

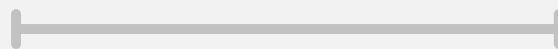
Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Candela Elia

**PERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL Y RIESGO DE  
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
BAILARINAS DE DANZA URBANA EN LA  
CABA DURANTE 2025**

2025

Tutora: Esp. Paula Mizrahi



*Citar como:* Elia C. Percepción de Imagen Corporal y riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en Bailarinas de Danza Urbana en la CABA durante 2025. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3026>

## ***AGRADECIMIENTOS***

En primer lugar a mi familia, mi núcleo que siempre estuvo presente en cada paso de la carrera. Han sido un gran apoyo emocional en cada entrega, parcial, final, prácticas asistenciales e incluso en el transcurso de este trabajo. Me han sostenido en los momentos más difíciles y felicitado en los mejores. Como destaque a Silvina, mi mamá, quien me enseñó a estudiar desde mis inicios, me guió con el ejemplo a ser perseverante, enfocada, autoexigente y siempre seguir mis sueños.

A Facu, quién supo estar en mi día a día y tener siempre las palabras indicadas, por esperarme siempre con la comida lista y brindarme un espacio de calma en los momentos más exigentes. Tu paciencia y capacidad para recordarme que todo esfuerzo tiene su recompensa fueron fundamentales para transitar este proceso.

A mis amigas, quienes me impulsaron a nunca bajar los brazos y a confiar en mí.

Al grupo docente de la Universidad y a mi tutora, Paula, quien supo guiarme durante todo el proceso.

## **Resumen**

*Introducción:* En las últimas décadas, los TCA más de 14 millones de personas fueron diagnosticadas. En Argentina, la SAP sostiene que 1 de cada 3 jóvenes presenta síntomas compatibles con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa. La danza combina un alto nivel de exigencia física con una exposición constante a estándares corporales idealizados, generando un entorno propicio para la aparición de TCA.

*Objetivo:* Determinar el riesgo de TCA y la percepción de la imagen corporal en bailarines que practican danza urbana en academias de la CABA durante el 2025.

*Metodología:* estudio descriptivo observacional prospectivo, de corte transversal, no probabilístico por bola de nieve destinado a bailarinas profesionales +18 años. Se realizó un cuestionario mediante google forms. Se utilizó el EAT- 26 y Escala de Siluetas.

*Resultados:* participaron 35 bailarinas, sobre la percepción de la imagen corporal el 68% tuvo percepción adecuada, el 78% desea verse más delgada, el 34% se compara constantemente con otros cuerpos. Sobre TCA el 37% tuvo riesgo alto y el 43% riesgo medio. El 18% se saltea las comidas y el 72% realiza más de 9h de actividad física diaria.

*Conclusión:* es elevado el riesgo de TCA y una adecuada percepción de imagen corporal en bailarinas. Es importante que haya visibilización sobre las consecuencias y el impacto de la salud.

**Palabras Clave:** Conducta Alimentaria Desordenada, insatisfacción corporal, bailarinas, alimentación.

## **Abstract**

*Introduction:* In recent decades, more than 14 million people have been diagnosed with eating disorders (EDs). In Argentina, the SAP reports that 1 in 3 adolescents presents symptoms consistent with bulimia nervosa or anorexia nervosa. Dance combines a high level of physical demand with constant exposure to idealized body standards, creating an environment conducive to the development of EDs.

*Objective:* To determine the risk of EDs and the perception of body image in dancers practicing urban dance in academies across Buenos Aires City (CABA) during 2025.

*Methods:* Prospective, descriptive, observational cross-sectional study using a non-probabilistic snowball sampling method, targeting professional female dancers aged 18 and older. A questionnaire was administered via Google Forms. The EAT-26 and the Figure Rating Scale were used.

*Results:* A total of 35 dancers participated. Regarding body image perception, 68% reported

an adequate perception, 78% wished to be thinner, and 34% frequently compared themselves to others. Concerning ED risk, 37% showed a high risk and 43% a moderate risk. Additionally, 18% skipped meals, and 72% engaged in more than 9 hours of physical activity per day.

*Conclusions:* The risk of EDs among dancers is high, despite an overall adequate body image perception. Increasing awareness of the consequences and health impact of these disorders is essential.

Keywords: Disordered Eating Behavior, Body Dissatisfaction, Female Dancers, Nutrition.

# **ÍNDICE**

- 1. Introducción**
- 2. Marco teórico**
  - 2.1 Conducta Alimentaria**
  - 2.2 Imagen Corporal**
    - 2.2.1 Características diagnósticas**
    - 2.2.2 Screening Imagen Corporal**
    - 2.2.3 Tratamiento trastorno dismórfico corporal**
  - 2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria**
    - 2.3.1 Clasificación y manifestaciones clínicas**
    - 2.3.2 Screening TCA**
    - 2.3.3 Tratamiento**
  - 2.4 Actividad Física**
    - 2.4.1 Bailarines**
    - 2.4.2 Danza urbana**
  - 2.5 Estado del arte**
- 3. Pregunta problema**
- 4. Objetivos general y específicos**
- 5. Metodología**
  - 5.1 Tipo de estudio**
  - 5.2 Población**
  - 5.3 Muestra**
  - 5.4 Criterios de elegibilidad**
  - 5.5 Operacionalización de las Variables**
  - 5.6 Instrumento de Recolección de Datos**
  - 5.7 Prueba Piloto**
  - 5.8 Aspectos éticos**
  - 5.9 Diagrama de Actividades**
- 6. Resultados**
- 7. Discusión**
- 8. Conclusión**
- 9. Bibliografía**
- 10. Anexo**

## ***1. Introducción***

En las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando significativamente tanto a nivel físico como psicosocial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 más de 14 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de TCA, incluidos niños, adolescentes y adultos jóvenes. (1) En Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) sostiene que 1 de cada 3 jóvenes presenta síntomas compatibles con bulimia nerviosa o anorexia nerviosa, lo cual pone en evidencia la magnitud del problema en nuestro contexto local. (2)

Dentro de esta problemática general, existe un grupo vulnerable: quienes practican deportes vinculados con la estética corporal, como la danza, que se caracteriza por una gran exposición del cuerpo, excesiva cantidad de espejos y por la uniformidad de vestimenta requerida y obligatoria que deben portar los bailarines. (3) Esto, acompañado de la búsqueda por una imagen hegemónica y representativa socialmente, puede desencadenar en un acercamiento a hábitos dañinos para la propia persona. (4)

La danza combina un alto nivel de exigencia física con una exposición constante a estándares corporales idealizados, generando un entorno propicio para la aparición de TCA. El comportamiento patológico con relación a la alimentación se presenta como alteraciones de la ingesta alimentaria y una obsesión por el control de peso, acompañado de una distorsión de la percepción de la imagen corporal.(5)

Los bailarines se caracterizan por un bajo peso, porcentaje de grasa corporal bajo y una gran preocupación por su alimentación. Siendo tan importante el cuerpo en el ámbito de la danza, se podrían generar alteraciones en la percepción de la figura corporal por parte de los bailarines si sienten que no alcanzan estos estándares o bien si perciben que no son capaces de hacer frente a las demandas de la actividad, por tanto, pueden considerarse población de riesgo para sufrir TCA. (6)

El impacto que los TCA tienen sobre la salud de manera integral, afectando la calidad de vida, rendimiento físico, autoestima y vínculos sociales. (7) Por eso es importante la visibilización del problema, ya que muchas veces estas conductas son normalizadas dentro del ámbito artístico, dificultando su detección temprana. Si bien se ha investigado los riesgos

de TCA en bailarines de ballet, existe un hueco de conocimiento respecto a la caracterización en bailarines que practican danza urbana, particularmente en contextos educativos no formales o academias independientes, donde la vigilancia profesional sobre la salud integral es limitada. Por ello, se considera necesario profundizar en esta investigación sobre esa población para aportar información que permita orientar estrategias de prevención y abordaje temprano.

Por todo lo expuesto, el objetivo del estudio es determinar el riesgo de TCA y evaluar la percepción de la imagen corporal en bailarinas que practican danza urbana en academias del Ciudad de Buenos Aires durante el 2025.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Conducta Alimentaria**

La Alimentación como ciencia tiene por objeto de estudio todo lo relacionado con la planificación y organización de la producción, la producción, el almacenamiento y conservación, la distribución, la preparación y elaboración, la ingestión, la digestión y la absorción de los alimentos, también denominados como categorías químicas alimentarias y nutrimentales. Una alimentación sana es un requisito para un estado óptimo de salud, la prevención de las enfermedades, la curación, y la rehabilitación. (8)

López-Espinoza et al. (2018), nombran como comportamiento alimentario al conjunto de conocimientos dirigidos a la alimentación, siendo éstos, una visión multidisciplinaria compuesta de diversas áreas científicas. (9) Es decir, refieren a toda acción o estrategia, dirigida a lo que hacemos para alimentarnos como la definición del comportamiento alimentario. Dentro del comportamiento alimentario se reconocen diferentes tipos de conductas alimentarias como unidades funcionales de los distintos procesos que integran al comportamiento alimentario, por ejemplo las preferencias, los hábitos, la selección y las formas en que se establece la ingesta. Además, se establece una diferencia entre comportamiento alimentario y conducta alimentaria; el primer concepto mencionado, es la serie de acciones dirigidos a dar, proveer y producir alimentos; mientras que la conducta alimentaria es el acto de ingerir, consumir, deglutir, etc., en una temporalidad específica. (9)

Para Saucedo-Molina y Unikel (2010), la conducta alimentaria, si bien se asocia inmediatamente con la ingestión de alimentos, es una conducta intervenida por factores externos al individuo y no se relaciona al solo hecho de satisfacer las necesidades de alimentación y sus exigencias nutricionales. (10) La conducta alimentaria es entendida como un conjunto de acciones ejecutadas en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, relacionada con la ingestión de alimentos. Está determinada por variables mentales; por ejemplo, en el consumo de alimentos interfiere el estado de ánimo y las emociones, debido a que se ha demostrado que frecuentemente una persona disminuye la cantidad de alimento que consume al experimentar emociones negativas.(11) Las personas establecen hábitos de consumo y patrones de comportamiento influidos por variables

culturales y sociales, tal como la promoción de delgadez y los ideales de belleza a alcanzar, propuestos por una cultura o sociedad en un espacio y temporalidad determinada, y distribuidos por la publicidad y los medios masivos de comunicación. (11)

## ***2.2 Imagen Corporal***

La imagen corporal se define como “las percepciones, sentimientos y pensamientos de una persona acerca de su cuerpo”. (12) El concepto de belleza que maneja la sociedad termina incidiendo de manera directa en la manera en que las personas perciben su imagen corporal. (13) Refleja la relación que los individuos tienen consigo mismos y la misma se va modificando conjuntamente con los cambios físicos de las personas. (14) Es más común que suceda en la mujer y que está presente una peor estima. La internalización por tener una delgada silueta termina incidiendo en la satisfacción corporal. No lograr la delgadez que promueve la cultura aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de la imagen corporal. (15)

La composición de la imagen corporal tiene diferentes componentes como son lo perceptual (la percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), lo cognitivo (las valoraciones que tiene al respecto del cuerpo o de una parte en especial), el componente afectivo (los sentimientos o actitudes respecto al cuerpo) y lo conductual (acción o comportamiento que se dan a partir de esa percepción). (16) La percepción de la imagen corporal se ha revelado como uno de los factores que más inciden y condicionan las elecciones alimentarias. (17) Dentro de las alteraciones de la imagen corporal se pueden distinguir tres tipos. El primero son las alteraciones perceptivas, técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal. Para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión. El segundo son las alteraciones de aspectos subjetivos, técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Por último, los aspectos varios, entorno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden diversos aspectos. (18)

Los individuos que presentan estas conductas suelen tener ideas sobrevaloradas y podrían presentar distorsiones cognitivas en cuanto a su cuerpo o a la realidad ligadas a múltiples afecciones con lo cual conduce a una aprehensión del exterior más sufriente, rígida y

disfuncional. (19) El estado de salud, la imagen corporal percibida y la autoestima se relacionan significativa y positivamente ya que la actividad física es un medio para mejorar la salud del sujeto y prevenir la obesidad, y además tiene un efecto positivo sobre el aspecto físico. (20) Lo que genera malestar en la imagen corporal es el resultado de comparar esta imagen que la persona observa de sí misma con el ideal que anhela, el cual puede ser o no congruente. Las complicaciones que pueden asociarse al trastorno dismórfico corporal o que este provoca incluyen baja autoestima, aislamiento social, depresión grave u otros trastornos del estado de ánimo, pensamientos o conductas suicidas, trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de alimentación, abuso de sustancias, problemas de salud por conductas como pellizcarse la piel, dolor físico o riesgo de desfiguración debido a intervenciones quirúrgicas repetidas. (21)

### ***2.2.1 Característica diagnósticas:***

Según el Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (22) lo menciona como “trastorno dismórfico corporal” y sus criterios diagnósticos son:

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

### ***2.2.2 Screening Imagen Corporal***

Para poder pesquisar a las personas que podrían llegar a tener una alteración en la percepción corporal se pueden utilizar diferentes test como:

- BSQ (Body Shape Questionnaire), realizado en 1987, tiene como objetivo evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. Es utilizado para monitorizar la respuesta al tratamiento en los TCA. Cuenta con 34 preguntas que evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema:

insatisfacción corporal y preocupación por el peso. Es autoadministrado y tiene una escala de Likert de 6 puntos que va desde Nunca hasta Siempre. (7)

- Figure Scale diseñado por Stunkard (1983), modificado por Collins. Se trata de una escala gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas y masculinas que evalúa el grado de satisfacción con la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener, la percibida y la real. Las siluetas conforman una graduación desde una silueta muy delgada hasta la última que presenta un sobrepeso importante: la silueta 1 se correspondía con delgadez ( $IMC < 18.5$ ), las siluetas 2 a 4 con normopeso ( $18.5 < IMC < 25$ ), la silueta 5 con sobrepeso ( $25 < IMC < 30$ ) y siluetas 6 o superiores con obesidad ( $IMC \geq 30$ ). 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. (23). Esta herramienta será utilizada en este trabajo.

### **2.2.3 Tratamiento**

Una vez realizado el diagnóstico, además de un acompañamiento psicoterápico, en el tratamiento se utilizan inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o la clomipramina (un antidepresivo tricíclico con potentes efectos serotoninérgicos) que suelen ser muy eficaces en pacientes con trastorno dismórfico corporal. Los pacientes suelen requerir dosis más altas de las que normalmente se necesitan para la depresión y la mayoría de los trastornos de ansiedad. Aunque los datos son limitados, algunos pacientes que no mejoran sustancialmente con ensayos adecuados de estos fármacos pueden beneficiarse con el agregado de medicamentos sinergistas como un neuroléptico atípico (p. ej., aripiprazol), bupirona, o un modulador del glutamato (p. ej., *N*-acetilcisteína o memantina). (24)

La psicoterapia de elección es la terapia cognitiva-conductual que está orientada a los síntomas específicos del trastorno dismórfico. Los enfoques cognitivos (p. ej., la reestructuración cognitiva) y la exposición son elementos esenciales de la terapia. Los médicos alientan a los pacientes a enfrentarse gradualmente a situaciones que temen o evitan (que suelen ser situaciones sociales) mientras se abstienen de realizar sus rituales, como mirarse al espejo, aseo excesivo y comparación de su apariencia con la de otras personas. (24) La terapia cognitivo-conductual también incluye otros elementos como el

reentrenamiento perceptivo y la corrección del hábito. El entrenamiento para revertir los hábitos incluye lo siguiente: (24)

- Entrenamiento de sensibilización (p. ej., autocontrol, identificación de desencadenantes del comportamiento)
- Control del estímulo (situaciones modificadoras, p. ej., evitar los disparadores—para reducir la probabilidad de iniciar el comportamiento)
- Entrenamiento de respuesta en competencia (enseñar a los pacientes a sustituir el comportamiento excesivo por otros comportamientos, como apretar el puño, tejer o sentarse sobre sus manos)

### ***2.3 Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)***

Los TCA se definen como alteraciones específicas y severas en la ingesta de los alimentos, observadas en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer y que se caracterizan, bien sea por comer en exceso o por dejar de hacerlo; en respuesta a un impulso psíquico y no por una necesidad metabólica o biológica. (25) Hacen referencia al conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados con una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal. Su gravedad queda representada en los elevados índices de morbilidad, la cronificación del trastorno y la proliferación de casos subclínicos, especialmente entre adolescentes. (26)

Los TCA como consecuencia provocan una alteración en la absorción de los alimentos causando un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial. Pueden afectar a personas de cualquier edad, origen racial y étnico, peso corporal y sexo. Incluso las personas que parecen ser saludables pueden tener estos trastornos y estar extremadamente enfermas; es decir, pueden tener un bajo peso corporal, un peso normal o sobrepeso. (26)

Según la OMS en 2019, 14 millones de personas tuvieron TCA, incluidos niños y adolescentes. Es una cifra alarmante ya que los síntomas o comportamientos resultan en un riesgo significativo o daño para la salud, y la angustia un deterioro significativo del funcionamiento. (1) En Argentina, según datos de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

en el año 2019, 1 de cada 3 jóvenes poseen prevalencia de bulimia nerviosa y/o anorexia nerviosa. (2) 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. (27) La incidencia de los trastornos alimentarios es superior en grupos de población que están sometidos a una influencia sociocultural más intensa, lo que ocurre en todas aquellas personas que llevan a cabo actividades relacionadas con el cuerpo y que pueden requerir una imagen esbelta y de delgadez. (28) El desarrollo de un TCA puede surgir de una combinación de factores genéticos, biológicos, conductuales, psicológicos y sociales. (29)

### ***2.3.1 Clasificación y manifestaciones clínicas***

Según la última versión del Manual DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) se diferencian los TCA en: el trastorno de atracones, pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado. (22)

- Trastorno de Atracones

Un "episodio de atracón" se define como la ingestión, en un período determinado de tiempo, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerían en un período similar y en circunstancias parecidas. La expresión "período de tiempo determinado" se refiere a un período delimitado, generalmente inferior a las 2 horas. Picar comida continuamente en pequeñas cantidades durante el día no se consideraría un atracón. Se considera trastorno cuando son atracones recurrentes que se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses y cuando se acompaña de una sensación de falta de control.

Un indicador de la pérdida de control es la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado; en algunos casos, los atracones también se pueden planificar. El tipo de alimento que se suele consumir durante los atracones varía entre los distintos individuos y se suelen caracterizar más por una alteración de la cantidad de alimentos que por el deseo de un nutriente específico.

Los atracones deben caracterizarse por al menos, tres de los hechos siguientes: comer mucho más rápidamente de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente, comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere, y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. Estos hechos en general suceden a escondidas o lo más discretamente posible., ya que los individuos suelen sentirse avergonzados por sus problemas alimentarios e intentan ocultar sus síntomas.

Dentro de los desencadenantes se encuentran los factores estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento.

El trastorno de atracones se produce normalmente en personas de peso normal/sobrepeso y en personas obesas. Comienza típicamente en la adolescencia o en la edad adulta temprana, aunque también puede empezar a una edad adulta más tardía.

Criterios diagnósticos:

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

de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

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

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

Dentro de las consecuencias funcionales se encuentran los problemas de adaptación al rol social, el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud y con la satisfacción en la vida, un aumento en la morbilidad médica y la mortalidad. También puede asociarse a un aumento del riesgo de ganar peso y de desarrollar obesidad.

- Pica

El inicio de la pica puede darse en la infancia, la adolescencia o la edad adulta. La principal característica es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un período mínimo de un mes como papel, jabón, ropa, pelo, cuerdas, lana, tierra, tiza, polvos de talco, pintura, chicles, metales, guijarros, carbón vegetal o carbón mineral, cenizas, barro, almidón o hielo. Estas sustancias se consideran “no alimentarias” o “no nutritivas” y son ingestas inapropiadas para el grado de desarrollo y no deben formar parte de una práctica culturalmente aceptada.

### Criterios Diagnósticos:

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

Hay que tener en cuenta que en algunas poblaciones comer tierra y otras sustancias no nutritivas parecidas es una creencia con valor espiritual o medicinal.

Los trastornos más habitualmente comórbidos con la pica son el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual (trastorno de desarrollo intelectual), y en menor grado la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. La pica puede asociarse también al trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, especialmente en los individuos que tienen un marcado componente sensorial en su presentación. Cuando se sabe que una persona tiene pica, la evaluación debería tener en cuenta la posibilidad de que haya complicaciones gastrointestinales, envenenamiento, infección y deficiencias nutricionales.

- Trastorno de Rumiación

Se considera a la regurgitación repetida de alimentos, después de alimentarse o comer, durante un período mínimo de un mes. La comida tragada previamente, que puede estar parcialmente digerida, se devuelve a la boca aparentemente sin náuseas, arcadas involuntarias ni desagrado. La comida se puede volver a masticar para después escupir o tragar. Se considera un trastorno cuando sucede a diario y no se puede atribuir a una afección gastrointestinal asociada u otra afección médica (p. ej., reflujo gastroesofágico, estenosis pilórica).

El trastorno se puede diagnosticar durante toda la vida, particularmente en los individuos que presentan también discapacidad intelectual.

Criterios diagnósticos:

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

Como consecuencia secundaria a este trastorno se encuentra la malnutrición. Se asocia al retraso del crecimiento y afecta negativamente al desarrollo y aprendizaje de la persona. Algunos individuos mayores con trastorno de rumiación restringen deliberadamente la ingesta de alimentos por el rechazo social a la regurgitación. Pueden, en consecuencia, presentar pérdida de peso o bajo peso.

- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

La principal característica diagnóstica del trastorno es la evitación o restricción de la toma de alimentos, manifestada por un fracaso clínicamente significativo para obtener las necesidades nutritivas, o una ingesta energética insuficiente mediante la ingesta oral de alimentos. Deben estar presentes una o más de las siguientes características principales: pérdida de peso significativa, deficiencia nutritiva significativa (u otro efecto sobre la salud), dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutricionales orales, o una marcada interferencia en el funcionamiento psicosocial.

Criterios diagnósticos:

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

de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
  2. Deficiencia nutritiva significativa.
  3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
  4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

- Anorexia Nerviosa

Las tres características básicas de la Anorexia Nerviosa son la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso o a engordar (o un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso) y la alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios. La persona mantiene un peso corporal que está por debajo del nivel mínimo normal para su edad, sexo, fase de desarrollo y salud físico. Además, suelen tener miedo intenso a ganar peso o a engordar que no se alivia con la pérdida de peso y puede aumentar incluso aunque la persona baje de peso.

La percepción y la importancia del peso corporal están distorsionadas en estos individuos. Algunas personas sienten que tienen sobrepeso cuando no lo tienen; otras, se dan cuenta de que están delgadas pero les preocupa que algunas partes de su cuerpo, particularmente el abdomen, las nalgas y los muslos, están "demasiado gordos".

Para valorar la talla y el peso, pueden emplear diferentes técnicas como pesarse con frecuencia, medir obsesivamente partes del cuerpo y usar insistentemente el espejo para comprobar zonas de "grasa". Un subgrupo de individuos con anorexia nerviosa presenta niveles excesivos de actividad física, a menudo precede al inicio del trastorno aumentando la

pérdida de peso.

Dentro de la clasificación, se diferencia en “tipo restrictiva” en la que no hay atracón y purga; o “tipo con atracones/purgas” donde la persona tuvo episodios recurrentes de atracones y purgas (vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). La anorexia nerviosa suele empezar aparecer en la adolescencia o la edad adulta temprana y los factores de riesgo van a depender del contexto social y ambiental, genético y fisiológico.

Criterios Diagnósticos:

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

Especificar si:

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

Especificar si:

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

interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

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

Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez son:

Leve: IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>

Moderado: IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extremo: IMC  $< 15$  kg/m<sup>2</sup>

Como consecuencias relacionadas a este trastorno, además de la malnutrición, se pueden desarrollar afecciones médicas en los sistemas orgánicos principales que pueden generar alteraciones graves para la vida. Entre ellas, se encuentra la amenorrea, desequilibrio endocrino, pérdida de densidad mineral ósea y depresión.

- **Bulimia Nerviosa**

Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, comportamientos compensatorios inapropiados y recurrentes para evitar el aumento de peso, y la autoevaluación que se ve influida indebidamente por el peso y la constitución corporal; al menos una vez a la semana durante 3 meses.

Si existiera el consumo excesivo de alimentos debe estar acompañado de una sensación de falta de control para poder considerarlo un episodio de atracón como la incapacidad para contenerse y no comer, o para parar de comer una vez que se ha empezado. Por otra parte, algunos individuos explican que sus episodios de atracones son también por un patrón generalizado de ingestión incontrolada. El tipo de alimento consumido durante los atracones varía entre los distintos individuos y en un mismo individuo. Los atracones parecen caracterizarse más por una alteración de la cantidad de alimentos consumidos que por el deseo de un nutriente específico. Sin embargo, durante los atracones, los individuos tienden a comer alimentos que en otras circunstancias evitarían y continúan comiendo hasta que el

individuo se siente incómodo o incluso dolorido, lleno.

Otra característica fundamental de la bulimia nerviosa es el uso recurrente de comportamientos compensatorios inapropiados para prevenir el aumento de peso, conocidos generalmente como comportamientos de purga o purgas. Emplean varios métodos para compensar los atracones. Vomitar es el comportamiento compensatorio más frecuente ya que, entre los efectos inmediatos de vomitar, se encuentran el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. En algunos casos, vomitar es una finalidad en sí misma y el individuo se atracará con el fin de vomitar. Pueden utilizar gran variedad de métodos para provocar el vómito, entre los que se encuentra el uso de los dedos o de instrumentos para estimular el reflejo nauseoso. Otro comportamiento de purga es la utilización incorrecta de laxantes y diuréticos. Los individuos con bulimia nerviosa pueden ayunar uno o más días, o realizar ejercicio excesivo para intentar evitar el aumento de peso. Debido a que generalmente las personas que tienen este trastorno se sienten avergonzadas, suelen ocultar sus síntomas y hacerlo a escondidas, o lo más discretamente posible.

Algunos factores de riesgo son circunstancias estresantes interpersonales, la restricción de la dieta, los sentimientos negativos acerca del peso corporal, la constitución corporal y los alimentos, y el aburrimiento.

Criterios diagnósticos:

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

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

Especificar si:

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

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

- Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.
- Extremo: Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Los individuos con bulimia nerviosa suelen estar dentro del rango de peso normal o tener sobrepeso (IMC entre 18,5 y 29,9 en los adultos) y, con menos frecuencia, en personas obesas.

Dentro de las consecuencias en la salud, clínicamente aparecen irregularidades menstruales o la amenorrea en las mujeres con bulimia nerviosa; no está claro si dichas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones del peso, con las deficiencias nutricionales o con el malestar emocional. Entre las complicaciones poco frecuentes, aunque potencialmente mortales, se incluyen los desgarros esofágicos, la perforación gástrica y las arritmias cardíacas. La exploración física no suele revelar problemas físicos, aunque una inspección bucal puede

revelar una pérdida permanente y significativa del esmalte dental.

- Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. Estos pueden ser:

- A) Anorexia nerviosa atípica
- B) Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada)
- C) Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada)
- D) Trastorno por purgas
- E) Síndrome de ingesta nocturna de alimentos

### ***2.3.2 Screening TCA***

Existen varios métodos de screening que han sido desarrollados para evaluar los trastornos alimentarios:

- La escala SCOFF, propuesta en 1993 por Morgan et al., se diseñó como una herramienta práctica para el entorno clínico, especialmente útil en la detección temprana de trastornos de la conducta alimentaria. Consta de cinco preguntas dirigidas a identificar malestar post ingesta, pérdida del control alimentario, adelgazamiento repentino, distorsión de la imagen corporal y percepción de que la alimentación interfiere significativamente en la vida cotidiana. (7)
- Eating Disorder Inventory (EDI), creado por Garner y Olmsted en 1979 y ampliado en 1991 (EDI-2), incluye 64 ítems originales más 27 adicionales. Evalúa dimensiones psicológicas clave asociadas a los trastornos alimentarios, como la preocupación por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez, junto con aspectos como ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Su extensión y complejidad limitan su uso en este contexto, por lo que se opta por no incorporarlo. (7)

- El BITE (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh), desarrollado por Henderson y Freeman en 1987, se centra exclusivamente en conductas bulímicas. Debido a que el objetivo de la investigación no se enfoca individualmente en bulimia, se decide excluirlo. (7)
- Eating Attitudes Test (EAT), diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, ha sido ampliamente utilizado. Su versión original, EAT-40, evalúa tres factores: la tendencia a realizar dietas, la preocupación por la comida y los síntomas bulímicos, así como el grado de control alimentario y la percepción de presión social respecto al peso. (7) Posteriormente, en 1982 se desarrolló una versión reducida, el EAT-26, la cual mantiene una alta fiabilidad y validez diagnóstica, siendo más práctica para la detección de conductas alimentarias de riesgo. (30) El EAT-26 puede utilizarse tanto en entornos clínicos como no clínicos, sin un enfoque específico en trastornos de la alimentación. Puede administrarse en grupos o individualmente y está dirigido principalmente a adolescentes y adultos. Es una herramienta de cribado especialmente útil para evaluar el riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de secundaria, universitarios y otros grupos de riesgo especiales, como los atletas. Debido a esto, en esta investigación se opta por utilizar esta versión. Además, en estudios, como el de Álvarez Rayón et al., ha servido para relacionar la percepción de imagen corporal y actitudes alimentarias en mujeres de distintas edades. (31)
- Cuestionario de Hábitos Alimentarios en Deportistas (CHAD) es una herramienta reciente compuesta por 30 ítems que exploran cuatro dimensiones: temor a ganar peso, uso del ejercicio como medio para adelgazar, influencia del entorno (entrenadores y compañeros), y preocupación por la imagen corporal. A pesar de su especificidad, su utilización aún es limitada en la literatura científica, por lo que no fue considerado en esta investigación. (7)

### ***2.3.3 Tratamiento***

Las personas con trastornos de la alimentación corren el riesgo de tener enfermedades mentales concurrentes, que por lo general incluyen depresión, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias. Las personas con trastornos de la alimentación también corren un mayor riesgo de suicidio. Es fundamental tratar cualquier afección concurrente como parte del plan de tratamiento. Es posible tratar con éxito los trastornos de la alimentación. La detección y el tratamiento temprano son importantes para la recuperación, requiere un

abordaje multidisciplinario, con participación de médicos, psicólogos/psiquiatras, nutricionistas, siendo especialmente importantes las medidas preventivas.

Según el Instituto Nacional de la Salud (NIH) de Estados Unidos (29), los planes de tratamiento para los trastornos de la alimentación incluyen:

- La psicoterapia individual, en grupo o en familia para identificar y cambiar emociones, pensamientos y conductas preocupantes sobre la comida.
- La atención médica y el monitoreo para tratar las consecuencias de salud de un trastorno de la alimentación y dar seguimiento al bienestar general.
- El asesoramiento nutricional ayuda a las personas a comer bien, y a alcanzar y mantener un peso saludable.
- Los medicamentos para tratar los síntomas de algunos trastornos de la alimentación, como la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones, y para reducir los síntomas de la ansiedad o la depresión concurrentes. Actualmente, no existen medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratar los síntomas de la anorexia nerviosa o el trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos.

## ***2.4 Actividad Física***

La OMS considera actividad física cualquier movimiento corporal provocado por una contracción muscular que resulte en un gasto de energía. (34) Se asocia con grandes beneficios en la salud de las personas, tanto a nivel físico, mental y social. Dentro de los aspectos positivos sobre la salud física se pueden mencionar beneficios en el sistema cardíaco, respiratorio y músculo esquelético. En cuanto a los beneficios psicológicos genera mejoras en el estado de ánimo, reducción de ansiedad y aumento de la autoestima. (7)

Los deportes en general fomentan la autoeficacia, la maduración psicológica y el desarrollo psicomotor. Dentro del área social, se desarrollan habilidades como sentirse parte de un grupo, la disciplina y el autocontrol. Pero una práctica inadecuada, perfeccionista y excesiva del deporte podría perjudicar tanto la salud física como la mental. La exigencia de la competencia, un entrenamiento intensivo y adoptar el deporte de manera profesional, puede

provocar lesiones por sobrecarga de entrenamiento, estrés por la exigencia en cuanto a la competencia, y problemas en la alimentación como los TCA. (7)

Si bien las personas que realizan ejercicio físico de forma sistemática suelen tener una mejor percepción de sí mismas, (35) se ha encontrado que en los deportistas que practican disciplinas en las que el peso corporal es de suma importancia para el rendimiento deportivo, como, por ejemplo, maratón, *ironman* o ciclismo, o en las que predomina la estética (patinaje, danza o gimnasia artística, entre otras), la cultura deportiva conduce a que prevalezca una carga negativa sobre la autovaloración corporal. (36) En deportes en los que es importante el control del peso corporal, como la danza, gimnasia rítmica y patinaje artístico, tiene mayor relevancia ya que se tratan de actividades en las que mantener un cuerpo delgado se hace indispensable. Por ende, en este contexto, la delgadez además de ser considerada un ideal de belleza, pareciera ser una característica asociada a un mejor desempeño. (17)

Las mujeres que entrenan con alta intensidad y le dan importancia a la pérdida de peso (habiendo sido diagnosticadas o no con alguno de los TCA) tienen mayores consecuencias. Llevar una alimentación inapropiada y con un consumo bajo en calorías/nutrientes puede terminar afectando el normal funcionamiento del metabolismo basal y puede dar lugar al desarrollo de la tríada femenina. (37) La triada de la atleta femenina es una de las mayores complicaciones que las mujeres pueden padecer. Se trata de una conjunción entre la reducción de la densidad mineral ósea, irregularidades del ciclo menstrual y osteoporosis. Esto afecta negativamente a la salud, aumento de lesiones y el rendimiento en el deporte. (38)

La reducción de la ingesta calórica junto con el desequilibrio hidroelectrolítico disminuye la fuerza, resistencia, velocidad, tiempo de reacción y nivel de concentración del deportista. Además, se pueden desencadenar problemas cardiovasculares y de salud a largo plazo, y mayor incidencia de fracturas. (39)

#### **2.4.1 Bailarines**

La danza corresponde a un deporte de estética (40), está relacionada con niveles altos de perfeccionismo y una forma corporal específica y los que se encuentran muy expuestos son los bailarines. Deben realizar habilidades en las que se involucran el desarrollo de agilidad,

coordinación, interpretación, flexibilidad y fuerza, por lo que el estereotipo de cuerpo debe ser delgado, fuerte y flexible. (41)

El estereotipo de las bailarinas se caracteriza por un bajo peso y bajo porcentaje de grasa corporal, lo que conlleva una gran preocupación por su alimentación para lograr y/o mantenerlo. Debido a esto, hay que tener en cuenta que hay probabilidad de desarrollar un TCA o alteraciones en la percepción de la figura corporal por quienes sienten que no alcanzan estos estándares o bien si perciben que no son capaces de hacer frente a las demandas de la actividad. (6) Tanto el sexo femenino como el masculino, se encuentran en una búsqueda constante de dicho estereotipo físico, por ese “cuerpo” el cual el docente contempla que es el correcto para la danza. (42) El peso corporal y las características del cuerpo del bailarín son dependientes del sexo, la edad cronológica, la edad biológica, el nivel técnico-artístico alcanzado, y la influencia de factores del entorno independientes de la práctica de la danza, como son el medio familiar y social, la disponibilidad de alimentos, el nivel adquisitivo económico, los eventos psicoemocionales y culturales. (43) Se combinan la presión sociocultural, que es mayor en las mujeres, por ser delgados inherentes a la profesión de la danza y las expectativas de alto rendimiento creando el clima social ideal para el desarrollo de los TCA.

Durante una presentación o clase, los bailarines se encuentran en un estado de estrés y autoexigencia, además de necesitar la memoria, coordinación e interpretación (expresiones necesarias en el momento de bailar). Algunos, sufren dolores gastrointestinales por nervios, y pueden estar acompañados de deshidratación e inhibición del apetito, por lo tanto, es importante brindar las herramientas para ayudar a los bailarines a tener un mejor estado de salud. (45)

El conjunto o alguno de estos factores pueden desencadenar el deseo de la disminución de peso de manera rápida, acompañado por emociones como angustia y ansiedad. (46) Se encontró que las mujeres bailarinas tienen el doble de probabilidades de desarrollar TCA en comparación con bailarines hombres y con mujeres que no practicaban esta disciplina. (47) No sólo enfrenta un alto riesgo de desarrollar TCA, sino que muchas veces lo hace en silencio, sin diagnóstico oportuno y con una falta de acompañamiento profesional adecuado. Al momento de danzar es fundamental que las bailarinas realicen una adecuada alimentación, para tener la energía necesaria para realizar una ejecución correcta de una coreografía, desde el factor técnico-artístico. (43)

### **2.4.2 Danza urbana**

La danza urbana es un género de danza que se ha convertido en una de las formas de arte más populares en todo el mundo. Originada en las comunidades urbanas y marginales, la danza urbana es un reflejo de la cultura y las experiencias de aquellos que la crean y la practican.

Es un estilo contemporáneo que engloba el hip-hop, breakdance, popping, locking y reggaetón. Es muy dinámico, enérgico y se desarrolla en grupo o de manera individual. Se distingue por la precisión de los movimientos y la conexión con la música. (46)

### **2.5 Estado del arte**

En 2011 se realizó un estudio en la provincia de Santa Fe por Paredes et. al con el fin de identificar las conductas alimentarias de riesgo en 24 bailarinas de danza clásica. Utilizaron el cuestionario EAT-40 y encontraron que un 58,3% clasificaron con miedo a pesar demasiado y el 50% sobreestiman la imagen corporal mediante el test de selección de silueta. (47)

En Rosario, en el 2020, se realizó un trabajo de investigación donde analizaron los hábitos alimentarios y la percepción de la imagen corporal de un grupo de adolescentes que realizaba comedia musical. Respecto a lo artístico se visualiza que la principal dificultad a la hora de alimentarse, es la falta de tiempo -tanto sea por ensayos previos a una presentación o por la rutina diaria cargada de actividades-. Es aquí donde aparece una de las principales conductas de riesgo: omitir comidas. 8 de los 12 adolescentes entrevistadas/os modificaban su alimentación en los momentos previos a una presentación en el escenario. Justifican su accionar con querer evitar “estar hinchadas/os” y el “miedo a que les caiga mal la comida”. La mayoría de las/os jóvenes refirió no sentirse cómodo con alguna parte de su cuerpo. En su mayoría hicieron referencia a su peso y su panza. (48)

Otro estudio en el 2010 descriptivo, transversal y comparativo se propuso 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. Participaron 217 mujeres, de las cuales 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. Los resultados mostraron que las estudiantes con danza presentan un IMC promedio significativamente inferior al de las estudiantes sin danza. Además, se observó que una mayor proporción de estudiantes con danza presenta Delgadez y Bajo peso. 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, el 18% presentó riesgo de TCA y el 22% insatisfacción con su imagen corporal. No obstante, es importante señalar que la insatisfacción con la imagen corporal se encontraba presente en ambos grupos. (49)

Chimbo Dután en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca, observó que las/os artistas de escenario sostienen que mantener un peso bajo ayuda a alcanzar un resultado beneficioso para el desarrollo artístico. Además, señala que las/os jóvenes ponen énfasis en la silueta del cuerpo para alcanzar el éxito en una actuación y refieren que se requiere de una buena presencia ante las/os jueces. En este sentido, la presión que sienten las/os conduce a modificar su conducta alimentaria. (50)

### ***3. Pregunta del Problema***

¿Cuál es el riesgo de las bailarinas de urbano de tener una percepción de la imagen corporal alterada y padecer un trastorno de conducta alimentaria?

### ***4. Objetivos***

#### ***Objetivo general:***

Determinar el riesgo de TCA y la percepción de la imagen corporal en bailarines que practican danza urbana en academias de la Ciudad de Buenos Aires durante el 2025.

#### ***Objetivos específicos:***

- Describir el estado nutricional utilizando el IMC.
- Evaluar el riesgo de distorsión de su propia imagen corporal comparando el IMC percibido y el deseado.
- Determinar la cantidad de comidas al día.
- Relacionar la cantidad de actividad física semanal junto con el salteo de comidas.

## **5. Metodología**

### **5.1 Tipo de estudio**

Este estudio se clasifica como estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal y cuantitativo.

### **5.2 Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo será no probabilístico por bola de nieve.

### **5.3 Población**

La población universo estará compuesta por bailarinas mayores de 18 años en formación o profesionales que realicen danza urbana.

### **5.4 Muestra**

La muestra serán bailarinas mayores de 18 años en formación o profesionales que asisten a academias registradas en CABA.

### **5.5 Criterios de elegibilidad**

#### ***Criterios de Inclusión***

- Ser mayor de 18 años
- Sexo femenino
- Aceptar el consentimiento informado
- Ser bailarina profesional o en formación (mínimo 3 años) en CABA
- Entrenamiento mínimo de 5 hs semanales

#### ***Criterios de Exclusión***

- Personas lesionadas o en rehabilitación
- Que hayan sido diagnosticadas con TCA y/o Dismorfia Corporal
- Personas que tienen un seguimiento nutricional

### ***Criterios de Eliminación***

- Abandono de la encuesta
- Preguntas incompletas
- Datos incorrectos

## 5.6 Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
Características sociodemográficas	Peso	Medida de peso corporal de una persona expresada en Kilogramos	Peso en kilogramos	Respuesta libre	Cuantitativa, continua, politómica	Cuestionario de elaboración propia
	Altura	Medida de altura corporal de una persona expresada en metros/centímetros	Talla en metros	Respuesta libre	Cuantitativa, continua, politómica	
Hábitos Alimentarios	Alimentación diaria	Comidas principales realizadas diariamente	Cantidad de comida principales diarias	1, 2, 3, 4, 5 o más	Cuantitativa, ordinal, politómica	Cuestionario de elaboración propia
	Frecuencia de salteo de comida	Regularidad con la que una persona saltea las comidas principales de manera diaria	Salteo de alguna de las comidas principales	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuentemente Constantemente	Cualitativa, ordinal, politómica	
Imagen corporal	Autopercepcion	Percepcion externa y visual del cuerpo	Test de Siluetas	1. Bajo Peso 2-3-4 Normopeso 5-6-7 Sobrepeso 8-9 Obesidad	Cualitativa, ordinal, politómica	Figure Scale
	Imagen y autoestima	Relacion de la imagen corporal percibida con el bienestar	Cuánto afecta el autoestima	Sí, afecta significativamente Sí, en cierta medida No estoy segura No, no me afecta No, estoy conforme	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario de elaboración propia
	Redes sociales	Influencia de las redes sociales	Frecuencia de comparación con otras personas	Nunca Rara vez Algunas veces Frecuentemente Constantemente	Cualitativa, ordinal, politómica	

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
Imagen corporal	Apariencia	Características físicas	Deseo de cambiar aspectos de su apariencia	Si, varios aspectos Si, algunos detalles No estoy segura No, estoy conforme.	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario de elaboración propia
Conducta Alimentaria	Actitudes de restricción alimentaria	Comportamientos de limitar el consumo grupos de alimentos y reducción de ingesta calórica con el objetivo de controlar el peso o la figura	Procuro no comer cuando tengo hambre	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario EAT-26
			Procuro no comer alimentos que contengan muchos carbohidratos (pan, arroz, pastas, etc)			
			Procuro no comer alimentos que tengan azúcar			
			Como alimentos dietéticos			
			Estoy haciendo dieta			
			Me gusta tener el estómago vacío			
	Imagen corporal y peso	Inquietud constante sobre la apariencia física. El deseo de perder peso o miedo a ganarlo.	Me angustia la idea de estar demasiado gorda	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	
			Me obsesiona el deseo de estar más delgada			
			Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo			
			Los demás piensan que estoy demasiado delgada			
	Atracciones y Conductas compensatorias	Episodio de consumo excesivo de alimentos acompañados por sentimiento de pérdida de control y sentimiento de culpa. Puede ser con purgativo o no.	He sufrido crisis de atracones en los que tenía la sensación de no poder parar de comer	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	
			Vomito después de comer			
			Después de las comidas tengo el impulso de vomitar			
			Me siento muy culpable después de comer			
			No me siento bien después de comer dulces			

Variable	Dimensión	Conceptualización	Indicador	Categoría	Clasificación	Instrumento
<b>Conducta Alimentaria</b>	Preocupación con la comida	Pensamientos persistentes y repetitivos sobre la comida constantemente.	La comida es para mí una preocupación habitual	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario EAT-26
			Conozco la cantidad de calorías de las comidas que consumo			
			Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida			
			Paso demasiado tiempo pensando en la comida			
<b>Conducta Alimentaria</b>	Conductas Alimentarias Particulares	Hábitos alimentarios inusuales	Corto mis alimentos en pequeños trozos	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario EAT-26
			Tardo más tiempo que los demás en comer			
			Tengo un buen autocontrol en los que se refiere a la comida			
			Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y rico en calorías			
	Presión social	Influencia de las expectativas de los demás sobre los hábitos alimentarios propios.	Tengo la impresión de que los demás les gustaría verme comer más	Nunca Casi nunca A menudo Muy a menudo Siempre	Cualitativa, ordinal, politómica	
			Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más			
			Cuando hago deporte pienso en quemar calorías			

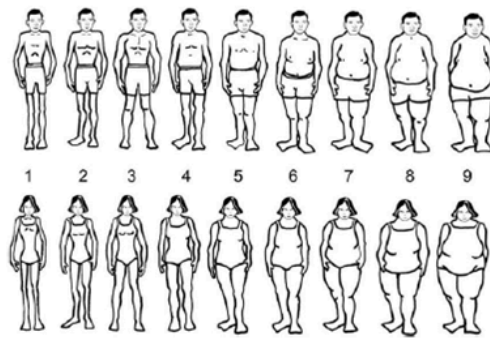
## ***5.7 Instrumento de Recolección de Datos***

Para evaluar los objetivos planteados en este estudio, se realizó un cuestionario online vía Forms autoadministrable en el cual se explicó la finalidad, modalidad, que es no remunerado y anónimo. El cuestionario tomaba aproximadamente 5 minutos en completarlo. Estuvo dividido en tres grandes partes: una primera sección conformada por un cuestionario de elaboración propia (las cuales fueron sobre edad, sexo, diagnóstico de TCA, cantidad de hs de entrenamiento semanal y acompañamiento nutricional), la segunda sección donde se utilizó el método de siluetas corporales diseñado y validado por Stunkard (23) para evaluar la Distorsión de la Imagen corporal, y en la tercera se utilizó el test EAT- 26 (30) para evaluar el riesgo de TCA.

El Figure Scale consta con nueve figuras de siluetas corporales (Figura 1), tanto de hombres como de mujeres (en este trabajo solo utilizamos las de mujeres) que van desde muy delgado a muy obeso permitiendo medir la imagen corporal de manera fiable y sencilla. Los sujetos deben elegir el número de la figura que perciben y también la silueta a la que les gustaría parecerse. Previamente se consulta talla y peso para poder comparar con su IMC real. Los resultados ofrecen tres medidas: la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia (deseada-actual), la cual es interpretada como una medida de insatisfacción con la imagen corporal. Si la discrepancia es igual a 0, el sujeto está satisfecho con su imagen corporal; si la discrepancia tiene valor positivo, el sujeto tiene un deseo de ser más grande; si la discrepancia tiene un valor negativo, el sujeto tiene un deseo de ser más delgado. (23)

La silueta 1 se corresponde con delgadez ( $IMC < 18.5$ ), las siluetas 2 a 4 con normopeso ( $18.5 < IMC < 25$ ), la silueta 5 con sobrepeso ( $25 < IMC < 30$ ) y siluetas 6 o superiores con obesidad ( $IMC \geq 30$ ). A su vez, Stunkard divide la interpretación en 4 categorías. (Figura 2)

**Figura 1.** Análisis de la percepción corporal (Método adaptado de Stunkard y Stellard 1990)



Silueta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IMC	17	19	21	23	25	27	29	31	33

*Nota:* IMC = índice de masa corporal

**Figura 2.** Interpretación de la imagen corporal según la escala de Stankard (23)

CATEGORIAS	DIF ENTRE IMC REAL Y PERCIBIDO	INTERPRETACION
1	< -4	Percepcion inadecuada, sobreestima su IC
2	> -2 y -4	Percepcion adecuada
3	-2 y 2	
4	> 2 y 4	Percepcion inadecuada, subestima su IC

En cuanto a la otra herramienta, el "Eating Attitudes Test -26" (EAT 26) (52) Será utilizado como método de cribado para detectar la presencia de conductas alimentarias de riesgo. Es una herramienta que consta de 26 preguntas con cinco opciones de respuesta en una escala de frecuencia de Likert: siempre, muy a menudo, a menudo, casi nunca y nunca. Las preguntas que van del 1 al 24 y la 26 se puntúan de la siguiente manera: nunca y casi nunca reciben 0 puntos, a menudo 1 punto, muy a menudo 2 puntos y siempre 3 puntos. Respecto a la pregunta 25, las respuestas se puntúan a la inversa, como: siempre y muy a menudo obtienen 0 puntos, a menudo 1 punto, casi nunca 2 puntos y nunca 3 puntos. El puntaje total se obtendrá sumando los puntos obtenidos en cada ítem. El análisis de las respuestas permite clasificar a los individuos en tres categorías en función de la puntuación obtenida como (R1) entre 1 y 9 puntos: "no se detecta riesgo de TCA", (R2) entre 10 y 19 puntos: "predisposición a TCA" o (R3) mas de 20 puntos: "riesgo alto de TCA".

### 5.8 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto previa a la recolección de datos con el fin de evaluar la comprensión del instrumento y se hicieron algunas modificaciones meramente visuales para la correcta comprensión y accesibilidad de las preguntas.

### 5.9 Aspectos éticos

En este trabajo de investigación se cumplirán con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki en el año 2013 (WMA, 2013). No se tomará en cuenta ningún dato personal que sea de utilidad para identificar a la persona, manteniendo en todo momento el anonimato. Cada participante será informado que la participación no es de carácter obligatorio, es sin fines de lucro y que podrán retirarse de la encuesta en el momento que lo deseen sin necesidad de dar explicación. Además, que los resultados se utilizarán solamente para el análisis de este estudio.

### 5.10 Diagrama de Actividades

Diagrama de Gantt:

TAREAS	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Tema									
Busqueda Bibliográfica									
Introducción									
Marco Teórico									
Problema									
Objetivo									
Operalización de las Variables									
Diseño de la Herramienta de Recolección de Datos									
Trabajo de Campo									
Análisis de Resultados									
Discusión									
Conclusiones									

## 6. Resultados

La muestra quedó conformada por 69 respuestas, de las cuales se eliminaron  $n=34$  por no cumplir con los criterios de inclusión: 1 por tener menos de 18 años, 1 por ser sexo masculino, 2 por no bailar urbano, 15 por estar bajo acompañamiento nutricional, 6 por ya estar diagnosticadas con TCA y 9 por bailar menos de 5 hs semanales. La muestra final quedó entonces constituida por  $n=35$  personas.

### Características de la Muestra

La muestra fue representada por 35 mujeres bailarinas de urbano. Un 62.86% ( $n=22$ ) de edad entre 18 y 34 años y un 35.29% ( $n=12$ ) entre 25 y 31 años. Con respecto al IMC, según el peso y talla referido, el 80% ( $n=28$ ) tiene normopeso y un 17.14% ( $n=6$ ) tiene sobrepeso.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra  $n=35$

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		n=35
EDAD	n	%
Entre 18 y 24	22	62.86%
Entre 25 y 31	12	34.29%
32 o más	1	2.86%
IMC	n	%
Bajo peso	1	2.86%
Normopeso	28	80%
Sobrepeso	6	17.14%

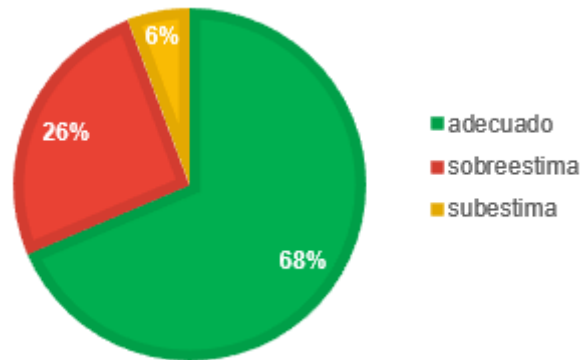
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

### Imagen Corporal

Se calculó el IMC referido con los datos de altura y peso brindados por los participantes y se utilizó para comparar con las respuestas de la Figure Scale y fueron categorizados. El 68% ( $n=24$ ) refirió una percepción adecuada respecto a su IMC referido, el 26% ( $n=9$ ) sobreestima su peso viéndose más grande de lo que es y el 6% ( $n=2$ ) lo subestima.

**Gráfico 1.** Percepción de la Imagen corporal en relación con el IMC referido de la muestra

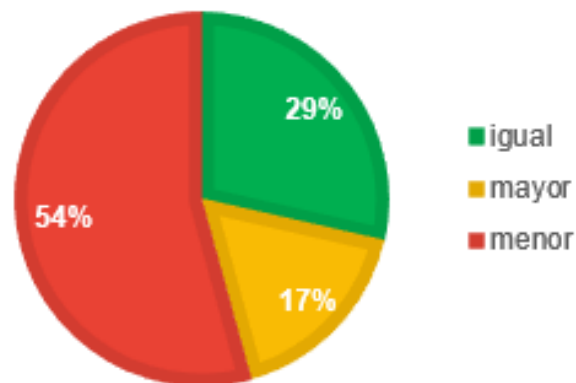
n=35.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

En cuanto a la imagen que desearían tener el 54% (n= 19) desean tener un IMC menor al referido del total de la muestra.

**Gráfico 2.** Composición corporal que desea tener la muestra n=35



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Entrecruzando los resultados, del porcentaje que sobreestima su peso, el 78% (n=7) desean verse más delgados; y del total de las percepciones adecuadas el 53.3% (n=14) desean un IMC menor al que tienen. El 37.14% de las bailarinas desearían cambiar varios aspectos de su cuerpo. El 34.2% frecuentemente comparan su imagen corporal con otras personas y el 25.7% constantemente. Además el 8.57% refiere estar conforme con su imagen corporal.

**Tabla 2.** Imagen corporal n=35.

¿Consideras que tu imagen afecta tu autoestima?	n	%
Si, afecta significadamente	14	40%
Si, me afecta en cierta medida	15	42.86%
No, no afecta mi autoestima	1	2.86%
No, estoy conforme con mi imagen	2	5.71%
No estoy segura	3	8.57%
¿Con que frecuencia comparas tu imagen corporal con otras personas?	n	%
Constantemente	9	25.71%
Frecuentemente	12	34.29%
Algunas veces	7	20%
Rara vez	6	17.14%
Nunca	1	2.86%
¿Sentis el deseí de cambiar alguna parte de tu cuerpo?	n	%
Si, varios aspectos	13	37.14%
Si, algunos detalles	18	51.43%
No, estoy segura con mi apariencia	3	8.57%
No estoy segura	1	2.86%

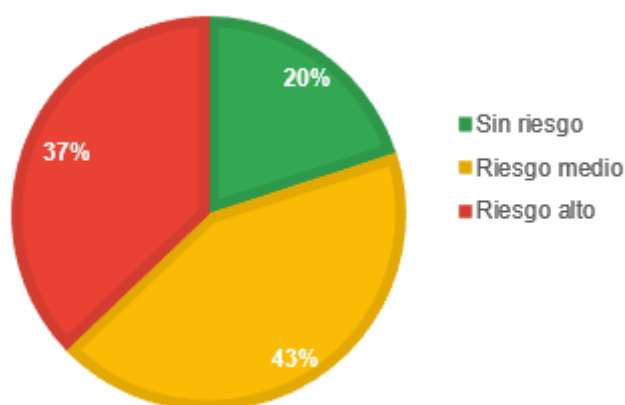
Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

### Trastorno de Conducta Alimentaria

Según la puntuación del EAT-26 el 37% (n=13) tiene riesgo alto de TCA y el 43% (n=15) riesgo medio (Gráfico 3), de las cuales el el 64.2% (n=28) tiene entre 18 y 24 años y el 21.43% (n=6) tienen entre 25 y 31 años.

El 46.6 % (n=13) de total que posee riesgo alto y medio refiere que casi siempre y siempre “*la comida es una preocupación habitual*”; el 50% (n= 14) refieren que casi siempre y siempre “*Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis*”.

**Gráfico 3.** Riesgo de TCA de la muestra n=35



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

Así mismo, del 100% (n=19) de personas que desearon un IMC menor al referido, el 63.16% (n=12) tiene riesgo medio o alto de TCA.

Analizando las personas que obtuvieron un puntaje de riesgo medio o alto de TCA, se entrecruza con la cantidad de horas semanales expuestos a ensayos/prácticas/presentaciones. Del 100% (n=28), un 71.43% realizan más de 9 horas semanales de actividad física de los cuales el 57.57% (n=15) refieren saltarse “a veces”, “casi siempre” y “siempre” las comidas principales como desayuno, almuerzo, merienda y/o cena.

### Hábitos Alimentarios

Con respecto a las comidas al día contemplando desayuno, almuerzo, merienda y cena en un día habitual, el 35.29% (n=12) refirió 3 comidas y el 48.57% (n=17) 4 comidas al día. A su vez se consultó la frecuencia en la que saltean una de esas comidas en un día habitual, refirieron que el 17.14% en cantidades iguales refirió que se saltea casi siempre y casi nunca, y el 48.57% (n=17) a veces.

**Tabla 3.** Patrones de consumo de la muestra n=35

COMIDAS AL DIA		n=35	
CANTIDAD DE COMIDAS	n	%	
2	6	17.14%	
3	12	34.29%	
4	17	48.57%	
SALTEO DE COMIDAS		n	
Nunca	2	5.71%	
Casi nunca	6	17.14%	
A veces	17	48.57%	
Casi siempre	6	17.14%	
Siempre	4	11.43%	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

### Actividad física

El 71.43% (n=25) realiza más de 9h de actividad física semanal, de los cuales el 80% (n=20) tiene un riesgo medio o moderado de TCA.

**Tabla 4.** Actividad física de la muestra n=35.

ACTIVIDAD FÍSICA		n=35	
HORAS SEMANALES	n	%	
Entre 5 y 6 h	6	17.14%	
Entre 7 y 8 h	4	11.43%	
Más de 9 h	25	71.43%	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo

## **7. Discusión**

El presente estudio fue elaborado con el objetivo de determinar el riesgo de TCA y la percepción de la imagen corporal en bailarines que practican danza urbana en academias de la Ciudad de Buenos Aires durante el 2025.

Una investigación realizada en el Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe, Argentina (47), en el año 2011 en 24 bailarinas de ballet entre 13 y 23 años de edad, concluyó que el 50% presentó alteración de la imagen corporal según test de siluetas, y el 58% riesgo medio/alto de TCA según EAT-40. En contraste, en el presente estudio, el 32% de las bailarinas tuvieron

una percepción inadecuada de su imagen corporal referida. Mientras que para TCA, se encontró que un 80% de la muestra tiene riesgo medio/alto.

Otra investigación en la Universidad de Sevilla, España (53), en el que participaron 126 bailarinas de diferentes especialidades de danza entre 12 y 20 años, se utilizó el Test EAT-26 con un resultado de riesgo medio/alto de 35% de las bailarinas, destacando la influencia de la indumentaria de cada disciplina, como por ejemplo el maillot y medias en el ballet.

Según lo planteado por el artículo de investigación realizado por Amelié Rivera sobre bailarinas contemporáneas en Venezuela (54) con el método EAT-26 en el cual participaron 105 bailarinas entre 18 y 25 años, se detalló que el 49% tuvo riesgo TCA y lo relaciona con factores personales y distorsión de la imagen corporal vinculado a las exigencias del ambiente de la danza. Coinciden con los resultados del presente estudio ampliamente, del total de bailarinas que obtuvieron riesgo de TCA, el 64% tenía entre 18 y 24 años cubriendo la mayoría de los mismos y coincidiendo en el grupo etario de los estudios mencionados anteriormente.

El presente estudio evidencia que el 71% del total de las bailarinas con riesgo, refirieron que realizan más de 9 horas semanales de actividad física, entre ensayos, clases, trabajos, por lo que el gasto calórico y la exposición del cuerpo es mayor. Además, el 58% de ellas refieren saltarse comidas casi siempre o siempre. Una posible interpretación es que pasan mucho tiempo fuera de sus casas, al tener que bailar varias horas, no llegan a realizar la correcta digestión y quieren evitar sentirse “pesadas” por lo que optan por no comer. En conjunto, los resultados evidenciaron que el 51% realiza 2 y/o 3 comidas al día.

Entre los principales hallazgos del presente estudio, se analizó que si bien el 68% de la muestra tiene una percepción de su imagen corporal adecuada respecto a su IMC referido, el 54% desea ser más delgada, lo que la mayoría está disconforme con su imagen corporal. En este punto se observa que la mayoría refiere que su imagen corporal afecta su autoestima; el 60% admite compararse frecuente y constantemente con otras personas y el 51% quiere modificar algunas partes de su cuerpo lo que refiere que la imagen para la mayoría de las bailarinas es un pensamiento constante. A su vez, en este estudio, las bailarinas que refirieron desear tener siluetas representativas a bajo peso obtuvieron resultados de riesgo de TCA según el EAT-26 coincidiendo en el posible diagnóstico.

Entre las fortalezas del presente estudio se destaca la inexistencia, hasta la fecha, de investigaciones similares en el país que se enfoquen específicamente en bailarinas de danza urbana. Dicho género, siendo una de las modalidades más practicadas en la actualidad, requiere ser contemplado en el ámbito científico. Además, el empleo de cuestionarios validados aporta rigor y solidez a los resultados obtenidos. No obstante, entre las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño reducido de la muestra, el tipo de muestreo empleado, así como la falta de representatividad a nivel nacional, dado que se centró en un área geográfica específica. Por último, cabe señalar que los datos antropométricos de peso y talla no fueron tomados de manera presencial, sino que se obtuvieron mediante autorreporte.

Se recomienda en otras investigaciones aplicar cuestionarios de frecuencia de consumo o un recordatorio de 24hs para evaluar si logran cubrir sus requerimientos nutricionales, diseñar intervenciones disciplinarias adoptadas a el ritmo de vida de las bailarinas que incluyan apoyo nutricional y psicológico para mejorar la percepción corporal y prevenir posibles trastornos alimenticios.

Las consecuencias de esta problemática son múltiples y preocupantes debido al impacto que tiene en la salud los TCA a largo plazo integral de las personas, tanto física como mental, afectando su calidad de vida, autoestima y vínculos sociales. La visibilización del problema es clave, ya que muchas veces estas conductas son normalizadas dentro del ámbito artístico, dificultando su detección temprana. Desde el punto de vista de este estudio, se propone mejorar la capacitación de los docentes de danza con los mecanismos de diagnóstico precoz, a través de herramientas específicas como el Eating Disorders Inventory 2 (EDI-2), que permite identificar tempranamente señales de riesgo, junto con la posibilidad de desarrollar intervenciones preventivas como talleres o espacios de orientación para bailarines y docentes vinculados.

## ***8. Conclusión***

En este estudio se determinó que es elevado el riesgo de TCA y una adecuada percepción de imagen corporal en bailarinas de urbano de Ciudad de Buenos Aires durante el 2025. Aunque se observó que la mayoría desea verse más delgada, su imagen corporal tiene implicancia en su autoestima, desean cambiar algunas partes de su cuerpo y se comparan constantemente con otras personas. Es importante que haya visibilización sobre las consecuencias que tiene los

TCA y su impacto en la salud, ya sea desde los directivos, coordinadores, docentes y las propias bailarinas entre colegas.

## 9. Bibliografía

1. La salud mental de los adolescentes [Internet]. Who.int. [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires [Internet]. Org.ar. [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.nutricionistaspba.org.ar/noticia/1484>
3. Santoncini C. Las destrezas mentales como atributos protectores frente al riesgo de los trastornos alimentarios en bailarines. *Salud Ment.* 2013;36(3):267-268.
4. García-Dantas A, Sánchez-Martín M, del Río C, Jaenes Sánchez JC. Insatisfacción corporal y actitudes alimentarias anómalas en bailarines y bailarinas. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte.* 2014;14(1):39-44.
5. Castejón Martínez MA, Berengüí Gil R, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2016;36(1):54-63.
6. Barbosa-Cardona PT, Murcia-Peña N. Danza: escenario de construcción y proyección humana. *Educ Educ.* 2012;15(2):185-200.
7. Dosil J, Díaz I. Trastornos de alimentación en deportistas de alto rendimiento. Madrid: Consejo Superior de Deportes; 2012.
8. Bhupathiraju SN, Hu F. Generalidades sobre la nutrición [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [citado el 29 de abril de 2025].
9. López-Espinoza, A., Martínez-Moreno, A. G., Aguilera-Cervantes, V. G., Valdés-Miramontes, E. H., Santillán-Rivera, M. S., González-Martínez, A. M., & García-Sánchez, N. E. (2018). Investigación en comportamiento alimentario. Una perspectiva contemporánea. En A. López-Espinoza, A. G. Martínez & V. G. Aguilera-Cervantes (Coords.), *Investigaciones en comportamiento alimentario. Reflexiones, alcances y retos* (pp. 1-11) Porrúa. [http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/investigaciones\\_en\\_comportamiento\\_alimentario.pdf](http://www.cusur.udg.mx/es/sites/default/files/investigaciones_en_comportamiento_alimentario.pdf)
10. Saucedo-Molina, T. J., & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes

- hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33(1), 11-19.
11. Santacoloma, A. M., & Quiroga, L. A. (2009). Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2(2), 7-15. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.2201/314>
  12. Grogan S. *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. 3ª ed. Inglaterra: Routledge; 2016
  13. Vaquero R, Alacid F, Muyo JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013;28(1):27-35
  14. Markey NM. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc* 2010;39(12):1387-91.
  15. Wängqvist M, Frisén A. Swedish 18-year-olds' identity formation: associations with feelings about appearance and internalization of body ideals. *J Adolesc* 2013;36(3):485-93.
  16. De la Serna I. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monog Psiquiatría* 2004; 16 (2): 1-2.
  17. Cáceres JJ. La incidencia de la preocupación por la imagen corporal en las elecciones alimentarias de los jóvenes. *Zainak* 2005; 27: 165-77.
  18. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián* 2003; 2: 53-70.
  19. Losada AV. Distorsiones cognitivas alimentarias. En: Fernandez Alvarez H, editor. *Enciclopedia de Salud Mental*. Buenos Aires: Fundación Aiglé; 2020.
  20. Urrutia S, Azpillaga I, de Cos GL et al. Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físicodeportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos Psicológicos* 2010.
  21. Tatangelo GL, McCabe MP, Ricciardelli LA. Body image. En: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences*. 2nd ed. Vol. 2. Oxford: Elsevier; 2015. p. 735-740.
  22. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
  23. COLLINS, ME (1991): Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 199-208.

24. Phillips KA, Stein DJ. Trastorno dismórfico corporal [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [citado el 29 de abril de 2025].
25. Fassino S, Daga GA, Pieró A, Delsedime N. Psychological factors affecting eating disorders. *Adv Psychosom Med.* 2007; 28:141-68.
26. March JC, Suess A, Prieto MA, Escudero MJ, Nebotr M, Cabeza F, Pallicer A. Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutr Hosp* 2006.
27. Argentina. Ley N° 26.396. Trastornos alimentarios. Boletín Oficial de la República Argentina. 2008 sep 3;(31481).
28. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulick CM, Mitchell JE. Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clin Psychol Rev* 2007.
29. NIH. NIMH» Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida. 2020 [Internet]. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
30. Corada L. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
31. Álvarez Rayón GL, Mancilla-Díaz JM, Vázquez-Arellano ME, Unikel C, Caballero-Romo A. Imagen corporal y trastornos alimentarios: influencia de la edad y el peso corporal en mujeres adolescentes y adultas. *Salud Ment.* 2009;32(2):119–27.
32. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp* 2008.
33. NIH. NIMH» Los trastornos de la alimentación: Un problema que va más allá de la comida [Internet]. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
34. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamientos sedentarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
35. Kantanista A, Osinski W, Borowiec J, Tomczak M, Król-Zielinska M. Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14-16 years. *Body Image* 2015;15:40-3.
36. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* 2013;28:27-35.
37. Lagowska K, Kapczuk K, Jeszka J. Nine-month nutritional intervention improves restoration of menses in young female athletes and ballet dancers. *J Int Soc Sports Nutr* 2014;11:52.

38. Beals KA. Disordered eating among athletes: a comprehensive guide for health professionals. Champaign, IL: Human Kinetics, 2004.
39. Heras E, Palacios N, Sainz L. Alteración de la percepción de la imagen corporal en el deporte. Monografías Psiquiatría 2004.
40. Javier AA, editor. trastornos de la conducta alimentaria y deporte. Centro Andaluz de Medicina del Deporte; 2006.
41. Madrigal Rojas Elena, González Urrutia Ana Rocío. Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, area metropolitana de Costa Rica. Rev. costarric. salud pública [Internet]. 2008 Dec [cited 2025 May 27] ; 17( 33 ): 01-07.
42. Díaz Sánchez M, Mercader Camejo O, Anesto J, Wong Ordoñez I, Moreno López V, Romero Iglesias M, Ferret Martínez A. Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet. Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2010;12:1316–29.
43. Rodríguez Marcos CM, Marcos Plasencia LM, Caballero Riverí M. La nutrición en el ballet: Un acto olvidado. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2009;19(1):146-157. RNP: 221. ISSN: 1561-2929
44. Sousa M, Carvalho P, Moreira P, Teixeira V. Nutrition and nutritional issues for dancers. Sci Med. 2013:119–23.
45. Allison Shalom Gordillo. Coordinacion y expresion corporal en la danza urbana: revision sistemática. Universidad Central del Ecuador. 2023. ISSN: 2745-2891
46. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: A systemic review and meta-analysis. Eur Eat Disord Rev 2014;22:92-101.
47. Paredes F, Nessier C, Gonzalez M. Percepción de imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. Diaeta [Internet]. 2011 Sep [citado 2025 Abr 28] ; 29( 136 ): 18-24.
48. Gerbotto Lic. Mariana, Paturzo Lic. Carla Lucila. Hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal en un grupo de adolescentes que realizan comedia musical. Diaeta [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Abr 28] ; 38( 172 ): 26-40.
49. Rutzstein, Guillermina; Murawski, Brenda; Elizathe, Luciana; Armatta, Ana M.; Leonardelli, Eduardo; Diez, Marina; Arana, Fernán; Scappatura, M. Luz; Lievendag, Leonora; Miracco, Mariana; Maglio, Ana L.. Factores de riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 2, núm. 1, mayo-octubre, 2010.

50. Chimbo Dután JE. Imagen corporal y trastornos alimenticios en mujeres artistas de escenario de la ciudad de Cuenca (Trabajo de grado). Universidad de Cuenca; 2017.
51. Stunkard AJ, Sorenson T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Matthysse SW, editors. *The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders*. New York: Raven Press; 1983. p. 115–120.
52. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *Spanish Journal of Psychology*. 2010;13(2):1044–56.
53. Ana García-Dantas, Carmen Del Río Sánchez, María Luisa Avargues Navarro, Mercedes Borda Mas. *Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta Alimentaria en un conservatorio en función de la especialidad de danza; 2013*. Universidad de Sevilla, España.
54. Amelie Rivera, *Prevalencia de los trastornos alimenticios en bailarinas de danza contemporánea*, 2020. Universidad Rafael Urdaneta, Venezuela

## 10. Anexo

Cuestionario: “Las bailarinas, ¿Tienen riesgo de Trastorno de Conducta Alimentaria y/o Dismorfia corporal?”

Pregunta 1: ¿Desea participar de esta encuesta?

- Si
- No

Pregunta 2: Edad

- menos de 18 años
- 18 a 24 años
- 25 a 31 años
- 32 años o más

Pregunta 3: Sexo

- Femenino
- Masculina

Pregunta 4: Actualmente, ¿Te desempeñas como bailarina de urbano?

- Si
- No

Pregunta 5: Hoy en día, ¿estas bajo acompañamiento de un Lic. en Nutrición?

- Si
- No

Pregunta 6: Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones severas en relación con el consumo de alimentos, ya sea por comer en exceso o no hacerlo, acompañado de una preocupación permanente por su peso o imagen corporal.

¿Fuiste diagnosticada con TCA en los últimos 12 meses?

- Si
- No

Pregunta 7: Aproximadamente, en una semana típica, ¿Cuántas horas bailas por semana (clases, ensayos, presentaciones)?

- Menos de 5 horas semanales
- 5 y 6 horas semanales
- 7 y 8 horas semanales
- más de 9 horas semanales

Pregunta 8: ¿Hace cuánto tiempo de manera profesional?

- menos de 1 año
- entre 1 y 5 años
- más de 5 años
- más de 10 años

Pregunta 9: Selecciona qué comidas realizas durante el día en una semana típica

- Desayuno
- Almuerzo
- Merienda
- Cena
- Colación matutina
- Colación vespertina
- Colación nocturna

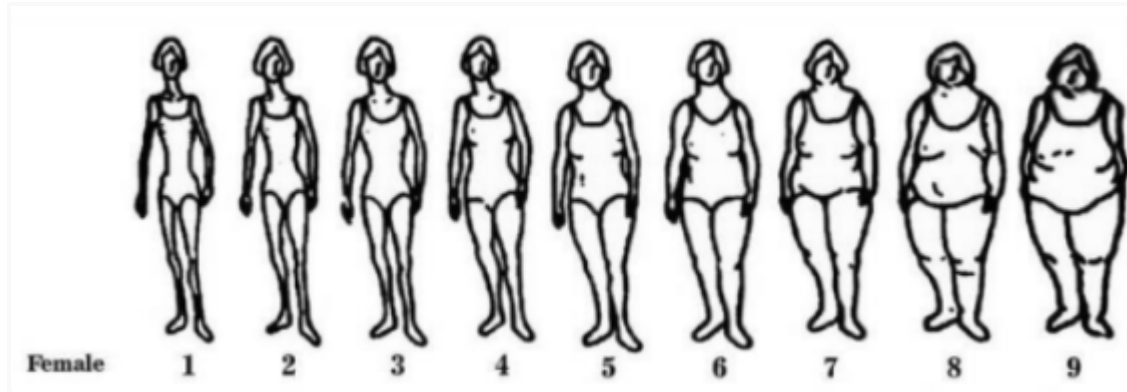
Pregunta 10: ¿Te soles saltar comidas?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

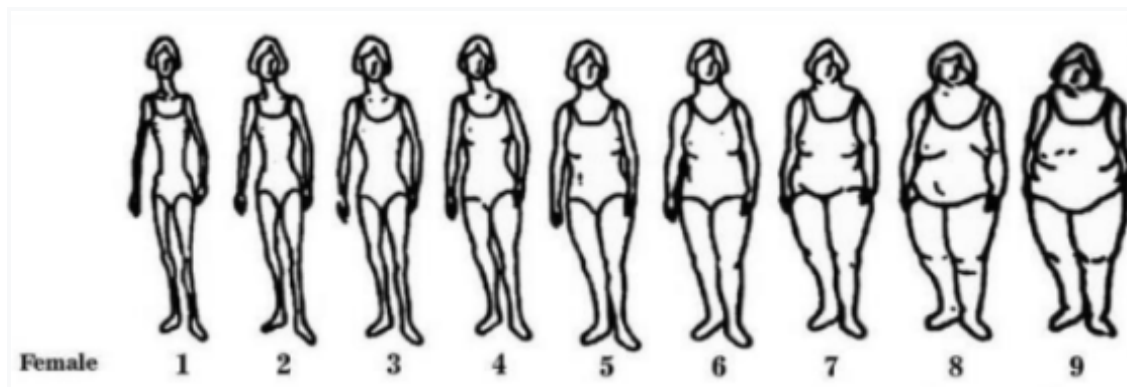
Pregunta 11: ¿Cuál es tu peso habitual? (Por favor, ingrese solo números expresado en kilos; por ejemplo 72 )

Pregunta 12: ¿Cuál es su altura? (Por favor, ingrese solo números expresado en metros; por ejemplo 1.70)

Pregunta 13: Seleccione el nro. de la silueta con la cual te **identificas**



Pregunta 14: Seleccione el nro. de la silueta que **desearías tener**



Pregunta 15: ¿Consideras que tu imagen corporal afecta tu autoestima?

- Si, afecta significativamente
- Si, en cierta medida
- No estoy segura
- No, no afecta mi autoestima
- No, estoy conforme con mi imagen corporal

Pregunta 16: ¿Con cuánta frecuencia sentís que comparas tu imagen corporal con la de otras personas (en redes sociales, en la calle, etc.)?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces

- Frecuentemente
- Constantemente

Pregunta 17: ¿Sentís el deseo de cambiar alguna parte de tu apariencia física?

- Si, varios aspectos
- Si, algunos detalles
- No estoy segura
- No, estoy conforme con mi apariencia

Pregunta 18: La Conducta Alimentaria se entiende por un conjunto de acciones relacionadas a la ingestión de alimentos, incluye lo social, biológico y psicológico. Por eso, es necesario indagar en el entorno y no solo en cuáles son los alimentos.

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

- A) Me angustia la idea de estar demasiado gorda
- B) Procuro no comer cuando tengo hambre
- C) La comida es para mi una preocupación habitual
- D) He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer
- E) Corto mis alimentos en pequeños trozos
- F) Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como
- G) Procuro no comer alimentos que contienen muchos carbohidratos (pan, arroz, papas, etc)
- H) Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más
- I) Vomito después de comer
- J) Me siento muy culpable después de comer
- K) Me obsesiona el deseo de estar más delgada
- L) Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías
- M) Los demás piensan que estoy demasiado delgada
- N) Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o tener celulitis

- O) Tardo más tiempo que los demás en comer
- P) Procuro no comer alimentos que tengan azúcar
- Q) Como alimentos dietéticos
- R) Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida
- S) Tengo buen autocontrol en lo que se refiere a la comida
- T) Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más
- U) Paso demasiado tiempo pensando en la comida
- V) No me siento bien después de haber comido dulces
- W) Estoy haciendo dieta
- X) Me gusta tener el estómago vacío
- Y) Después de las comidas tengo el impulso de vomitar
- Z) Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías