

DETECCIÓN PRECOZ DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN BAILARINES DE BALLET

Ana María Sangüesa Lacruz
TRABAJO FIN DE GRADO 2015-2016
Director: Rafael Gómez Navarro

RESUMEN

Introducción. La danza clásica es una actividad que puede provocar la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A).

Objetivos. Cribado de los T.C.A. en bailarines de ballet de diferentes escuelas nacionales y relacionar parámetros como el sexo, horas de entrenamiento, años practicados, edad, Índice de Masa Corporal (I.M.C.) o pertenecer a una escuela, con un mayor o menor riesgo de padecer dichos trastornos.

Material y métodos. Estudio descriptivo, transversal en 4 escuelas de danza ubicadas en Teruel, Huesca, Mallorca y Madrid. Con edades comprendidas entre los 12 y 25 años. Se midió I.M.C. de todos bailarines y como instrumento de cribado se utilizó el cuestionario Eating Attitudes Test 26 (E.A.T.-26).

Resultados. Estudiamos una población de 47 bailarines de ballet (87,16% del sexo femenino), de los que se clasificaron 19,1 % con riesgo de padecer T.C.A. El I.M.C. medio fue 19,07 (DE= 1,99) y un 40,9 % se clasificaron con infrapeso. Nuestros bailarines realizaban esta disciplina una mediana de 8 años (IQ= 7), con una mediana de 9 horas de ensayo semanales (IQ= 7,5). En los análisis de regresión lineal simple, se encontró asociación significativa entre el I.M.C. ($p= 0,001$), la edad ($p= 0,004$) y los resultados del cuestionario E.A.T.-26. No encontrando relación estadísticamente significativa entre los resultados del cuestionario y las variables sexo, horas de ensayo, años practicados, o pertenecer a una escuela.

Conclusiones. Los bailarines de ballet de nuestro estudio tienen riesgo de sufrir T.C.A, siendo las variables I.M.C. y edad los factores más influyentes.

PALABRAS CLAVE

Bailarines, trastornos del comportamiento alimentario, prevención.

SCREENING OF EATING BEHAVIOR DISORDERS IN BALLET DANCERS

ABSTRACT

Background. Classical dance is an activity which can allow the development of the Eating Behavior Disorder (E.B.A.).

Aims. Screening of ballet dancers who suffer E.B.A., from the different national schools and relating parameters such as sex, number of rehearsal hours, years of practice, age, Body-Mass Index (B.M.I.), being part of a certain school, with higher or lower risk of suffering these disorders.

Materials and methods. Descriptive research, cross-sectional carried out in four dance schools located in Teruel, Huesca, Mallorca and Madrid. With children aged 12 to 25 years old. The questionnaire Eating Attitudes Test 26 (E.A.T.-26) was used as a tool of screening and the B.M.I. was measured.

Results. 47 ballet dancers are involved in the research (87'16% were women). 19,1 % of the dancers was classified with E.B.A. risk. The B.M.I. average was 19,07 (SD: 1,99) and 40,9% were classified with underweight. Our dancers were performing this discipline a median of 8 years (IQ=7), with a median of 9 rehearsal hours per week (IQ=7,5). The simple linear regression analysis, it was found a significant association between B.M.I. ($p=0,001$), the age ($p=0,004$) and the E.A.T.-26 questionnaire results. It was not found a significant relationship between the results of the questionnaire and the variables sex, rehearsal hours, years of practice, or being part of a certain school.

Conclusions. The ballet dancers of our research run the risk of suffering E.B.A., being the B.M.I. and the age the most influent variables.

KEY WORDS

dancers, eating behavior disorder, prevention.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A.), constituyen la tercera enfermedad crónica, entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas¹.

Se clasifican, según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D.S.M. 5)²;

- Anorexia nerviosa (A.N.).
- Bulimia nerviosa (B.N.).
- Pica.
- Trastorno de rumiación.
- Trastorno evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
- Trastorno de atracones.
- Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (T.C.A.N.E.).

Son enfermedades crónicas y complejas debido a su multicausalidad, ya que la etiopatogenia es muy variada y heterogénea³.

La adolescencia y juventud son etapas de mayor riesgo para sufrir estos trastornos. En nuestro país las cifras son elevadas;

- Un porcentaje de 4,1% a 6,41% en mujeres de 12 a 21 años.
- En varones de la misma edad, las cifras descienden, siendo de 0,27% a 0,9%⁴.

En el intervalo de edades, que anteriormente hemos citado, los cambios se favorecen por unos factores de riesgo;

1. Cambios socioculturales (ideal de extrema delgadez, medios de comunicación, moda, etc.)
2. Individuales (Edad, género femenino, auto exigencia, perfeccionismo obsesivo, profesiones vulnerables: modelos, atletas, bailarines, etc.)
3. Familiares (sobrepotección y rigidez, antecedentes familiares, cambios traumáticos en la estructura familiar, etc.)
4. Biológicos y psicosociales (baja autoesti-

ma, inestabilidad emocional, personalidad insegura, etc.)^{3,4}.

En la literatura bibliográfica, encontramos que existen actividades físicas, en las que prima la delgadez.

Es común, observar lo que se conoce como "anorexia atlética"; jóvenes que practican deportes, en los que el peso es considerado muy importante. Donde tienen unos cánones estéticos definidos, por ejemplo: el Ballet Clásico^{5,6}.

Se les considera grupo de riesgo, ya que bailarinas y bailarines son proclives de sufrir T.C.A., aunque aparece con menor frecuencia en estos últimos.^{7, 8} Pero en todos ellos, los porcentajes de grasa e Índice de Masa Corporal (I.M.C.) suelen ser más bajos que en la población general⁹.

El ambiente dancístico, es lo que les acerca al riesgo de poder padecer estos trastornos, entre estos, podemos encontrar¹⁰:

- Uso continuo de espejos.
- Uniformes entallados y de talla única.
- Pas de deux en el que la bailarina es levantada en peso por el bailarín.
- Audiciones para participar en una obra lo que conlleva una alta competitividad.
- Comparaciones con sus compañeros.
- La influencia ejercida por parte de profesores autoritarios o tribunales de casting^{10,11}.
- Aceptación por parte de la población general de la delgadez estereotipada en bailarinas¹¹.

Además, la característica que más prima en esta disciplina de baile, es el extremo perfeccionismo. Esto les convierte en más vulnerables a padecer estos trastornos¹².

El observarse delgado, no es solo sinónimo de belleza como piensa la población general, sino que para los bailarines es también de agilidad, despliegue escénico y mayores oportunidades^{10,13}.

El presente estudio, se llevó a cabo con el objetivo principal, de cribar los trastornos del comportamiento alimentario en bailarines de ballet, en una población española, de diferentes escuelas de danza nacionales.

El objetivo secundario, fue establecer, si determinados factores específicos como el sexo, horas de entrenamiento, años practicados, edad, I.M.C., o pertenecer a diferentes escuelas, tienen relación con un mayor o menor riesgo de padecer dichos trastornos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal en bailarines de ballet de cuatro escuelas de danza, ubicadas en Teruel, Huesca, Mallorca y Madrid. Con edades comprendidas, entre los 12 y 25 años, que acuden al concurso de danza "Vaslav Nijinsky", en la ciudad de Huesca presentados por la disciplina de clásico.

No definimos criterios de exclusión.

El trabajo de campo, se realizó en el periodo de fechas de 4 a 6 de marzo de 2016.

Se estudiaron las siguientes variables:

- Edad: Variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Localidad: Variable cualitativa nominal politómica.
- Escuela donde realizan ballet: Variable cualitativa politómica.
- Años practicados: Variable cuantitativa continua.
- Horas semanales practicando ballet: Variable cuantitativa continua.
- Peso: Variable cuantitativa continua.
- Talla: Variable cuantitativa continua.
- I.M.C.: Variable cuantitativa continua.
- Grado Obesidad: Variable cualitativa ordinal politómica.
- Resultado E.A.T. 26: Variable cuantitativa discreta.
- Riesgo T.C.A.: Variable cualitativa ordinal dicotómica.

Para la recogida de los datos antropométricos; talla y peso, se utilizó báscula con tallímetro incorporado con precisión III de ± 5 g (Atlántida, AñoSayol, Barcelona, España). Todos los bailarines, se pesaron con la ropa de entrenamiento:

ropa ligera como maillots, mallas ajustadas, etc.

Con los datos, anteriormente citados, calculamos el I.M.C. según la fórmula de Quetelet.

A partir de los datos recogidos del I.M.C., se pudieron clasificar según las categorías de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S)¹⁴ ;

- Infrapeso < 18,5 kg./m.²
- Normopeso: 18,5 - 24,9 kg./m.²
- Sobrepeso: 25 - 29,9 kg./m.²
- Obesidad grado I: 30 - 34,9 kg./m.²
- Obesidad grado II: 35 - 39,9 kg./m.²
- Obesidad grado III > 40 kg./m.²

Estableciendo los límites de delgadez actuales²:

- Infrapeso: Delgadez leve: I.M.C. > 17 kg./m.²
- Infrapeso: Delgadez moderada: I.M.C. = 16- 15,99 kg./m.²
- Infrapeso: Delgadez extrema: I.M.C. < 15 kg./m.²

Como instrumento de medida, para analizar el cribado de los T.C.A., se utilizó el cuestionario Eating Attitude Test 26 (E.A.T.- 26) autoadministrado. Estableciendo como punto de corte ≥ 201 ^{5,16}.

La participación en el estudio, se hizo previa autorización, mediante consentimiento informado, firmado por padres, tutores o profesores en caso de ser menores de edad, donde se explicó el objetivo del estudio.

Se garantizó en todo momento el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Para mayor protección de la información de las escuelas, se ocultaron tanto los nombres como la procedencia de estas a partir de este momento, identificándolas como; Escuela A, Escuela B, Escuela C y Escuela D.

Para los cálculos estadísticos, se utilizó el programa SPSS para Windows.

Se obtuvo la media, (más, menos) desviación estándar (DE), de todas las variables cuantitativas, que cumplieron criterios de normalidad. La mediana e intervalo intercuartil (IQ) de las va-

EAT- 26						
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me da mucho miedo pesar demasiado	D	O	O	D	D	D
2. Procuro no comer aunque tenga hambre	D	O	D	D	D	D
3. Me preocupo mucho por la comida	D	O	D	D	D	D
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	D	O	D	D	D	D
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	D	O	D	D	D	D
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	D	O	D	D	D	D
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan arroz patatas...)	D	O	D	D	D	D
8. Noto que los demás preferirían que comiese más	D	O	D	D	D	D
9. Vomito después de haber comido	D	O	D	D	D	D
10. Me siento muy culpable después de comer	D	O	D	D	D	D
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	D	O	D	D	D	D
12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	D	O	D	D	D	D
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	D	O	D	D	D	D
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	D	O	D	D	D	D
15. Tardo en comer más que las otras personas	D	O	D	D	D	D
16. Procuro no comer alimentos con azúcar	D	O	D	D	D	D
17. Como alimento de régimen	D	O	D	D	D	D
18. Siento que los alimentos controlan mi vida	D	O	D	D	D	D
19. Me controlo en las comidas	O	O	O	D	D	D
20. Noto que los demás me presionan para que coma	D	O	D	D	D	D
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	D	O	D	D	D	D
22. Me siento incomodada después de comer dulces	D	O	D	D	D	D
23. Me comprometo a hacer régimen	D	O	D	D	D	D
24. Me gusta sentir el estómago vacío	D	O	O	D	D	D
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	D	O	D	D	D	D
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	O	O	O	D	D	D

Interpretación E.A.T.-26:

El cuestionario se valora mediante una escala tipo Likert de 6 respuestas. El rango de puntuación de las respuestas abarca desde 0 a 78 puntos. Las preguntas se valoran de la 1 a la 24 y la 26, 0 puntos para las respuestas nunca, casi nunca, algunas veces. 1 punto para la respuesta bastantes veces. 2 puntos para la respuesta casi siempre. Y 3 puntos para la respuesta siempre. Al contrario ocurre para el ítem 25, en la que los valores a las respuestas van en orden decreciente, valorando 0 siempre, casi siempre, bastantes veces. 1 algunas veces. 2 casi nunca. Y 3 nunca.

Fig. 1. Cuestionario E.A.T.-26 e interpretación.

AUTORIZACIÓN:

D./D^a_ , con DNI , en mi condición de padre/madre/tutor/a profesor/a de D./D^a_ , con DNI número_ , por la presente AUTORIZO a participar en el estudio de fin de grado practicado por la alumna del grado de enfermería, Ana Sangüesa, de Teruel, sobre la prevención de trastornos del comportamiento alimentario en bailarines de ballet.

En , a de del_2016_.

Fdo.:

¡Muchas gracias por su colaboración!

Fig. 1. Autorización

riables cuantitativas que no los cumplieron. Y las variables cualitativas, fueron estudiadas con las distribuciones de frecuencia.

Para la comparación de variables, para afirmar o descartar las relaciones se utilizaron:

- U de Man Whitney, por no cumplir condiciones de normalidad, para relacionar, variable cualitativa de dos categorías con variable cuantitativa.

- Para relacionar variable cuantitativa con cualitativa de más de 2 categorías, utilizamos Kruskal Wallis, por no cumplir condiciones de normalidad.

- Para relacionar 2 variables cuantitativas, regresión lineal. Asumiendo, en todos los análisis, significación estadística si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Estudiamos una población de 47 casos, de los cuales un 19,1% fueron clasificados de riesgo para padecer T.C.A. según los resultados del E.A.T.-26.

La edad del grupo de bailarines estuvo comprendida entre los 12 y 25 años, con una mediana de 15 años (IQ=4).

Los resultados antropométricos mostraron un I.M.C. medio de 19,07 kg./m.2 (DE=1,99). Y un 40,9% de los bailarines fueron clasificados con infrapeso.

Nuestros bailarines llevaban practicando una mediana de 8 años (IQ=7) esta disciplina artística, realizando una mediana de 9 horas semanales (IQ=7,5). Con un mínimo de 2 horas y un máximo de 25 horas de ensayo semanales.

ESCUELA	HOMBRE	MUJER	% hombres	% mujer	N total	%
Escuela A	1	4	2,12%	8,48%	5	10,6%
Escuela B	1	16	2,13%	34%	17	36,2%
Escuela C	3	19	6,38%	40,42%	22	46,8%
Escuela D	1	2	2,13%	4,26%	3	6,40%
Total	6	41	12,76%	87,16%	47	100%

Tabla 1. Descripción de la población del estudio por sexo y escuela.

	INFRAPESO						NORMOPESO	
	Delgadez extrema		Delgadez moderada		Delgadez leve			
	F	M	F	M	F	M	F	M
Escuela A	0	0	0	0	1	0	3	1
Escuela B	1	0	0	0	4	0	11	1
Escuela C	0	1	2	0	9	0	8	2
Escuela D	0	0	0	0	1	0	1	1
N total (%)	2 (4,3%)		2 (4,3%)		15 (31,9%)		28 (59,6%)	

Tabla 2. Descripción del grado de obesidad y delgadez según sexo y escuela.

La mediana de las puntuaciones del E.A.T-26 fue 9 (IQ=13). Con un mínimo de 0 y máximo de 43 puntos.

Entre las conductas más frecuentes, un 57,50% le daba miedo pesar demasiado y un 51,10% se controlaba en las comidas.

De los resultados obtenidos en el test; la media para el sexo masculino fue 5,83 (DE=5,56), y para las mujeres una mediana de 10 (IQ=15). No encontrando significación estadística de que el sexo tenga relación con los resultados obtenidos del cuestionario. (U Mann Withney, $p=0,133$).

No encontrado tampoco relación estadísticamente significativa, entre los valores del test y pertenecer a una escuela (Kruskall Wallis, $p=0.122$).

Se encontró asociación estadísticamente significativa, entre la edad y los resultados del test (Regresión lineal, $p=0,004$). De manera, que existe correlación directa moderada, en la que el 95% de los casos del estudio, aumentará los resultados del cuestionario E.A.T.-26 entre un 0,4 y

1,7 al cumplir un año más.

También se halló asociación estadísticamente significativa entre el I.M.C. y los resultados del cuestionario (Regresión lineal, $p=0,001$). Existiendo relación directa moderada, donde el 95% de los casos, aumentarán los resultados del E.A.T.-26 entre un 0,92 y 3,28, al aumentar su I.M.C.

No encontrando relación significativa entre los resultados del test y las horas de entrenamiento (Regresión lineal, $p=0,719$) o años practicando ballet (Regresión lineal, $p=0,105$).

DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio, fue cribar los T.C.A. en bailarines de ballet. Se utilizó el E.A.T.-26, como instrumento que detecta, con buena sensibilidad y especificidad, conductas de riesgo. 15,17 Elaborado por Garner en el año 1982, es una versión corta del E.A.T.-40, en el que se suprimen catorce preguntas consideradas redundantes y de las cuales no aumentan la capa-

Resultado E.A.T.-26 según edad

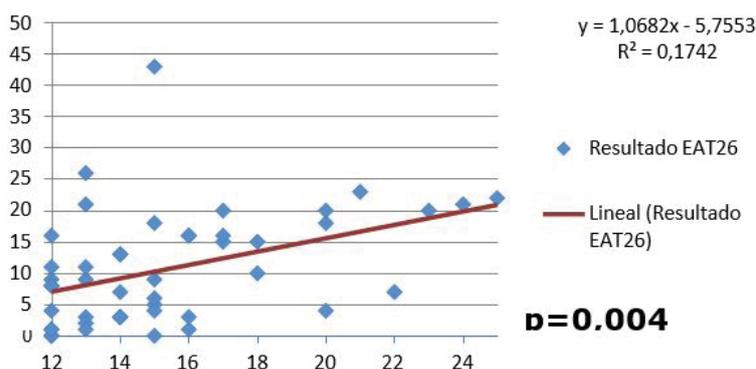


Gráfico 1. Distribución de los resultados del test según la edad de los bailarines.

Resultado E.A.T.-26 según el I.M.C.

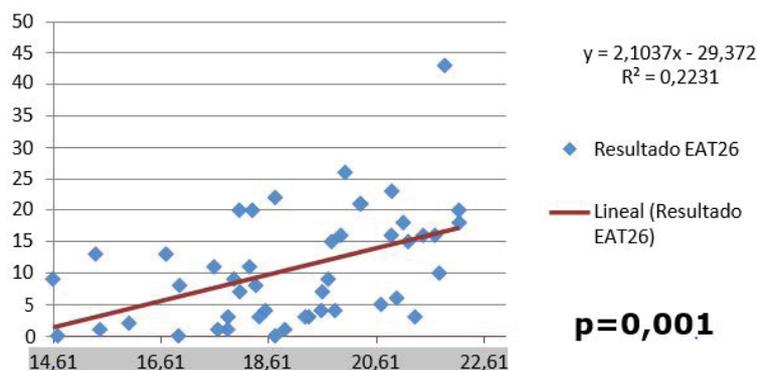


Gráfico 2. Distribución de los resultados del cuestionario según el I.M.C. de los bailarines.

cidad predictiva del instrumento.¹⁸ Fue validado por Garandillas en el año 2003, el cual evalúa actitudes, no puede establecer una prevalencia, sino que identifica conductas de riesgo para desarrollar el trastorno¹⁹.

Utilizamos este cuestionario porque es útil en atención primaria, aplicado en población de riesgo como bailarines, para poder derivar con fines de confirmación diagnóstica^{15,17}.

El punto de corte se establece de la siguiente manera¹⁶;

- ≥ 20 puntos en población general.
- > 30 puntos en población de riesgo.
- > 50 en población clínica.

Al ser nuestras escuelas amateurs y no profesionales, se considera en nuestro estudio como punto de corte ≥ 20 , para categorizar conductas de riesgo.

La prevalencia en nuestro estudio, fue del 19,1%, sugiriendo que nuestra población de bailarines de ballet, tiene riesgo considerable de padecer estos trastornos^{4,20}.

Cabe señalar que no encontramos estudios españoles similares a las características de nuestro estudio para poder comparar nuestros resultados.

En la revisión sistemática Arcelus J, et al., se halló una prevalencia global del 16,4% de bailarines con riesgo, similar a nuestro resultado, utilizando la mayoría de los estudios como instrumento de medida cuestionario E.A.T.-40 y E.A.T.-26 y población solamente femenina de edades superiores respecto a nuestro estudio⁷.

Nuestros resultados también se acercan a los encontrados en el estudio realizado en bailarinas de Colombia de una escuela no profesional, en el que se identificaron un 17,71% con riesgo de T.C.A. Con la diferencia de utilizar como instrumento de cribado Eating Disorder Inventory (E.D.I.-2), participar solo bailarinas del sexo femenino y la edad comprendida era mayor a la de nuestro estudio²¹.

Al relacionar nuestros resultados con estudios donde las bailarinas estaban cursando la carrera profesional de ballet, observamos que más de la mitad (58,3%) se clasificó de riesgo apli-

cando el E.A.T.-40. ²² La población estudiada, de edades similares, corresponde a bailarinas solo del sexo femenino, y difieren de la población de nuestro estudio en el grado de exigencia. Nuestros bailarines, pertenecen a escuelas de danza amateurs, aunque se presenten a concursos de danza, no tienen el nivel de exigencia que tienen los conservatorios de danza profesionales^{7, 22}.

La gran mayoría de los estudios encontrados, se realizaron sobre población femenina. Excepto, el estudio realizado en la compañía de ballet de Cuba, realizado en bailarines de ambos sexos con edades superiores a nuestros bailarines. Encontramos una prevalencia de 33% de bailarinas con riesgo, y un 26% de los bailarines varones, utilizando nuestro mismo cuestionario de cribado. Siendo todas características parcialmente similares con nuestro estudio, exceptuando el grado de exigencia de la población de estudio. Ya que no es lo mismo, afición que profesión⁸.

Las escuelas participantes en nuestro estudio eran amateurs, de similares características, por ello no se encontró diferencias de riesgo entre ellas.

Existe tendencia, a generalizar que los T.C.A. son patologías propias del género femenino, lo que podría dificultar la detección y derivación de los casos en varones. Es importante, tener en cuenta a esta población ya que se han incrementado los casos en hombres, presentándose relaciones de un hombre por cada cinco mujeres en población general^{1, 23}.

Podemos interpretar que las diferencias encontradas en nuestro estudio en las medias de los resultados del cuestionario para el sexo masculino y femenino, se debieron al azar, ya que no se encontró significación estadísticamente significativa de que el riesgo dependa del sexo.

No se encontró ningún caso de bailarín con riesgo, este grupo era minoritario, ya que en la danza clásica son menos los varones que realizan esta disciplina. Pero no por ello, hay que olvidar el riesgo en el sector bailarín masculino, ya que en otros estudios sí se encuentran puntuaciones de riesgo en los cuestionarios de cribado^{7,8}.

La media de nuestros resultados antropométricos fue 19,07 kg./m.² (DE=1,99), similar a los bailarines de los otros estudios^{22, 24, 25, 26}.

Se encontraron pocos estudios donde los bailarines tuviesen sobrepeso²¹, ya que el valor máximo encontrado de I.M.C. en bailarines profesionales de ballet gira en torno a 20 kg./m.² ²⁴. En nuestro estudio, todos los bailarines se encontraban con infrapeso o normopeso.

Se encontró asociación estadísticamente significativa, en la que I.M.C. mayores aumenta el riesgo de padecer T.C.A. Lo mismo ocurrió en otro estudio²⁴.

Se podría explicar esta relación porque los bailarines, a pesar de encontrarse en su peso normal (el valor máximo de I.M.C. de nuestro estudio fue 22,15 kg./m.²), pueden sentirse insatisfechos con su apariencia, porque se encuentran por encima de lo considerado como "peso adecuado" para la disciplina que practican, o por encima del peso de sus compañeros. Sufriendo presiones tanto internas como externas. Pudiendo realizar conductas de pérdida de peso erróneas, considerándoles bailarines más vulnerables a los T.C.A.

En relación, al aumento del riesgo con la edad, en el que el riesgo no cede sino que aumenta, para padecer dichos trastornos a medida que aumenta la edad. Al contrario ocurre en la población general, donde la insatisfacción tiende a normalizarse. Este resultado concuerda con otro estudio realizado en bailarinas⁶.

Interpretaríamos, que a medida que crecen, ya no consideran el ballet clásico como un hobby de cuando eran pequeños, sino que quieren dedicarse profesionalmente a esta disciplina. Preocupándose por pasar castings, conseguir papeles en obras, etc. Factores que a medida que crecen, les acerca al riesgo de padecer dichos trastornos.

Podríamos suponer, que al aumentar la edad, se aumentan las horas de ensayo y los años dedicados a esta disciplina, pudiendo ser estos factores de riesgo para desarrollar T.C.A. Pero en nuestro estudio, no se pueden considerar como

tal, ya que no existe relación estadísticamente significativa entre estos factores y mayores puntuaciones en el cuestionario de cribado. Así, un bailarín que comienza esta disciplina con más edad, tendría mayor riesgo que otro que llevase muchos más años practicados. Porque con la edad, aumenta la conciencia de bailarín profesional.

Como limitaciones del estudio, cabe destacar los pocos casos de bailarines del sexo masculino. Además, el intervalo de edad seleccionado fue muy amplio, lo que disminuye validez interna a nuestro estudio.

Considero necesarias futuras investigaciones, entre escuelas que participen en concursos de danza comparadas con aquellas que no participen, al igual que sería importante acceder a mayor número de bailarines del sexo masculino.

Siendo que el cuerpo es la herramienta de trabajo de los bailarines, resulta básico mantenerlo en condiciones óptimas de salud tanto física como mental. A nuestro juicio, consideramos necesario, al igual que otros estudios han defendido, implantar programas de prevención primaria en escuelas amateurs, como en conservatorios profesionales, para fomentar hábitos saludables y aumentar los conocimientos de estas enfermedades, dirigidos a bailarines y profesores de ballet. Consiguiendo que los profesores estén informados de los factores de riesgo y la etiología de los problemas de los T.C.A., con objeto de poder identificar precozmente los posibles casos y poder incidir en las etapas tempranas del trastorno, ya que son ellos los que pasan el mayor tiempo con los bailarines, y pueden ser elementos clave para la detección^{6, 10, 22, 26}.

CONCLUSIÓN

Los bailarines de ballet de nuestro estudio tienen riesgo de sufrir T.C.A, siendo las variables I.M.C. y edad los factores más influyentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez AM. Hábitos alimentarios de riesgo en la población universitaria extremeña. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología; 2016.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5[®]). 5ª ed. Arlington, VA: panamericana; 2014.
3. Veses AM. Factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes españoles. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de ciencias biológicas departamento de zoología y antropología física; 2015.
4. Jiménez AI, González MJ, Gimeno P, Ortega RM. Problemática nutricional de la población femenina adolescente. *Nutr Hosp.* 2015;32 Supl 1: 5-9.
5. Barrionuevo N. TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN COMPROMISO MULTISISTÉMICO. *FCM.* 2014; 71(4): 154-157.
6. Torres-Pérez I, García-Dantas A, Beato-Fernández L, Borda-Más M, Sánchez-Martín M, Del Río- Sánchez C. Insatisfacción corporal y conductas concurrentes. Estudio comparativo entre mujeres adolescentes y jóvenes de población general, bailarinas y con diagnóstico de TCA. *APCS.* 2013; 9: 29-35.
7. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchel AJ. Prevalence of Eating Disorders amongst Dancers: A Systemic Review and Meta-Analysis. *John Wiley & Sons.* 2014; 22: 92-101.
8. Díaz ME, Mercader O, Blanco J, Way I, Moreno V, Romero MC, et al. Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet. 2010; 12: 1216-1329.
9. Arroyo M, Serrano L, Ansótegui L, Rocandío AM. Alimentación y valoración del estado nutricional en bailarines de ballet. *Osasunaz.* 2009; 10: 29-39.
10. Estanol E, Sheperd C, MacDonald T. Las destrezas mentales como atributos protectores frente al riesgo de los trastornos alimentarios en bailarines. *Salud mental.* 2013; 36: 267-268.
11. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp.* 2008; 23(3): 183-190.
12. Penniment KJ, Egan SJ. Perfectionism and Learning Experiences in Dance Class as Risk Factors for Eating Disorders in Dancers. *Eur. Eat. Disorders.* 2012; 20: 13-22.
13. García A, Del Río C, Averages ML, Borda M, Sánchez M. Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta en un conservatorio en función de la especialidad de danza. *APCS.* 2013; 9: 81-83.
14. World Health Organization. Global database on body mass index. BMI classification [Internet]. 2006 [acceso 14 de Marzo 2016]. Disponible en: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.
15. Monterrasa-Castro A, Yépez-Bonev DJ, Muñoz-Méndez JT, Almanza- Obredor PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Cienc biomed.* 2012; 3(1): 99-111.
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de la Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
17. Constaín GA, Ricardo C, Rodríguez-Gázquez MA, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria.* 2014; 46(6): 283-289.
18. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine.* 1982; 12; 871-878.
19. Garandillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. Trastornos del comportamiento alimentario. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Cuarter S.A; 2003.

20. Peláez MA, Raich RM, Labrador FJ. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. AMTA. 2010. 62-75.
21. Rutstein G, Murawski B, Elizathe L, Arana F, Armatta Am, Leonardelli E. Trastornos alimentarios en mujeres adolescentes: un estudio comparativo entre pacientes, estudiantes de danza y estudiantes de escuelas medias. Colomb psiquiat. 2010; 39(2); 329-346.
22. Paredes F, Nessier C, Gonzalez M. Percepción de la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo en bailarinas de danza clásica del Liceo Municipal de la ciudad de Santa Fe. DIAETA. 2011: 29(136); 18-24.
23. Salas F, Hodgson M, Figueroa D, Urrejula P. Características clínicas de adolescentes del sexo masculino con trastornos de la conducta alimentaria: Estudio de casos clínicos. Revista médica de Chile. 2011: 139; 182-188.
24. Madrigal E, González AR. Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana de costa rica. Acosap. 2008: 33(17); 1-7.
25. Toro J, Guerrero M, Sentís J, Castro J, Puértolas C. Trastornos alimentarios en estudiantes de ballet: problemas y factores de riesgo. Estudis Escènics.2009: 36; 410-424.
26. Castaño MY, Gómez MA. Estado nutricional y actividad física en bailarinas adolescentes de la ciudad de Badajoz. Metas Enferm. 2015; 18 (10):19-23.