

FACTORES DE RIESGO PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE DANZA

RISK FACTORS IN EATING DISORDERS IN DANCE STUDENTS

Guillermina Rutzstein, Brenda Murawski, Luciana Elizathe, Ana M. Armatta, Eduardo Leonardelli, Marina Diez, Fernán Arana, M. Luz Scappatura, Leonora Lievendag, Mariana Miracco y Ana L. Maglio

FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES*
CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET)

Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Raúl Barrios; Tatiana Estefan; M. Alejandra Grad Gut; Mercedes Sarudiansky y los estudiantes Sofía Bustamante y Guido Cruz. Enviar la correspondencia a Guillermina Rutzstein, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Av. Independencia 3065, Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CP: C1225AAM], Argentina, e-mail: guillermina.rutzstein@gmail.com

* Proyecto UBACyT (P803) "Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes de ballet". Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein

RECIBIDO: 23 DE ABRIL DE 2009

ACEPTADO: 2 DE SEPTIEMBRE DE 2010

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar si existen diferencias en cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios entre estudiantes de escuelas medias, con especialización y sin especialización en danza. Se analizaron y compararon hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal y presencia de sintomatología específica de trastornos alimentarios en ambos grupos. Se trata de un estudio descriptivo transversal y comparativo en el que participaron 217 estudiantes mujeres de la Ciudad de Buenos Aires, entre 13 y 18 años: 107 estudiantes con especialización en danza y 110 estudiantes sin especialización en danza. Las participantes del estudio completaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios*, *Figure Scale* (Collins, 1991) y *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006). Los resultados muestran que las estudiantes con especialización en danza presentaron peso actual, peso ideal e índice de masa corporal significativamente menor. También se encontró una proporción significativamente mayor de estudiantes con especialización en danza que presentaba delgadez, bajo peso y distorsión de la imagen corporal. No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal, disminución del peso como resultado de una dieta, presencia de conducta dietante, amenorrea secundaria y conductas compensatorias inadecuadas. Sólo en dos subescalas del EDI-2 se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos: *Miedo a Madurar* e *Inseguridad Social*. Por último, se determinó que el 17.7% de las estudiantes con especialización en danza y el 13.2% de las estudiantes sin especialización en danza presentaron riesgo de trastorno alimentario. Contrariamente a lo hallado en otros estudios, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos. Resulta necesario aclarar que las estudiantes con especialización en danza que participaron de este estudio no concurrían a una escuela de danzas profesional o con un alto nivel de competitividad.

Palabras clave: trastornos alimentarios- imagen corporal –estudiantes de danza– adolescentes

Abstract

The aim of this study was to determine whether there are differences in risk factors for the development of eating disorders among two groups of high school students, one of them specialized in dance and the other non-specialized in dance. Eating habits, body image perception and the presence of specific symptoms of eating disorders were analyzed and compared in both groups. This cross sectional descriptive and comparative study included 217 female students from Buenos Aires, aged between 13 and 18 years: 107 students specialized in dance and 110 students non-specialized in dance. Participants completed the following instruments: *Sociodemographic and specific symptoms of eating disorders questionnaire*, *Figure Scale* (Collins, 1991) and *Eating Disorder Inventory-2* (Garner, 1991; adaptation by Rutzstein et al., 2006). It was found that students specialized in dance showed current weight, ideal weight and body mass index significantly lower. Also, a significantly larger proportion of students specialized in dance showed thinness, low weight and body image distortion. No significant differences were found between the groups regarding body image dissatisfaction, diet behaviour, weight decreased as a result of a diet, secondary amenorrhea and inappropriate compensatory behaviours. Only two subscales of the EDI-2 were found significant differences between the two groups: *Maturity Fears* and *Social Insecurity*. Finally, it was found that 17.7% of the students specialized in dance and 13.2% of the students non-specialized in dance were "at risk" for eating disorders. Contrary to conclusions from other studies, differences between both groups were not statistically significant. It is necessary to clear up that students specialized in dance who participated in this study were not attending to a professional or highly competitive dance school.

Key words: Eating Disorders - Body Image - Dance Students – Adolescents

Los trastornos alimentarios se caracterizan por la presencia de alteraciones importantes de las conductas relacionadas con la ingesta de alimentos, acompañados por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la comida, el peso y la imagen corporal. Por lo general, estas enfermedades van acompañadas de graves consecuencias físicas y emocionales que involucran no solamente a la persona afectada, sino también a su familia.

La literatura especializada ha identificado a las mujeres occidentales -o que han sido "occidentalizadas"- como uno de los principales grupos vulnerables para el desarrollo de estos trastornos. Se estima que por cada nueve casos de trastornos alimentarios en mujeres, se presenta uno en hombres (Garner, 2004; Lock, Le Grange, Agras & Dare, 2001). El creciente interés que estos trastornos están adquiriendo en nuestro medio, se asocia al gran número de mujeres que se ven afectadas. Además, su inicio resulta ser cada vez más temprano (American Psychiatric Association, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009; National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2004; Rutzstein, 1996).

En definitiva, los trastornos alimentarios constituyen actualmente un serio motivo de preocupación para las políticas públicas de salud. En la Argentina, fue sancionada la Ley 26.396 (2008) que declara la prevención y el control de los trastornos alimentarios como temas de "interés nacional" teniendo como objetivo su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Pero aún son pocos los estudios epidemiológicos realizados sobre el tema en la Argentina. Herscovici, Bay y Kovalskys (2005) señalan que el 6.9% de adolescentes argentinos que concurren al consultorio del pediatra, varones y mujeres de entre 10 y 19 años, presentan trastornos alimentarios. Según Quiroga y Vega (2003), la prevalencia en estudiantes mujeres de entre 13 y 23 años asciende al 18.8%. Por último, resultados preliminares de nuestro estudio que incluyen un total de 454 estudiantes de escuelas medias de Buenos Aires entre 13 y 18 años (283 mujeres y 171 varones), dan cuenta de una prevalencia de trastornos alimentarios del 14% para las mujeres y del 3% para los varones (Murawski, Elizathe, & Rutzstein, 2010; Rutzstein et al., 2010).

Por otra parte, diversos estudios han señalado la existencia de poblaciones con alto riesgo de pre-

sentar trastornos alimentarios, como las bailarinas de ballet, las gimnastas y las jóvenes que practican patinaje artístico (Patel, Greydanus, Pratt, & Phillips, 2003; Ringham et al., 2006; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004; Thomas, Keel, & Heatherton, 2005). Se trata de actividades en las que mantener un cuerpo delgado se hace indispensable. En este contexto, la delgadez además de ser considerada un ideal de belleza, pareciera ser una característica asociada a un mejor desempeño.

Las investigaciones acerca de la prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes de ballet comenzaron a publicarse a partir de los años '80. Así es como algunos investigadores (Garner & Garfinkel, 1980; Brooks-Gunn, Warren, & Hamilton, 1987) señalaron que la prevalencia de la anorexia nerviosa es más alta en las bailarinas de ballet que en la población general de mujeres adolescentes. Parecería que en el ambiente del ballet, la presión por la delgadez combinada con expectativas de alta competitividad promueven las condiciones apropiadas para la manifestación de trastornos alimentarios, particularmente en adolescentes vulnerables.

A su vez, Ringham et al. (2006) hallaron que las estudiantes de ballet presentan ciertos rasgos psicopatológicos comúnmente asociados a los trastornos alimentarios, equiparables a los de pacientes ya diagnosticadas. En tanto que Ackard, Henderson y Wonderlich (2004) concluyeron que la práctica de la danza clásica durante la infancia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en la edad adulta.

Sin embargo, otros autores consideran que la búsqueda de un cuerpo más delgado por parte de las estudiantes de ballet no necesariamente se vincula a rasgos psicopatológicos propios de los trastornos alimentarios. Así es como Anshel (2004) sostiene que en el ambiente de la danza clásica, la delgadez podría estar asociada a un mejor desempeño. También Urdapilleta, Cheneau, Masse y Blanchet (2007) observaron que a pesar que las bailarinas desean verse más delgadas que las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa y que las mujeres de población general, presentan menor distorsión de la imagen corporal. En el mismo sentido, Dotti et al. (2002) señalan que, si bien las preocupaciones por la alimentación, el peso y la imagen corporal aumentan con la edad y el tiempo que hace que las jóvenes practican danza, la ingesta redu-

cida de calorías no se asocia necesariamente con la presencia de rasgos psicopatológicos. Pareciera que en las bailarinas, la búsqueda de delgadez y el perfeccionismo se asocian más a la práctica de danzas en sí, que al hecho de padecer un trastorno alimentario (Archinard & Scherer, 1995).

Si bien contamos en Argentina con estudios que abordan la temática de los trastornos alimentarios en adolescentes, no se han hallado estudios locales acerca de la prevalencia de estas patologías en población de alto riesgo, como las estudiantes de danza. Contar con información acerca de la presencia de conductas de riesgo en esta población podría contribuir a la detección precoz de estos cuadros y al desarrollo de programas preventivos específicos.

Este estudio se propone determinar si existen diferencias en cuanto a indicadores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, entre estudiantes de escuelas medias con especialización en danza y sin especialización en danza. Para ello, se propone analizar y comparar hábitos alimentarios, percepción de la imagen corporal y presencia de sintomatología específica de trastornos alimentarios.

Método

Se trata de un estudio descriptivo transversal y comparativo en el que participaron 217 mujeres entre 13 y 18 años de edad que cursaban la escuela media en la Ciudad de Buenos Aires: 107 estudiantes de una escuela pública con especialización en danza y 110 estudiantes de dos escuelas -una pública y otra privada- sin especialización en danza. La edad media de las participantes fue de 14.8 años (DE = 1.4).

Las estudiantes con especialización en danza (estudiantes con danza) presentaron una edad media de 14.1 años (DE = 0.9) y las estudiantes de escuelas sin especialización en danza (estudiantes sin danza) una edad media de 15.6 años (DE = 1.4), siendo ésta significativamente menor [$t(187) = -9.3, p < .001$] (Ver tabla 1).

Tabla 1

Características de la muestra: edad, variables antropométricas y peso ideal

	ESTUDIANTES CON DANZA		ESTUDIANTES SIN DANZA		t de Student		
	n+	Media (DE)	n+	Media (DE)	t	p	
Edad Promedio (años)	107	14.1 (0.9)	110	15.6 (1.4)	-9.3	< .001	***
Peso actual (kg)	104	47.8 (6.5)	106	55.3 (9.6)	-6.6	< .001	***
Altura actual (m)	101	1.58 (0.1)	106	1.62 (0.1)	-4.3	< .001	***
IMC (kg/m ²)	100	19.3 (2.2)	105	21 (2.9)	-4.7	< .001	***
Peso Ideal (kg)	93	46.2 (4.9)	102	51.8 (6.7)	-6.7	< .001	***

Nota.

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer y tener entre 13 y 18 años de edad, estar cursando estudios en una escuela media de la Ciudad de Buenos Aires, haber aceptado participar del estudio, contar con la autorización de las autoridades escolares y presentar el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Se excluyeron del estudio aquellas estudiantes que presentaron dificultades graves de comunicación y comprensión.

La escuela pública con especialización en danza se trata de una institución educativa en la cual los alumnos cuentan con la posibilidad de cursar también allí sus estudios secundarios. La carga horaria en esta escuela requiere que los alumnos cursen doble turno con una frecuencia semanal de 3 a 5 días y toda la formación es de 7 años. Si bien la formación en danza en esta escuela es intensiva, no está orientada a una carrera profesional con altos niveles de competitividad.

En cambio, las escuelas medias sin especialización en danza son instituciones educativas donde las estudiantes no tienen una formación específica en danza. No obstante, como parte de la currícula realizan dos horas semanales de actividad física.

Instrumentos

- *Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios*. Este instrumento fue diseñado *ex profeso* para esta investigación y se utilizó con el fin de recabar información sobre la edad, el nivel de escolaridad

y la composición del núcleo familiar. También se indagó acerca de la altura, el peso actual, el peso deseado, la realización de dietas, regularidad de los ciclos menstruales, la percepción de la imagen corporal y la presencia de conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso: actividad física excesiva, vómitos autoinducidos, consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar.

- *Figure Scale* (Collins, 1991). Se trata de una escala gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas que evalúa el grado de satisfacción con la 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. Esta escala gráfica ha mostrado en estudios previos con población argentina, discriminar entre adolescentes con trastornos alimentarios y sin trastornos alimentarios de forma similar a otras medidas externas de insatisfacción con la imagen corporal (Rutzstein et al., 2009).

- *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al., 2006). Se trata de un inventario multidimensional autoadministrable que evalúa aspectos cognitivos y conductuales de los trastornos alimentarios, agrupados en 11 subescalas. Las tres primeras subescalas son llamadas "*Escalas de riesgo*" y evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la

imagen corporal: *Búsqueda de Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal*. Las 8 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*. Este cuestionario consta de 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: *siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca*. Fue examinada la consistencia interna de las subescalas por medio del estadístico α de Cronbach. Las tres "Escalas de riesgo" mostraron índices adecuados, que oscilaron entre .73 y .87. De las ocho subescalas restantes que evalúan los rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, siete presentaron índices adecuados de consistencia interna, que oscilaron entre .62 y .80. Sólo la subescala *Ascetismo* presentó un índice de fiabilidad bajo (α = .46).

Procedimiento

Se informó el objetivo del estudio a las autoridades escolares, así como a las estudiantes participantes y a sus padres. Una vez que se le aseguró a cada una de las participantes el carácter confidencial de la información brindada y se les informó que la participación era voluntaria, se les solicitó la autorización correspondiente para llevarlo a cabo, tal como lo indican los principios éticos vigentes. Cada participante completó el *Cuestionario socio-demográfico y de sintomatología específica de trastornos alimentarios*, el *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2; Garner, 1991; adaptación Rutzstein et al, 2006) y la *Figure Scale* (Collins, 1991). Los cuestionarios autoadministrables fueron completados en las aulas, según los horarios establecidos por los docentes para cada grupo. Siempre bajo la supervisión de integrantes del equipo de investigación, previa introducción y lectura del instructivo.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico *SPSS* para *Windows* (versión 15.0). Se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney para el análisis de aquellas variables que no cumplen con los supuestos para ser analizadas mediante pruebas paramétricas. En cambio, para aquellas que sí los cumplen, se utilizó la prueba

t de Student y la prueba ANCOVA con *Índice de Masa Corporal* (IMC) y *Edad* como covariables. Cuando la variable a explicar es cualitativa su análisis, se llevó a cabo con un test de hipótesis para proporciones.

Resultados

No se hallaron diferencias significativas en cuanto a composición familiar de ambos grupos. Tanto las estudiantes con danza como las estudiantes sin danza, provienen mayoritariamente de familias nucleares biparentales (51.4% vs. 60.9%) y tanto la madre (72.6% vs. 79.1%) como el padre (84.8% vs. 92.7%) trabajan.

Valores antropométricos

Las estudiantes con danza presentaron una edad significativamente menor que las estudiantes sin danza [$t(187) = -9.3, p < .001$]. También se evaluó el Índice de Masa Corporal (IMC) calculado en base a los datos declarados por las jóvenes mediante la siguiente fórmula: peso (kg) / altura ² (m²). Tanto el peso, como la altura y el Índice de Masa Corporal (IMC) resultaron ser significativamente menores en las estudiantes con danza [$t(184) = -6.6, p < .001$]; [$t(205) = -4.3, p < .001$]; [$t(203) = -4.7, p < .001$]. A su vez, el peso considerado ideal por las estudiantes con danza fue significativamente inferior al peso considerado ideal por las estudiantes sin danza [$t(193) = -6.7, p < .001$] (Ver Tabla 1).

Además, se crearon cinco categorías para analizar la distribución del IMC: Delgadez, Bajo peso, Peso normal, Sobrepeso y Obesidad. Se consideró un IMC menor de 17 kg/m² como criterio para definir Delgadez en niños y adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000), un IMC entre 17 kg/m² y 18.49 kg/m² se consideró Bajo peso y un IMC entre 18.5 kg/m² y 24.99 kg/m² (World Health Organization, 2006) Peso normal. Para definir Obesidad y Sobrepeso se tomaron en cuenta los criterios utilizados por la *International Obesity Task Force* para niños y adolescentes, estos puntos de corte coinciden con los del adulto: 25 kg/m² y 30 kg/m² respectivamente (Gotthelf & Jubany, 2005).

Se registraron diferencias significativas en las proporciones de estudiantes por categorías de peso entre las de estudiantes con danza y estudiantes sin danza, precisamente en Delgadez (13% vs. 3.8%),

en Bajo peso (30% vs. 13.3%) y en Peso normal (55% vs. 77.1%). Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con la proporción de estudiantes con Sobre peso (2% vs. 3.8%) u Obesidad (0% vs. 1.9%) (Ver Tabla 2).

conducta dietante y haber bajado 5 kg o más en el último año como resultado de una dieta (Ver Tabla 3). Si bien, como ya se explicó más arriba, el porcentaje de estudiantes con danza que presenta Delgadez ($IMC < 17 \text{ kg/m}^2$) fue significativamente superior en comparación con estudiantes sin danza (13% vs 3.8%, $z = 2.1$, $p = .033$).

Tabla 2
Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC)

	Estudiantes CON danza		Estudiantes SIN Danza		Prueba de proporciones		
	n+	% (f)	n+	% (f)	z	p	
Delgadez (≤ 16.99)	100	13% (13)	105	3.8% (4)	2.1	.033	*
Bajo peso (17 – 18.49)	100	30% (30)	105	13.3% (14)	2.7	.006	**
Peso normal (18.5 – 24.99)	100	55% (55)	105	77.1% (81)	-3.2	.001	**
Sobrepeso (25 – 29.99)	100	2% (2)	105	3.8% (4)	-0.4	.724	
Obesidad (≥ 30)	100	0% (0)	105	1.9% (2)	-0.7	.499	

Nota.

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

** $p < .01$, * $p < .05$

Amenorrea, Conducta Dietante y Delgadez

La edad media de la menarca fue de 12.1 (DE = 1.1) para las estudiantes con danza y de 12.2 (DE = 1.1) para las estudiantes sin danza, lo que no constituye una diferencia estadísticamente significativa [$t(195) = -0.1$, $p = .881$]. Se definió amenorrea primaria como la ausencia de la primera menstruación a partir de los 16 años (Torstveit & Sundgot-Borgen, 2005) y amenorrea secundaria como la ausencia de, al menos, tres ciclos menstruales consecutivos, o cuando la menstruación apareció únicamente tras el consumo de píldoras anticonceptivas u hormonas con el fin de regularizar el ciclo menstrual. En cuanto a la presencia de amenorrea primaria, no se encontró ninguna estudiante en ambos grupos con ausencia de menarca teniendo 16 años o más. Si bien es necesario aclarar que el grupo de estudiantes con danza presentó una edad significativamente menor que las estudiantes sin danza. Así, sólo 3 (2.8%) estudiantes con danza tenían 16 años o más y, en cambio, 69 (62.7%) estudiantes sin danza alcanzaban esa edad.

No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a amenorrea secundaria,

Conductas Compensatorias Inapropiadas

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la presencia de conductas compensatorias inadecuadas tales como la provocación de vómitos, consumo de laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar y actividad física excesiva con el fin de bajar de peso (Ver Tabla 3).

Se consideró actividad física excesiva cuando se realizaba con una frecuencia igual o superior a 4 horas semanales, o igual o superior a 2 días por semana, y con la intención de bajar de peso. Resulta necesario aclarar en este punto, que la práctica específica de la danza no fue incluida dentro de este criterio para las estudiantes con danza.

Imagen corporal

Con respecto a la percepción de su propia imagen corporal, el 30.8 % de las estudiantes con danza y el 28.2% de las estudiantes sin danza consideran que están por encima de su peso, lo que no constituye una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($z = 0.3$, $p = .779$). Sin embargo, sólo el 2% de las estudiantes con danza y el 5.7%

Riesgo para trastornos alimenticios en estudiantes de danza

Tabla 3
Conducta Dietante, Amenorrea y Conductas Compensatorias Inapropiadas

	ESTUDIANTES CON DANZA		ESTUDIANTES SIN DANZA		Prueba de proporciones	
	n+	% (f)	n+	% (f)	z	p
Conducta Dietante	107	19.6% (21)	110	29.1% (32)	-1.5	.143
Descenso de peso	100	4% (4)	110	10.9% (12)	-1.6	.104
Amenorrea secundaria	90	8.9% (8)	107	6.5% (7)	0.4	.727
Vómitos autoinducidos	104	4.8% (5)	110	7.3% (8)	-0.5	.64
Laxantes	104	1.9% (2)	110	1.8% (2)	-0.5	.654
Diuréticos	104	1% (1)	110	0.9% (1)	-0.7	.502
Pastillas para adelgazar	105	3.8% (4)	110	3.6% (4)	-0.3	.769
Actividad física excesiva	103	19.4% (20)	110	19.1% (21)	-0.1	.91

Nota: No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

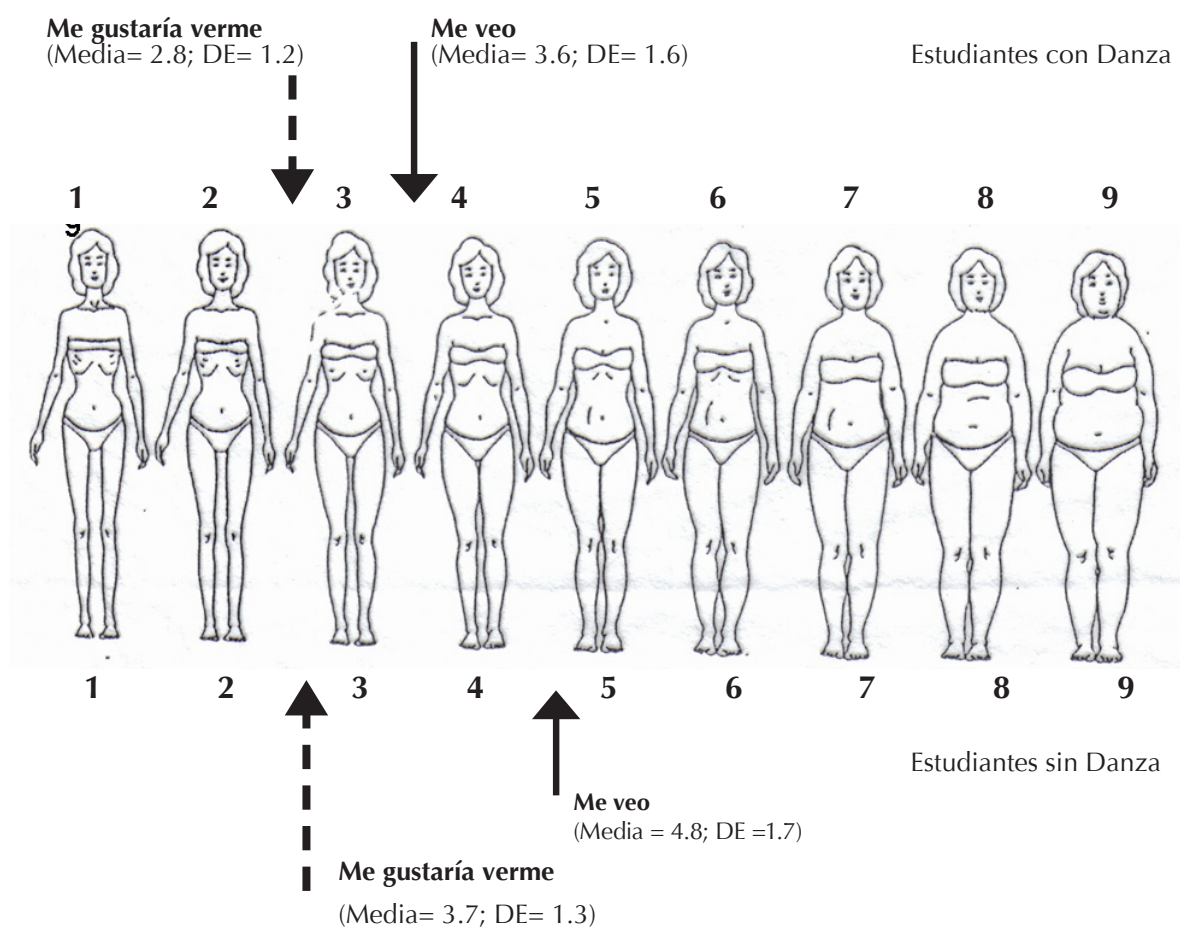


Figura 1. Figure Scale: Figura Percibida y Figura Deseada

de las estudiantes sin danza presenta Sobre peso u Obesidad. Al tiempo que el 43% de las estudiantes con danza y el 17.1% de las estudiantes sin danza presenta Delgadez o Bajo peso, sólo el 15.9 % de las estudiantes con danza y el 10% de las estudiantes sin danza consideran que están por debajo de su peso, lo que tampoco constituye una diferencia significativa entre los grupos ($z = 1.09$, $p = .275$). Por último, el 53.3% de las estudiantes con danza y el 61.8% de las estudiantes sin danza consideran que tienen un peso adecuado, no observándose diferencias significativas entre los grupos ($z = -1.1$, $p = .256$).

Las estudiantes con danza y las estudiantes sin danza presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a “Me veo” [$t(209) = -5.1$, $p < .001$] y “Me gustaría verme” [$t(208) = -5.5$, $p < .001$], sin ajustar por sus diferencias físicas más salientes: IMC y edad (Ver Figura 1). Pero si, recurriendo a ANCOVA se controlan estadísticamente las diferencias por IMC y edad, sólo difieren en “Me gustaría verme” [$F(2, 26) = 9.97$, $p = .002$].

En este estudio se consideró *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* cuando las estudiantes deseaban verse tres o más figuras más delgada de la que se percibían, presentando un $IMC < 30 \text{ kg/m}^2$. En cambio, para aquellas estudiantes con un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, se consideró *alto grado de insatisfacción con la imagen corporal* cuando deseaban verse cinco o más figuras más delgada de la que se percibían. La diferencia entre los grupos no resultó estadísticamente significativa ($z = 0.06$, $p = .952$), tal como se muestra en la Tabla 4.

Por otra parte, se consideró *distorsión de la imagen corporal* cuando la adolescente se percibía “gorda” o “con exceso de peso”, presentando un $IMC \leq 20 \text{ kg/m}^2$. Así, se advirtió una mayor distorsión de la imagen corporal en estudiantes con danza al compararlas con las estudiantes sin danza, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($z = 3.3$, $p = .001$). Se observó que el 11.4% de las estudiantes con danza y ninguna de las estudiantes sin danza presenta distorsión de la imagen corporal, tal como se muestra en la Tabla 4.

Subescalas del EDI-2

En la Tabla 5 se presentan los puntajes promedio para las subescalas del EDI-2, en ambos grupos. La prueba U de Mann Whitney sólo detectó diferencias significativas en dos subescalas: *Miedo a Madurar* ($U = 3148.5$, $p < .001$) e *Inseguridad Social* ($U = 43.11$, $p = .018$), siendo los puntajes promedio superiores en el grupo de estudiantes con danza.

Puesto que las estudiantes con danza presentan una edad significativamente menor a las estudiantes sin danza, que la variable edad podría relacionarse con las subescalas anteriormente mencionadas y que por las características de las distribuciones no se pudo recurrir a un test paramétrico, se redujo la comparación entre los grupos a la franja etárea de 13-15 años (104 estudiantes con danza y 41 estudiantes sin danza). Sin embargo, las diferencias encontradas anteriormente continuaron siendo significativas, aún reduciendo la comparación a dicha franja etárea -*Miedo a Madurar* ($U = 1206$, $p = .003$) e *Inseguridad Social* ($U = 1472$, $p = .048$).

Tabla 4
Imagen Corporal: Insatisfacción y Distorsión

	Estudiantes CON danza		Estudiantes SIN Danza		Prueba de proporciones	
	n+	% (f)	n+	% (f)	z	p
Alto grado de Insatisfacción con la imagen corporal	98	11.2% (11)	110	10% (11)	0.06	.952
Distorsión de la imagen corporal	105	11.4% (12)	107	0% (0)	3.3	.001 **

Nota.

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

** $p < .01$

Riesgo para trastornos alimenticios en estudiantes de danza

Tabla 5
Puntajes medios para las subescalas del EDI-2

	Estudiantes CON danza		Estudiantes SIN Danza		U de Mann-Whitney	
	n+	Media (DE)	n+	Media (DE)	χ^2	p
Búsqueda de Delgadez	103	4.54 (5.57)	108	3.59 (4.87)	1.8	.18
Bulimia	100	0.9 (1.74)	108	1.49 (3.01)	3.35	.067
Insatisfacción con la Imagen Corporal	101	6.35 (5.82)	109	6.15 (6.14)	0.31	.576
Ineficacia	102	3.25 (4.12)	108	3.2 (3.91)	0.03	.87
Perfeccionismo	104	3.8 (3.34)	109	3.65 (3.31)	0.11	.729
Desconfianza Interpersonal	99	3.05 (3.3)	109	2.4 (2.35)	0.8	.371
Conciencia Interoceptiva	103	3.2 (3.84)	110	3.03 (3.34)	0.02	.894
Miedo a Madurar	90	9.29 (5.07)	109	6.4 (3.4)	18.98	< .001 ***
Ascetismo	84	2.67 (2.73)	105	2.72 (2.73)	0.07	.799
Impulsividad	95	4.87 (5.18)	107	4.04 (3.98)	0.49	.483
Inseguridad Social	99	2.83 (3.03)	107	1.73 (1.87)	5.55	.018 *

Nota.

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

*** $p < .001$, * $p < .05$.

Además, las diferencias que no eran significativas continuaron sin cambios.

Detección de riesgo

El *EDI-2* fue utilizado como instrumento de cribado para detectar población con riesgo de trastorno alimentario. Se consideró "caso con riesgo" de trastorno alimentario cuando el puntaje obtenido en alguna de las tres subescalas de riesgo del *EDI-2* era igual o superior al punto de corte propuesto por el autor del instrumento (Garner, 1991): *Búsqueda de Delgadez* (≥ 14), *Bulimia* (≥ 7) o *Insatisfacción Corporal* (≥ 16).

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos al comparar la proporción de estudiantes que obtuvo un puntaje igual o superior al punto de corte propuesto por el autor del inventario (Garner, 1991) en las subescalas de riesgo, ya sea conjuntamente o cada una de las tres por separado.

Se determinó que el 17.7% de las estudiantes con danza y el 13.2% de las estudiantes sin danza presentaron riesgo de trastorno alimentario. Ocho estudiantes con danza presentaron riesgo en dos subescalas y nueve estudiantes sólo en una subes-

cala. Dos de las estudiantes sin danza presentaron riesgo en las tres subescalas, cuatro estudiantes en dos subescalas y ocho estudiantes sólo en una subescala. (Ver Tabla 6).

Conclusiones y Discusión

Los resultados muestran que las estudiantes con danza presentan un IMC promedio significativamente inferior al de las estudiantes sin danza. En este aspecto, los resultados son consistentes con otros estudios (Salbach, Kilinkowski, Pfeiffer, Lehmkühl, & Korte, 2007; Torstveit & Sundgot-Borgen, 2005). Además, se observó que una mayor proporción de estudiantes con danza presenta Delgadez y Bajo peso.

Ahora bien, dado que un IMC bajo está frecuentemente asociado a la presencia de amenorrea y conductas dietantes/compensatorias, -tal como concluyeron Patel, Greydanus, Pratt, y Phillips (2003) en una revisión realizada sobre el tema- sería esperable encontrar una frecuencia superior de dichas conductas en las estudiantes con danza. Sin embargo, no se han encontrado diferencias

Tabla 6

Casos con riesgo según las tres primeras subescalas del EDI-2

	Estudiantes CON danza		Estudiantes SIN Danza		Prueba de proporciones	
	n+	% (f)	n+	% (f)	z	p
Riesgo por alguna subescala del <i>EDI-2</i>	96	17.7% (17)	106	13.2% (14)	0.7	.490
Búsqueda de Delgadez (≥ 14)	103	13.6% (14)	108	6.5% (7)	1.5	.135
Bulimia (≥ 7)	100	2% (2)	108	3.7% (4)	-0.3	.75
Insatisfacción Imagen Corporal (≥ 16)	101	8.9% (9)	109	10.1% (11)	-0.1	.955

Nota.

*No todos los sujetos respondieron a todas las variables.

significativas para estas características en nuestro estudio. Contrariamente a nuestros resultados, Brooks-Gunn, Attie, Burrow, Rosso, y Warren (1989) encontraron que el grupo de estudiantes de danza presentaba un porcentaje significativamente mayor de adolescentes con amenorrea primaria, en comparación con jóvenes nadadoras y no atletas. Siguiendo esta misma línea, también Torstveit y Sundgot-Borgen (2005) encontraron que la edad de la menarca era mayor en adolescentes atletas que en no atletas, y que específicamente en el subgrupo de aquellas que participan en actividades en las cuales se enfatiza la delgadez -tal como el ballet-, se halló un porcentaje superior de jóvenes que presentaban amenorrea primaria, definida por estos autores como ausencia de menarca a los 16 años.

Las estudiantes con danza desean una imagen corporal más delgada que las estudiantes sin danza, considerando un peso ideal significativamente menor al que considera este último grupo. No obstante, es importante señalar que la insatisfacción con la imagen corporal se encuentra presente en ambos grupos. De hecho, no se hallaron diferencias significativas en relación a esta variable entre las estudiantes con danza y las estudiantes sin danza. Si bien esto difiere a lo hallado por otros autores (Swami, Steadman, & Tovée, en prensa), que encontraron que las jóvenes que practican deportes donde se enfatiza la delgadez presentan mayor insatisfacción con la imagen corporal que las jóvenes no atletas, los resultados hallados en el presente estudio podrían explicarse al considerar que entre las mujeres jóvenes occidentales, la insatisfacción con

la imagen corporal es una característica normativa de esta cultura (Rutzstein, 2002). En este mismo sentido, algunos autores han señalado que el porcentaje de adolescentes mujeres de población general que se encuentran insatisfechas con su propio cuerpo, varía en un rango que supera el 50% y asciende al 74,6% (Cruz & Maganto, 2003; Furnham, Badmin, & Sneade, 2002).

Si bien no se observan diferencias entre los grupos con relación a la insatisfacción con su imagen corporal, en cambio se advierte una mayor distorsión de la imagen corporal en estudiantes con danza. Esto significa que es mayor el porcentaje de estudiantes con danza que, presentando un IMC de medio a bajo se perciben "gordas" o con "exceso de peso". Brooks-Gunn et al. (1989) hallaron resultados similares a los aquí presentados, al comparar grupos de bailarinas, nadadoras y no atletas de entre 14 y 18 años que presentaban tiempos de maduración normales (es decir, excluyendo jóvenes con amenorrea primaria). Los autores encontraron que las bailarinas se percibían más gordas que las nadadoras y las no atletas, aún siendo las bailarinas más delgadas que las adolescentes de los otros dos grupos. A su vez, Cruz y Maganto (2003) hallaron que en adolescentes de 14 a 17 años, a menor IMC presentaban mayor distorsión de la imagen corporal.

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las subescalas de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, ni tampoco respecto al porcentaje de adolescentes consideradas "con riesgo". Estos resultados difieren de los encontrados en otros estudios (Byrne &

McLean, 2002; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004) y podrían indicar que la relación entre la práctica de la danza y los trastornos alimentarios se encuentra mediada por el grado de profesionalidad y competitividad en la práctica de la danza.

Así es como Thomas, Keel, y Heatherton (2005) hallaron que las estudiantes de las escuelas de danza nacionales presentan mayor conducta dietante y mayor presencia de vómitos autoinducidos que sus pares de escuelas de danza regionales, siendo las primeras las que tienen fines profesionales. Asimismo, Garner y Garfinkel (1980) han diagnosticado una mayor incidencia de casos de anorexia nerviosa en las escuelas de ballet más competitivas. En nuestro estudio, al tomar como muestra a estudiantes de danza que pertenecen a una escuela no profesional, la menor exigencia podría explicar parcialmente los resultados obtenidos. Al parecer, participar de un deporte o actividad *per se* no sería lo que lleva a los individuos vulnerables a conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios, si bien influye que la práctica de la misma sea a un nivel competitivo (Pederson, Binford, & Fulkerson, 2000). Sin embargo, es posible considerar tal como indican Dotti et al. (2002) y Anshel (2004) que en las estudiantes de danza, la búsqueda de un cuerpo más delgado no esté necesariamente asociado a rasgos psicopatológicos sino a un mejor desempeño en la actividad.

En este sentido, se observa que los grupos no difieren en la mayoría de las subescalas del *EDI-2* que evalúan características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios, exceptuando *Miedo a Madurar* e *Inseguridad Social*. En estas dos subescalas, las estudiantes con danza obtienen puntajes medios mayores. Estas diferencias no van en la línea de lo hallado en otro estudio (Ringham et al, 2006), donde se presentan similitudes entre bailarinas y no bailarinas con relación al miedo a madurar. De todas maneras, es importante destacar que en dicho trabajo participaron mujeres de mayor edad, en comparación con las que participaron en este estudio. Se podría pensar que quizás este rasgo permita precisar diferencias clínicas entre mujeres más jóvenes, pero no así en mujeres mayores -sean o no bailarinas-. En nuestro estudio, los resultados podrían relacionarse con la menor edad promedio que presentan las estudiantes con danza. Por otra parte, Archinard y Scherer (1995) presen-

tan una posible explicación a la mayor presencia de *Miedo a Madurar* en bailarinas jóvenes. Estos autores sostienen que las bailarinas tienen menores oportunidades de vincularse con personas que ofrezcan distintos modelos de rol y permitan de esa manera un desarrollo que las prepare adecuadamente para hacer frente a las demandas de la vida adulta, generándose por lo tanto temor ante esas demandas y, consecuentemente, una idealización de la niñez como lugar seguro y no problemático. En función de lo analizado podríamos pensar que el *Miedo a Madurar* podría ser un rasgo psicológico que se presenta en jóvenes que practican danza, independientemente de que padezcan trastornos alimentarios.

Por otra parte, las puntuaciones medias significativamente superiores obtenidas por las estudiantes con danza en la subescala *Inseguridad Social* podrían estar vinculadas con los resultados hallados en la subescala *Miedo a Madurar*. Si bien no hallamos en la literatura sobre el tema estudios donde ambas variables se encuentren asociadas, tal vez podría pensarse que al tener las bailarinas menos oportunidades de relacionarse con personas que ofrezcan distintos modelos de rol, podrían desarrollar la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas e insatisfactorias, impidiendo por lo tanto vivenciar la sensación de seguridad en dichas relaciones. De esta manera, ambas variables se retroalimentan e influyen mutuamente. A su vez, el puntaje medio superior obtenido por las estudiantes con danza en *Inseguridad Social*, podría estar relacionado con la mayor distorsión de la imagen corporal que presentan las bailarinas. En este sentido Cruz y Maganto (2003) encuentran una asociación entre la variable distorsión de la imagen corporal y la subescala *Inseguridad Social (EDI-2)*. Pero no explican por qué podrían estar asociadas.

Si bien la insatisfacción con el propio cuerpo es una experiencia común casi a la mayoría de las mujeres jóvenes occidentales, se acentúa aún más en el inicio de la adolescencia. Además de todos los cambios psicológicos y sociales propios de esta etapa, no podemos dejar de tener en cuenta los cambios biológicos que acompañan el desarrollo puberal. Durante la pubertad, el cuerpo femenino sufre grandes cambios con el fin de desarrollar los caracteres sexuales secundarios en función de la

procreación. La figura femenina cambia de las líneas rectas a las curvas. No olvidemos que todos estos cambios físicos que se producen en función de la procreación, ocurren en un contexto cultural que sostiene un ideal de belleza de extrema delgadez. Confrontadas con la ganancia de peso propia de la pubertad, es casi normativo para las adolescentes que experimenten una intensa insatisfacción con su propia imagen corporal. Por lo tanto, para llegar a tener ese cuerpo "ideal" todo vale. El cuerpo femenino se convierte entonces, en un verdadero campo de batalla.

Pero esta cultura de la delgadez nos brinda un ideal de belleza bastante alejado de las posibilidades reales de las mujeres comunes y por lo tanto muy difíciles de alcanzar. Pareciera que la insatisfacción con la imagen corporal resulta ser un factor clave para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

Tal como se observa en este estudio, gran parte de las mujeres no está conforme con su cuerpo, experiencia que se acentúa aún más en el inicio de la adolescencia. Si bien algunas de ellas conviven con esta insatisfacción por la propia imagen corporal, muchas se esfuerzan por llegar a tener un cuerpo delgado realizando dietas restrictivas y/o excesiva actividad física. Por ello, estas conductas se consideran uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios (Stice, 2002).

En cuanto a las limitaciones del estudio, creemos que sería necesario en estudios futuros ampliar la muestra de estudiantes con danza para poder evaluar una mayor amplitud etárea. Por otra parte y dado que no se les preguntó explícitamente a las estudiantes sin danza si practicaban danza por fuera del horario escolar, no fue posible asegurar que ninguna de ellas practicaba danza como actividad recreativa o profesional. A su vez, no ha sido controlada la variable tiempo de ejercicio de la danza. Dotti et al. (2002) señalan 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 danza, lo que podría evidenciar, en futuros estudios, diferencias con relación a la población general que no han podido ser identificadas en el presente trabajo. Por último, debería evaluarse también estudiantes de danza que concurren a escuelas con altos niveles de competitivi-

dad para proveer evidencia sobre el posible rol mediador de dicha variable entre la práctica de la actividad y los trastornos alimentarios.

Referencias

- Ackard, D. M., Henderson, J. B., & Wonderlich, A. L. (2004). *The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology*. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 485-490.
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (Publicación SNS: AATRM N° 2006/05-01).
- American Psychiatric Association. (Ed.) (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. (3rd ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anshel, M. (2004). *Sources of disordered eating patterns between ballet dancers and no-dancers*. *Journal of Sport Behaviour*, 27, 115-133.
- Archinard, M., & Scherer, U. (1995). *Training in classical dance in childhood and adolescence: What influence on Bulimia Nervosa in adult patients?* *European Eating Disorders Review*, 3 (2), 111-116.
- Brooks-Gunn, J., Attie, I., Burrow, C., Rosso, J. T., & Warren M. P. (1989). *The impact of puberty on body and eating concerns in athletic and nonathletic contexts*. *The Journal of Early Adolescence*, 9, 269-209.
- Brooks-Gunn, J., Warren, M. P., & Hamilton, L. H. (1987). *The relation of eating problems and amenorrhea in ballet dancers*. *Medicine & Science in Sport & Exercise*, 19, 41-44.
- Byrne, S. M., & McLean, N. J. (2002). *The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation*. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17- 31.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz W. H. (2000). *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. *British Medical Journal*, 320 (7244), 1240-1243.
- Collins, M. E. (1991). *Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children*. In-

- ternational Journal of Eating Disorders, 10 (2), 199-208.
- Cruz, S., & Maganto, C. (2003). El Test de Siluetas: Un estudio exploratorio de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 8, 79-99.
- Dotti, A., Fioravanti, M., Balotta, M., Tozzi, F., Cannella, C., & Lazzari, R. (2002). Eating behavior of ballet dancers. *Eating and Weight Disorders*, 7 (1), 60-67.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 136, 581-596.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory- 2*. Odessa, Florida: Psychosocial Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory- 3*. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., & Garfinkel P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Gotthelf, S. J., & Jubany, L. L. (2005). Comparación de tablas de referencias en el diagnóstico antropométrico de niños y adolescentes obesos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103, 129-134.
- Herscovici, C. R., Bay, L., & Kovalskys, I. (2005). Prevalence of eating disorders in Argentine boys and girls, aged 10 to 19, who are in primary care. A two-stage community-based survey. *Eating Disorders*, 13, 467-478.
- Ley N° 26.396 Trastornos alimentarios. *Boletín Oficial de la Republica Argentina*, N° 31481, Buenos Aires, 3 de Septiembre 2008.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa*. NY, EE.UU: The Guilford Press.
- Murawski, B., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2010). Eating behaviours and body image: a comparative study between young women and men from Buenos Aires (Argentina). Póster presentado en International Conference on Eating Disorders 2010. Salzburgo, Austria.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE), National Collaborating Centre for Mental Health (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Extraído de <http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline>.
- Patel, D. R., Greydanus, D. E., Pratt, H. E., & Phillips, E. L. (2003). Eating disorders in adolescent athletes. *Journal of Adolescent Research*, 18, 280-296.
- Pederson Mussell, M., Binford, R., & Fulkerson, J. (2000). Eating disorders: summary of risk factors, prevention programming and prevention Research. *The Counseling Psychologist*, 28, 764-796.
- Quiroga, S., & Vega V. (2003). Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. *Memorias de las X Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, Tomo I, 113-115.
- Ringham, R., Klump, K., Kaye, W., Stone, D., Libman, S., Stowe, S., & Marcus, M. (2006). Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 503-508.
- Rutzstein, G. (1996). Modalidades de tratamiento en anorexia nerviosa. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 4, 365-377.
- Rutzstein, G. (2002). Trastornos alimentarios. La cultura de la delgadez. *Encrucijadas-UBA, Revista de la Universidad de Buenos Aires*. 16, 76-85.
- Rutzstein, G.; Armatta, A.; Casquet, A.; Leonardelli, E.; López, P.; Marola, M.E.; Moiseeff, C.; Murawski, B.; & Redondo, G. (2006, Junio). Body image and eating disorders in ballet students. Póster presentado en International Conference on Eating Disorders 2006. Barcelona, España.
- Rutzstein, G.; Armatta, A.; Murawski, B.; Elizathe, L.; Leonardelli, E.; Scappatura, M.L.; Arana, F.G.; Miracco, M.; Diez, M.; Maglio, A.; Lievendag, L.; Estefan, T. & Grad Gut, A. (2010, Junio). Eating Disorders among female students in Buenos Aires. Póster presentado en International Conference on Eating Disorders 2010. Salzburgo, Austria.
- Rutzstein, G.; Maglio, A.; Scappatura, M.L.; Murawski, B.; Leonardelli, E.; Arana, F.; Armatta, A.M.; Diez, M.; Elizathe, L.; Lievendag, L.; Sarudiansky, M.; Torres, A. (2009, Junio). La insatisfacción con la imagen corporal y su relación con los trastornos alimentarios. XXXII Congreso In-

- teramericano de Psicología, Ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Salbach, H., Kilinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2007). Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, 40, 388-393.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.
- Swami, V., Steadman, L., & Tovée, M. (in press). A comparison of body size ideals, body dissatisfaction, and media influence between female track athletes, martial artists, and non-athletes. *Psychology of Sport and Exercise*.
- Thomas, J. J., Keel, P. K., & Heatherton, T. F. (2005). Disordered eating attitudes and behaviors in ballet students: examination of environmental and individual risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 263-268.
- Torstveit, M. K., & Sundgot-Borgen J. (2005). Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: a national survey of 1276 elite athletes and controls. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 141-147.
- Urdapilleta, I., Cheneau, C., Masse, L., & Blanchet, A. (2007). Comparative study of body image among dancers and anorexic girls. *Eating and Weight Disorders*, 12, 140-146.
- World Health Organization. (2006). Global Database on Body Mass Index. BMI classification. Extraído de http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html