29. Salbach H, Kilinkowski N, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Korte A. Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. Psychopathology. 2007;40(6):388-93.

30. Collins ME. Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. *Int J Eat Disorder*. 1991;10(2):199-208.
31. Garner DM. *Eating Disorder Inventory 2*. Odessa: Psychosocial Assessment Resources; 1991.
32. Rutzstein G, Maglio AL, Armatta AM, Leonardelli E, López P, Marola ME, et al. Adaptación lingüística y conceptual del Eating Disorder Inventory-3 (Garner, 2004). Un estudio piloto. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo encuentro de Investigadores en psicología del Mercosur*. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA. 2006;l:44-5.
33. Gotthelf SJ, Lubany LL. Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. *Arch Argent Pediatr*. 2005;103(2):129-34.
34. World Health Organization. Global database on body mass index. BMI classification [Internet]. 2006 [citado: 2009 Mar 19]. Disponible en: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
35. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Brit Med J*. 2000;320(7244):1240-3.
36. Torstveit MK, Sundgot-Borgen J. Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and controls. *Br J Sports Med*. 2005;39(3):141-7.
37. Swami V, Steadman L, Tovée M. A comparison of body size ideals, body dissatisfaction, and media influence between female track athletes, martial artists, and non-athletes. *Psych Sport Exerc*. 2009;10(6):609-14.
38. Pierce EF, Daleng ML. Distortion of body image among elite female dancers. *Percept Mot Skills*. 1998;87(3 Pt 1):769-70.
39. Zoletić E, Duraković-Belko E. Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatr Danub*. 2009;21(3):302-9.
40. Pratt HD, Phillips EL, Greydanus DE, Patel DR. Eating disorders in the adolescent population: future directions. *J Adolescent Res*. 2003;18(3):297-317.
41. Thomas JJ, Keel PK, Heatherton TF. Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *Int J Eat Disorder*. 2005;38(3):263-8.
42. Rosenvinge JH, Kuhlefeldt Klusmeier A. Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *Eur Eat Disord Rev*. 2000;8(4):293-300.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 26 de abril del 2010

Aceptado para publicación: 12 de junio del 2010

Correspondencia

Guillermina Rutzstein

Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires

Bulnes 2591 (1425DKS)

Buenos Aires, Argentina

guillermina.rutzstein@gmail.com