



Universidad Santo Tomás de Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición

2014

**ALIMENTACIÓN E IMAGEN
CORPORAL EN BAILARINAS
DE DANZAS ÁRABES Y
DANZAS CLÁSICAS**

Autor: Araceli Llebeili

**Director: Lic. Adriana
Yudowsky**

Agradecimientos:

En primer lugar a Dios, por acompañarme a lo largo de mi vida a mi papa, abuelo por iluminarme y ayudarme desde el cielo siempre y nunca abandonarme, especialmente en esta etapa importante de mi carrera universitaria.

A mi mama, que sin ella no hubiera podido completar mis estudios, a mis hermanas y abuela por ayudarme a crecer a lo largo de estos años.

A mis tíos y tía por estar siempre y aconsejarme.

A mis amigas y compañeras, por estar siempre y formar parte de la historia.

A la Prof. Adriana Yudowsky, por aceptar ser mi directora de tesis y por ayudarme en el desarrollo de mi trabajo.

Índice

| | Págs. |
|--|--------------|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Capítulo I: Planteamiento del Problema de Investigación..... | 7 |
| 1.1 Justificación del Estudio..... | 8 |
| 1.2 Objetivos de Investigación..... | 9 |
| 1.3 Interrogantes de Investigación..... | 10 |
| 1.4 Antecedentes de investigación..... | 11 |
| Capítulo II: Marco Teórico Conceptual | 17 |
| 2.1 La alimentación y nutrición..... | 17 |
| 2.1.1 introducción..... | 17 |
| 2.1.2 Definición..... | 17 |
| 2.1.3 Cambios corporales y hábitos alimentarios en adolescentes..... | 18 |
| 2.1.3.1 Hábitos alimentarios y conducta alimentaria..... | 18 |
| 2.1.3.2 Aceleración del crecimiento en adolescentes..... | 19 |
| 2.1.3.3 Características de los hábitos alimentarios..... | 20 |
| 2.1.3.4 Problema nutricionales..... | 21 |
| 2.1.3.5 Minerales..... | 21 |
| 2.1.3.6 Mitos nutricionales..... | 22 |
| 2.2 Trastorno de la conducta alimentaria..... | 23 |
| 2.2.1 Introducción..... | 23 |
| 2.2.2 Anorexia..... | 23 |
| 2.2.2.1 Definición y características..... | 24 |
| 2.2.2.2 Consecuencias..... | 25 |
| 2.2.2.3 Tipos de anorexia nerviosa..... | 26 |
| 2.2.3 Bulimia..... | 26 |
| 2.2.3.1 Definición y características..... | 27 |
| 2.2.3.2 Consecuencias..... | 28 |
| 2.2.3.3 Tipos de bulimia nerviosa..... | 29 |
| 2.2.4 Comparación entre anorexia y bulimia nerviosa..... | 30 |
| 2.2.5 Tratamiento de anorexia y bulimia..... | 30 |
| 2.2.6 Conducta alimentaria y adolescencia..... | 31 |
| 2.2.7 Conductas alimentarias e imagen corporal..... | 33 |
| 2.3 Imagen corporal y esquema corporal..... | 34 |
| 2.3.1 Definición..... | 34 |
| 2.3.2 Distorsión de la imagen corporal..... | 35 |
| 2.3.3 Factores que intervienen en la distorsión de la imagen corporal..... | 38 |
| 2.3.4 Evolución de la imagen corporal de las bailarinas..... | 39 |
| 2.3.5 Distorsión de la imagen corporal en la danza clásica..... | 41 |
| 2.3.6 Hábitos alimentarios e imagen corporal de bailarinas: repercusiones..... | 43 |
| 2.4 Danza..... | 44 |
| 2.4.1 Introducción..... | 44 |
| 2.4.2 Definición..... | 45 |
| 2.4.3 Danza clásica: origen del ballet..... | 46 |
| 2.4.3.1 Formación del bailarín profesional..... | 48 |
| 2.4.3.2 Requisito para una formación como bailarina..... | 50 |
| 2.4.4 Danza árabe..... | 51 |
| 2.4.4.1 Introducción de la danza árabe..... | 51 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.4.2 Características de la danza árabe según la visión del occidente..... | 52 |
| 2.4.4.3 La mujer y la danza..... | 54 |
| 2.4.4.4 Características de las bailarinas de danzas árabes | 55 |
| 2.4.4.5 Finalidad de la danza oriental: en sus orígenes..... | 56 |
| 2.4.5 Alimentación en la danza..... | 57 |
| 2.5 Estado nutricional y valoración antropométrica..... | 57 |
| 2.5.1 Peso..... | 58 |
| 2.5.2 Talla..... | 60 |
| 2.5.3 Índice de Masa Corporal (IMC)..... | 60 |
| Capítulo III: Metodología..... | 63 |
| 3. 1 Tipo de Estudio..... | 63 |
| 3.2 Hipótesis de Investigación..... | 63 |
| 3.3 Definición de Variables..... | 64 |
| 3.4 Tipo de Diseño..... | 71 |
| 3. 5 Población y Muestra..... | 72 |
| 3.6 Técnicas, Procedimientos de Recolección y Análisis de Datos..... | 72 |
| 3.7 Consideraciones éticas..... | 72 |
| 3.8 Instrumentos..... | 74 |
| Capítulo IV: Resultados..... | 75 |
| 4.1 Características de la muestra..... | 75 |
| 4.2 Análisis descriptivo..... | 78 |
| 4.3 Comprobación de hipótesis..... | 84 |
| Capítulo V: Discusión, conclusión y propuestas | |
| 5.1 Discusión y conclusión..... | 89 |
| 5.2 Propuestas..... | 93 |
| Bibliografía..... | 95 |
| Anexos..... | 97 |

Resumen

En el presente trabajo de investigación, el objetivo fue analizar la ingesta calórica, el estado antropométrico, la valoración de la percepción de la imagen corporal y la alteración de la conducta alimentaria de un grupo de bailarinas de danzas árabes y danzas clásicas de la academia “Yesmin Llebeili” y estudio “Teresa Nader”, ubicada en la ciudad de Santiago del Estero, república Argentina. El tipo de estudio fue correlacional, y el tipo de diseño fue no experimental de corte transversal. El total de la muestra fue de 50 bailarinas, 25 de bailarinas de danzas árabes y 25 de bailarinas de danzas clásicas, de sexo femenino, de edades entre 18 y 26 años.

Las variables involucradas en el estudio fueron: ingesta calórica, estado antropométrico, valoración de la percepción de la imagen corporal y presencia de trastornos de la conducta alimentaria. Se observó que aproximadamente el (84%) de la muestra, presentó un bajo consumo de calorías y (16%) fue inadecuado por exceso, sobre todo las bailarinas de danzas clásicas.

Con respecto al estado antropométrico, se concluyó que presentaron 36 bailarinas IMC normal, solo 9 bailarinas IMC bajo y 7 elevado IMC. Con respecto a la imagen corporal, la mayoría no presentaron distorsión de la imagen corporal alcanzando un 76% de la muestra. Por último, las bailarinas no presentaron trastornos de la alimentación alcanzando un 72 % de la totalidad.

Una vez obtenidos y analizados los resultados, se concluyó que la mayoría de las estudiantes que integraron la muestra, no presentaron una ingesta calórica adecuada para su edad y sexo, tenían peso normal, y no presentaron alteración de la imagen corporal ni trastorno de la conducta alimentaria.

Introducción

La alarma social que en los últimos años han despertado los trastornos alimentarios encontró su justificación por el incremento progresivo y cada vez en edades más tempranas en adolescentes y jóvenes (Turrón, Fernández y Vallejo, 1992). Se consideró, que buscar la explicación a estos hechos no es fácil, pero sin duda los factores culturales y sociales tienen parte de responsabilidad en que este incremento se produzca.

Se demostró que el constructo “imagen corporal” está involucrado en este trastorno, lo que significa que la insatisfacción y la distorsión de la imagen del propio cuerpo son parcialmente responsables de los trastornos alimentarios (Vas, Salcedo, Suarez y Alcaiana, 1992). Las investigaciones indicaron que, en concreto, una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una insatisfacción corporal, está en la base de estos trastornos (Toro, Salamero y Martínez, 1995). Varios trabajos han sido publicados a este respecto indicando la incidencia de distorsión de la imagen corporal y los trastornos alimenticios.

Se dice que en nuestra cultura predomina un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer y sobre todo en las bailarinas, que esto explica el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación, como dos pares básicos de un mismo trastorno en la población femenina, (Maganto, De Rio y Roiz, 2000).

Cada momento histórico conlleva un conjunto de valores sociales y culturales que condicionan el modo de vivir y enfermar de las personas. Los patrones estéticos corporales, sin duda, son reflejos de los valores culturales, de cada momento histórico. El incremento de los trastornos de la ingesta alimentaria es un fenómeno de las sociedades industrializadas de occidente. Estas enfermedades son inexistentes en el mundo no occidental o en países subdesarrollados: como (India y África), donde el hambre es una amenaza real. La existencia de un ideal de belleza establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre cada uno de los miembros de

la población en cuestión. Vandereycken y Meermann (1984) analizaron el impacto que la “cultura de la delgadez” tiene entre los jóvenes así como el papel que juega en el incremento de los trastornos de alimentación. Se considera, que la persona tiene un “esquema” perceptivo/emocional que le dice si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad propone e impone. Se analizó que, en mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido.

Por otra parte, la pubertad y adolescencia se considera que es una etapa de significativos cambios físicos y psicológicos en los que la construcción de la propia imagen cobra una importancia singular. Las adolescentes se ven enfrentadas a un desarrollo y cambios físico sexual y desproporcionado en sus inicios, propios de la edad, que contradice esta cultura de la delgadez. Se dice que en la actualidad hay adolescentes que practican distintos tipos de bailes, con una insatisfacción importante en relación a su imagen corporal al distar sobremanera del modelo social propuesto. El consiguiente deseo de imitar y asemejarse a dicho modelos parece que está favoreciendo el incremento de la patología del trastorno de la imagen corporal.

Por ello, la imagen corporal tanto en los adolescentes y bailarinas juega un papel muy importante, ya que es una forma de comunicación, expresión, tanto con los docentes, sus compañeros y así también, con la audiencia. Todo el trabajo recae en el cuerpo, y es el elemento del trabajo principal en una bailarina. Es por eso, que muchas bailarinas desde pequeñas experimentan críticas o halagos de su estructura corporal que durante la adolescencia las condicionan.

Por otra parte, los cambios emocionales presentes en el adolescente afectan sus conductas y hábitos alimentarios. Los adolescentes son particularmente vulnerables a rupturas dentro de su entorno y a cambios relativos al desarrollo. Varios autores notan que los adolescentes de hoy en día enfrentan mayores presiones sociales que las generaciones anteriores (Torresani, 2010).

Sin embargo, en forma alarmante se ha ido acentuando, especialmente en nuestro país, la preocupación por la figura corporal. Las formas curvas, que antes eran consideradas atractivas en una mujer, fueron remplazadas por una

delgadez extrema como sinónimo de belleza. Sobre este cambio influyen poderosamente los dobles mensajes que los medios de comunicación envían permanentemente a la sociedad. La adolescencia, especialmente en la población femenina, constituye una etapa donde prevalece la preocupación por la imagen corporal y sobre todo en bailarinas, que son más susceptibles a presentar distorsión, que esto a su vez, en su gran mayoría produce trastornos alimentarios, donde omiten el alimento o comen en exceso, es muy común en este grupo tan vulnerable.

Capítulo 1:

Planteamiento del problema de investigación

1.1- Justificación del Estudio

Este trabajo se centró en la correlación de la valoración de la ingesta calórica, estado antropométrico, percepción de la imagen corporal y conductas alimentarias en bailarinas de danzas árabes y clásicas. El fin del mismo fue conocer si la situación alimentaria-nutricional es positiva o si se tendrían que tomar medidas para revertir o prevenir una situación negativa, y si padecen distorsión de la imagen corporal que va acompañada muchas veces de trastornos alimentarios y poder detectarlos a tiempo y establecer un tratamiento.

A partir de este trabajo, se podrían realizar futuras investigaciones con un seguimiento a largo plazo de las bailarinas en riesgo, ya que los desórdenes de la alimentación tienden a ser crónicos, existiendo además, una importante alteración psicológica asociada que complica aún más la evolución y el desenlace. Las estudiantes de ballet clásico y de danzas árabes deben enfrentar cargas adicionales de actividad física, cuando se las compara con estudiantes de la misma edad que asisten a escuelas regulares. La tarea del licenciado en nutrición en esta área será fundamental, ya que es el profesional encargado de brindarles a las estudiantes tanto de danzas clásicas como de danzas árabes asesoramiento, contención, ayuda para cambiar los hábitos, con el fin de adoptar prácticas saludables y mantenerlos a futuro, para bienestar y salud, a los fines de responder plenamente a las exigencias físicas e intelectuales que requieren ambas danzas.

Cabe destacar que este grupo de estudio, se encuentran en desarrollo tanto físico como emocional, donde la nutrición no debe quedar como un acto de olvido en ninguna institución, en donde las adolescentes son más propensas a padecer trastornos de la conducta alimentaria. Una correcta alimentación no solo debe estar impulsada por el profesional de nutrición, sino también por los maestros, ya que son las personas que son conscientes de la disciplina que llevan a cabo.

Por último, debido a que no hay suficiente información en el país relacionada con el tema de estudio, sobre todo en bailarinas de danzas árabes va a ser útil porque permitirá seguir investigando en la población de bailarinas de danza clásica y danzas árabes, y va a ser necesario para que las instituciones o escuelas de danzas contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud mental de este grupo poblacional, y para desarrollar estrategias de educación nutricional que permitirá mejorar el estado nutricional y de salud.

1.2 Objetivos de Investigación

General: Analizar la alimentación e imagen corporal en bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas, de edades entre 18 y 26 años, que concurren a la academia de danzas árabes “Yesmin Llebeili” y estudio de danzas clásicas “Teresa Nader” de la provincia de Santiago del Estero.

Específicos:

1. Conocer la ingesta calórica que presentan las bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas.
2. Conocer el estado antropométrico de las bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas.
3. Determinar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria de las bailarinas de Danzas Árabes y de Danzas Clásicas.

4. Evaluar la percepción de la imagen corporal que poseen las alumnas de Danzas Árabes y de Danzas Clásicas.
5. Identificar qué tipo de bailarina predomina entre aquellas con percepción alterada de la imagen corporal.

1.3 Interrogantes de Investigación

1. ¿Existe diferencia en la ingesta calórica que presentan las Bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas?
2. ¿Existe diferencias en el estado antropométrico que presentan las bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas?
3. ¿Existe diferencia significativa en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en bailarinas de Danzas Árabes y Danzas Clásicas?
4. ¿La percepción de la imagen corporal que tienen las bailarinas de danzas clásicas difiere de la percepción de la imagen corporal de las bailarinas de danzas árabes?
5. ¿Entre las bailarinas con percepción alterada de la imagen corporal, ¿Cuáles predominan?

Antecedentes de investigación

3.1- En cuanto a los antecedentes de investigación relacionados a este estudio, se puede mencionar a nivel nacional, Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina, el trabajo titulado **Factores de riesgo para Trastornos Alimentarios en estudiantes de danza** (Guillermina Rutzstein, 2010). Esta autora se propuso este trabajo para determinar si existen diferencias en cuanto a factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios entre estudiantes de escuelas medias, con especialización y sin especialización en danza. Utilizaron un instrumento llamado Figure Scale (Collins, 1991). Se trata de una escala gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas que evalúa el grado de satisfacción con la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tener. 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 (Eating Disorder Inventory-2 EDI-2) (Garner, 1991; adaptación Rutzstein, (2006). El EDI-2 se trata de un inventario multidimensional autoadministrable que evalúa aspectos cognitivos y conductuales de los trastornos alimentarios, agrupados en 11 subescalas. Las tres primeras subescalas son llamadas “Escalas de riesgo” y evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal: Búsqueda de Delgadez, Bulimia e Insatisfacción Corporal. Las 8 subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los trastornos alimentarios que son clínicamente relevantes: Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza Interpersonal, Conciencia Interoceptiva, Miedo a Madurar, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social. Este cuestionario consta de 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca. Fue examinada la consistencia interna de las subescalas por medio del estadístico α de Cronbach. Las tres “Escalas de riesgo” mostraron

índices adecuados, que oscilaron entre 73 y 87. Y encontraron que se consideró alto grado de insatisfacción con la imagen corporal cuando las estudiantes deseaban verse tres o más figuras más delgadas de la que se percibían, presentando un IMC < 30 kg/m². En cambio, para aquellas estudiantes con un IMC ≥ 30 kg/m², se consideró alto grado de insatisfacción con la imagen corporal cuando deseaban verse cinco o más figuras más delgadas de la que se percibían. Por otra parte, se consideró distorsión de la imagen corporal cuando la adolescente se percibía “gorda” o “con exceso de peso”, presentando un IMC ≤ 20 kg/m². Así, se concluyó una mayor distorsión de la imagen corporal en estudiantes con danza al compararlas con las estudiantes sin danza, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($z = 3.3$, $p = .001$). Se observó que el 11.4% de las estudiantes con danza y ninguna de las estudiantes sin danza presenta distorsión de la imagen corporal. Se observa que los grupos no difieren en la mayoría de las subescalas del EDI-2 que evalúan características psicológicas asociadas a los trastornos alimentarios, exceptuando Miedo a Madurar e Inseguridad Social. En estas dos subescalas, las estudiantes con danza obtienen puntajes medios mayores. Estas diferencias no van en la línea de lo hallado en otro estudio (Ringham et al, 2006), donde se presentan similitudes entre bailarinas y no bailarinas con relación al miedo a madurar.

3.2- Se puede mencionar a nivel internacional en La Habana, Cuba, el trabajo de (María Elena Díaz Sánchez, 2010), titulado como **Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet**. Esta autora se propuso como objetivo identificar los factores que repercuten en los trastornos de la conducta alimentaria en bailarines de ballet con un enfoque de género. Lo hizo de manera que se analizaron 118 bailarines de los dos sexos, integrantes de una compañía de ballet de Cuba mediante estudios antropométricos, dietéticos, psicométricos, y del estilo de vida. Los resultados fueron que bailarinas y bailarines mostraron una figura corporal longilínea que apunta hacia la desnutrición. Se destaca la práctica inadecuada de dietas y otros hábitos de vida incorrectos. La alimentación no cumple en su totalidad con las recomendaciones establecidas para personas sanas, con actividad intensa. Se

identificaron fundamentalmente trastornos inespecíficos de la conducta alimentaria, más frecuentes en las mujeres. Existen diferencias físicas entre los sexos que condicionan un tipo corporal, musculoso para el bailarín y con un mayor riesgo de desnutrición en la mujer, pero coexisten trastornos en las prácticas de la alimentación, que son más evidentes en las bailarinas en una compleja dimensión de género, que repercute en la imagen corporal.

3.3- Cabe citar también a nivel internacional, en Colombia en la Facultad Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, el trabajo de (Mejía, Segura, & Gómez, 2014), titulado como **Análisis relacional de las contingencias asociadas a las prácticas deportivas con los trastornos de alimentación en adolescentes entre los 16 a 26 años**. Estos autores se propusieron como objetivo analizar las contingencias asociadas a las prácticas deportivas y su relación con trastornos de alimentación en 42 mujeres adolescentes entre los 16 y 26 años de Bogotá, asignadas intencionalmente en tres grupos: Grupo A, adolescentes que pertenecen a un equipo deportivo; Grupo B, adolescentes que practican deporte con regularidad y Grupo C, adolescentes que no practican deporte, salvo la clase de educación física. El marco explicativo que sustenta la investigación se deriva del análisis experimental del comportamiento bajo el modelo de anorexia por actividad (Pierce y Epling, 1993). Se utilizó un protocolo de evaluación compuesto por la prueba Eating Disorder Inventory (Garner et al, 1983), que busca medir trastornos de alimentación, previamente validada para esta población, y una entrevista conductual para conocer factores sociodemográficos, psicosociales y tipos de prácticas deportivas igualmente validada. Esta es una investigación no experimental de naturaleza descriptiva y correlacional con un diseño de comparación de grupos. Los análisis demostraron relaciones significativas entre los tres grupos, de lo cual se concluye que hay riesgo de desarrollar trastornos de alimentación en la población en general, siendo más vulnerable el grupo B, lo cual coincide con los reportes la literatura. Las jóvenes del grupo A realizan deporte con un equipo donde se buscan resultados y triunfos, más que una imagen corporal determinada, mientras que el grupo C, no realiza ningún tipo de deporte o ejercicio físico, aunque presentan niveles considerables de

preocupación por la imagen corporal. Se recomendó a los profesionales de la salud, profesores y entrenadores conocer los trastornos de alimentación y los riesgos que puede presentar el realizar ejercicio, practicar deporte o el sedentarismo si son realizados de forma inadecuada.

3.4- Se puede mencionar a nivel internacional Costa Rica, el trabajo de (Rojas, 2008), titulado como **Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana de Costa Rica**. Este autor se propuso como objetivo determinar el estado nutricional de bailarinas de ballet clásico de las tres academias más importantes de ballet localizadas en el Área Metropolitana de Costa Rica. Trabajó con 24 bailarinas adolescentes (13 a 25 años) de niveles avanzados de ballet. Se registró el consumo de alimentos durante tres días. Se tomaron medidas de talla, peso y pliegues cutáneos. Se recolectaron muestras de sangre para análisis bioquímicos. Se evaluó además la densidad ósea (cadera y lumbar L1, L2, L3, L4) con energía dual de rayos-X. Las actitudes, creencias y riesgo de factores predisponentes a desórdenes alimentarios se evaluaron mediante una entrevista y con la aplicación del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) e Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). El consumo promedio diario de energía fue considerablemente menor a la recomendación (1880 Kcal/d \pm 448) y solamente la niacina y la vitamina B6 fueron consumidas en rangos óptimos. La densidad ósea, hemoglobina y hematocrito estuvieron dentro de los rangos de normalidad. El estudio no trabajó con otras bailarinas que no fueran de ballet por lo que no se puede concluir lo anteriormente mencionado. También demostraron que las bailarinas con Índice de Masa Corporal (IMC) \geq 20 Kg/m² tienen dietas más hipocalóricas y mayor riesgo de desórdenes alimentarios. Se necesita investigación en este campo para desarrollar estrategias de educación nutricional que permitan mejorar el estado nutricional y de salud en esta población.

3.5- Se puede mencionar a nivel internacional en Colombia en las universidades de Medellín y Bogotá. El trabajo (Álvaro Andrés Cano Correa, 2007) titulado como **Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en estudiantes de Universidad de Manizales**. Este autor se propuso

determinar la frecuencia de los factores de riesgo para los trastornos de alimentación en estudiantes de Manizales. De un total de 3,610 estudiantes regulares de Manizales se tomó una muestra de 165 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el EAT-26 para determinar las conductas alimentarias anómalas. Además se tomaron las medidas de peso, talla, índice masa corporal y pliegue en el antebrazo. Se obtuvo como resultado, 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, (17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina), las personas con mayor factores de riesgo fueron las mujeres en la facultad Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se pudo concluir que existe diferencia, en la presencia de trastorno de la conducta alimentaria en la población femenina y masculina. Se determinó una relación significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con aumento en la variable impulso por la delgadez.

3.6- Cabe destacar a nivel internacional España en la Universidad de Oviedo, el trabajo de (Ana Rosa Sepúlveda, 2009), titulado como **La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: una meta-análisis**. Esta autora se propuso realizar un estudio meta-analítico sobre la naturaleza de la alteración de la imagen corporal asociada a los trastornos de la alimentación en un grupo de bailarinas. Se admitieron 83 estudios primarios independientes, publicados entre 2005 y 2006, que cumplían con los criterios de selección establecidos, y que dieron lugar a 238 estimaciones de tamaños del efecto. Y encontró que el grado de distorsión estimada en la imagen, mediante el índice d , fue de 0,545 en anorexia, 1,019 en bulimia y 1,185 en bulimarexia. Sin embargo, los resultados revelan que no hay una gran heterogeneidad entre los estudios, sobre todo relacionado a la imagen corporal, ya que afirma que la mayoría de las mujeres presentan distorsión en la percepción de la imagen corporal independientemente del tipo de danza que realice. Las medidas actitudinales, que tienen componentes cognitivo-afectivos, muestran valores superiores a las de las medidas perceptivas. Se analizó la

influencia de otras variables moderadoras, como el tipo de instrucción, el estatus del paciente, el instrumento de diagnóstico, etc. Se discuten las posibles explicaciones de los resultados y sus implicaciones clínicas.

Se puede decir que no se encontraron antecedentes referidos al tema a nivel nacional ni local de bailarinas y ningún tipo de estudio de bailarinas de danzas árabes.

Capítulo 2:

Marco teórico

2.1- La alimentación y nutrición

2.1.1 *Introducción*

Se considera que una de las características primordiales con las que nace el hombre y que lo ubican dentro del mundo de lo humano es su estado de indefensión biológica: el niño al nacer depende indefectiblemente de la madre o de quien cumpla con su función, el que se presenta interpretando las distintas necesidades básicas del niño (higiene, alimentación, cuidados físicos, etc.). La alimentación de la madre que recibe el bebé, ofrece el alimento necesario para satisfacer la necesidad biológica y para incorporar los nutrientes necesarios para la vida. En cambio, la nutrición, investida de una dimensión simbólica y entendida como un proceso, como la conjunción de múltiples factores, abarcaría no solo la satisfacción biológica de la necesidad de alimentarse sino que tiene en cuenta que hay un sujeto que desea otras cosas necesarias también: las caricias, el amor, una mirada, una canción.

2.1.2 *Definición*

Alimentación, es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos o sustancias nutritivas que necesita (Torresani & Somoza, 2011). Nutrición, es el conjunto de actividades que el organismo realiza para transformar y asimilar las sustancias nutritivas contenidas en los alimentos: digestión, absorción, utilización, eliminación (Torresani & Somoza, 2011).

Es decir, la alimentación es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman

en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere para vivir. Se considera que la alimentación es, una de las actividades y procesos más esenciales de los seres vivos ya que está directamente relacionada con la supervivencia.

Los tipos de comidas que se ingieren, los hábitos de comer y las presiones para hacerlo o no, se fraguan desde la infancia temprana en el seno de la familia que consolidan unas formas en lugar de otras (Aurora, 1995). Por lo tanto, la alimentación ha ido variando a través de los tiempos. En realidad no existe sociedad humana que organice sus comidas teniendo en cuenta solo el valor nutritivo de los alimentos o disposición de los mismos.

En el caso de las bailarinas, estas pueden desarrollar conductas alimentarias y creencias particulares (a veces nocivas para la salud), en su esfuerzo por mantener un estilo de vida que se acople a los cánones establecidos, lo que se traduce generalmente a balances energéticos negativos en un intento por limitar la ganancia de peso y de un riguroso control sobre el cuerpo, sobre todo si son bailarinas profesionales. En general, la conducta alimentaria, es también el resultado de una serie de factores, que desde el punto de vista social y psicológico, va cambiando con el correr del tiempo, la mentalidad y modalidad con que esta conducta se lleva a cabo. Los factores determinantes de los hábitos alimentarios son culturales, sociales, psicológicos (Torresani & Somoza, 2011).

2.1.3 Cambios corporales y hábitos alimentarios en el adolescente.

2.1.3.1 Hábito alimentario y conducta alimentaria

Se pueden definir los hábitos alimentarios como las conductas adquiridas a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.

Se considera, que el “comer” es un acto cotidiano, una de las necesidades básicas del organismo. Todos los días se debe hacer, e incluso varias veces por día. Todos los meses y años de la vida, desde que se nace hasta la muerte. Por lo tanto, se piensa, qué es un acto que se repite tantas veces durante la existencia, ejerza una poderosa influencia sobre la estructura y el funcionamiento del organismo.

De ahí entonces, el conocido dicho que dice que indudablemente, a largo plazo “somos lo que comemos” (Torresani & Somoza, 2011).

2.1.3.2 Aceleración del crecimiento en la adolescencia.

En este período intensivo de crecimiento que representa la adolescencia, no sólo se produce un aumento importante de estatura, sino también hay aparejados cambios hormonales que afectan profundamente a todos los órganos del cuerpo (Torresani, 2010). En la etapa prepuberal, independientemente del sexo, se puede presentar tendencia al sobrepeso, sobre todo en las mujeres. La edad de la menarca suele ser entre 10 y 16 años. Cuando la talla se mantiene constante, la menarca temprana se asocia con un mayor peso corporal. Generalmente la menarca ocurre después de un año y medio del periodo de máxima velocidad de crecimiento. Se presenta en la fase en que el crecimiento se vuelve más lento y ya solo le falta aproximadamente 5 cm para alcanzar la estatura definitiva. Si bien es posible que se produzca un crecimiento importante después de la primera menstruación, en la mayoría de las mujeres, la menarca es un hecho que indica desaceleración del crecimiento longitudinal. A partir de este momento el aumento de talla es pequeño y ya se ha alcanzado aproximadamente el 98% de la talla adulta. Es poco probable que un adolescente que llegue a la menarca con una talla baja, presente en su adultez una talla final alta (Torresani, 2010). Por eso, es fundamental que las bailarinas se alimenten correctamente en esta etapa de la vida, por el contrario podría producirse un retraso del crecimiento.

2.1.3.3 Características de los hábitos alimentarios

En los últimos años se ha producido cambios importantes en el patrón del consumo alimentario de la población en general, repercutiendo especialmente en la población adolescente. Esto obedece a factores sociales y económicos, acentuándose en las regiones urbanas y con mayor ritmo de vida.

Los hábitos alimentarios de los niños se incorporan a través de las actitudes de los padres, es decir que se inculcan inadvertidamente a través de todos los actos cotidianos, siendo por lo tanto el reflejo de las actitudes y conductas de los mayores (Torresani, 2010). Los hábitos incorporados durante la niñez son muy difíciles de modificar en la edad adulta. Por eso, es muy importante que los padres inculquen una buena alimentación a las bailarinas desde pequeñas.

Además, es muy importante que las bailarinas adolescentes incorporen minerales como calcio, y vitamina A, C y hierro, que por lo general tiende a encontrarse por debajo de las recomendaciones diarias admisibles. El consumo calórico en los varones que bailan se aproximan más a las recomendaciones que en las mujeres, ya que estas últimas en general siguen algún tipo de dieta hipocalórica.

En general, los hábitos alimentarios de los adolescentes se caracterizan por:

- 1- Mayor tendencia a pasar por alto las comidas, especialmente el desayuno y almuerzo.
- 2- Consumo de refrigerios o snacks, especialmente dulces.
- 3- Consumo inadecuado de comidas rápidas en fast foods, generalmente ricas en grasas y sodio.
- 4- Seguir dietas disarmónicas.
- 5- Deficiente consumo de fibra alimentaria, vitaminas y minerales.

Su patrón alimentario se caracteriza por alto consumo de dulces, golosinas, gaseosas, vegetales C y cereales y aumento en la preparación de frituras, este consumo de calorías vacías o ricas en azúcares y frituras, es

insalubre para las bailarinas ya que se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo y necesitan una ingesta calórica adecuada para satisfacer sus necesidades biológicas. Paralelamente, es bajo el aporte de lácteos, verduras y frutas.

2.1.3.4 Problemas nutricionales

Según Torresani (2010), como resultado de los hábitos característicos de los adolescentes, las situaciones más frecuentes que se presentan en relación a su nutrición son:

- 1- Deficiencia nutricional, especialmente energética, cálcica, de hierro y zinc.
- 2- Adhesión a dietas vegetarianas, con el consiguiente déficit nutricional, según el tipo de dieta vegetariana implementada. Este tipo de dietas, es muy común en las bailarinas adolescentes de danzas clásicas ya que no consumen carnes porque creen que engorda más.
- 3- Desarrollo de caries dentales: si bien, las caries dentales pueden iniciarse desde la niñez temprana, es el problema nutricional más prevalente en los adolescentes.
- 4- Trastornos de la conducta alimentaria.

2.1.3.5 Minerales

Según Torresani (2010), los minerales se encuentran distribuidos en la corteza terrestre, agua y aire, en concentraciones variables según el tipo de mineral y el área geográfica. Muchos de ellos son constituyentes de los sistemas biológicos, variando ampliamente las cantidades presentes en el organismo humano.

Algunos minerales pueden llegar a ser esenciales para el organismo, cumpliendo diferentes funciones (proporcionar el medio iónico para reacciones enzimáticas, participar en la catálisis enzimática, intervenir en procesos de transporte, reacción redox, conducciones nerviosas, etc.), o presentar efectos

tóxicos, según sus concentraciones, siendo en algunos casos muy pequeño el margen entre las ingestas adecuadas y las perjudiciales (caso de selenio y flúor).

1) Esenciales: son aquellos que ante su deficiencia en el organismo producen un deterioro de alguna función biológica. A su vez los minerales esenciales pueden dividirse en tres grupos:

- **Macroelementos:** se encuentran en el organismo en el orden de gramo y sus requerimientos son mayores a 100 mg. Pueden ser tanto orgánicos (Na, K, Cl, Mg y P) como inorgánicos (C, O, H, S, N) y ser ambos de fundamental importancia fisiológica.
- **Microelementos:** se encuentran en el organismo en el orden de mg y sus requerimientos es inferior a 100 mg como por ejemplo (Cr, Fe, Zn, Mo, I, Cu, Mn, y Se).

2) No esenciales: pueden ser contaminantes o tóxicos. Alguno de ellos, como el cadmio y el plomo, fueron investigados experimentalmente, y se observó que se presentaban alteraciones en el crecimiento y la capacidad reproductiva cuando se utilizaron dietas carentes.

2.1.3.6 Mitos nutricionales

Según Torresani (2010), es frecuente la presencia de mitos nutricionales, siendo los más prevalentes en este tipo de población, las bailarinas adolescentes:

- “Si hago menos comida por día engordo menos”
- “La carne roja engorda más que las blancas”
- “Los cereales y panes integrales aportan menos calorías que los refinados”
- “Todo producto considerado dietético o light se puede consumir libremente”

2.2- Trastornos de la conducta alimentaria

2.2.1 Introducción

Es la relación anormal y contraproducente con la comida, grave desviación de los hábitos alimentarios, que afecta a la salud física y emocional del individuo, y perjudica su desempeño social (Torresani & Somoza, 2011). Estos trastornos de la alimentación, por lo general aparecen en la adolescencia, la mujer principalmente se percibe acomplejada y con deseos de gustar a todos o de exigirse más para tener una mejor performance bailando. Esto motiva que a la hora de comer la *anorexia* y la *bulimia* sean un posible riesgo. Si bien son enfermedades que afectan en su mayoría a las mujeres, también hay algunos varones que las padecen.

2.2.2.1 Anorexia

Antecedentes históricos

La primera descripción de un cuadro de anorexia nerviosa es debida a Richard Morton en 1689 en una paciente de 17 años de edad. Anorexia, amenorrea, pérdida de peso, estreñimiento e hiperactividad. No encontró signos físicos que justificasen el cuadro y lo atribuyó a la tristeza y las preocupaciones (Silverman, 1986).

Casi simultáneamente, en 1873, William Gull en Londres y Charles Lasségue en París hacen descripciones completas de cuadros anoréxicos y consideran que el cuadro es debido a la histeria, por lo que la denominan: apepsia histérica (Gull) o anorexia histérica (Lasségue), (Vandereycken, 1989). Tanto Gull como Lasségue creían que se trataba de una enfermedad psicógena.

Tras un período en que la mayoría de los autores consideraban la causa de la anorexia de origen nervioso, en 1914, Simmonds a partir de estudios necrópsicos describe la caquexia hipofisaria y abre paso a las teorías que

suponía la anorexia de origen panhipopituario. Se deberá esperar hasta 1938, para que Sheehan que en la insuficiencia hipofisaria, el adelgazamiento no es precoz, y que la anorexia nerviosa es muy diferente a la caquexia hipofisaria de origen isquémico.

El tercer período corresponde a las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico. El trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de una conversión histérica. El rechazo de la comida se interpreta como una inhibición de impulsos. La anorexia nerviosa es vista a partir de los 40 años y gracias a las teorías psicoanalistas como un trastorno mental.

En 1972, Feighner et al, proponen por primera vez unos criterios diagnósticos que incluían: inicio del cuadro clínico antes de los 25 años de edad, anorexia con una pérdida de peso superior al 25% de su peso ideal, conducta anómala en relación a su peso y la ingesta de alimentos, desatendiendo incluso la propia sensación de hambre, ausencia de enfermedad orgánica que justifique la anorexia y la pérdida de peso, ausencia de enfermedad psiquiátrica conocida, coexistencia de al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, bradicardia, lanugo, vómitos autoinducidos e hiperactividad.

2.2.2.1 Definición y características

La anorexia nerviosa es un “síndrome que afecta generalmente a mujeres adolescentes pero también pre púberes, mujeres mayores, y, en menor medida, a los hombres. Se caracteriza por una pérdida de peso auto inducido por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física, miedo extremo a la gordura, amenorrea en las mujeres y pérdida del apetito sexual en el varón” (Herscovici y Bay, 1990).

Es un desorden psicológico y alimenticio a la vez. El enfermo inicia un régimen alimenticio para perder peso, hasta que esto se convierte en un

símbolo de poder y control. De esta forma, el individuo llega al borde de la inanición con el objeto de sentir dominio sobre su propio cuerpo. Esta obsesión es similar a una adicción de cualquier tipo de droga. Las características esenciales de este trastorno son la distorsión de la imagen corporal, sin reconocer el progreso de la delgadez y el sentimiento general de ineficacia personal (Torresani & Somoza, 2011). Por lo tanto, es un síndrome psiquiátrico diferenciado, con una patogénesis compleja. Aparece una imagen distorsionada del cuerpo, con un “temor mórbido a engordar” (Torresani & Somoza, 2011). Generalmente no se pierde el apetito, pero se niega la sensación de hambre. La controlan voluntariamente, impidiendo menor cantidad de alimentos que los necesarios para cubrir sus necesidades nutricionales, con lo cual pierden peso progresivamente. En algunas ocasiones se produce una verdadera dificultad para identificar la sensación de hambre. Hay una pérdida de autoestima y una negación de enfermedad.

2.2.2.2 Consecuencias

Según (Torresani & Somoza, 2011):

- * Frecuencia cardíaca y presión arterial bajas, lo que provoca un cambio en la musculatura del corazón y fallas en su funcionamiento.
- * Reducción de la densidad ósea (osteoporosis), lo que provoca fractura de huesos.
- * Debilidad y pérdida de músculo.
- * Deshidratación severa lo que provoca fallas en los riñones.
- * Debilidad general, desmayos y fatigas.
- * Resequedad de la piel y pérdida del cabello.
- * Desarrollo de cabello delgado en todo el cuerpo, incluyendo la cara (pelusa), para mantener el cuerpo caliente, ya que carecen de la grasa (tejido adiposo) que sirve como aislante para regular la temperatura corporal.
- * Pérdida de la menstruación.

2.2.2.3 Tipos de anorexia nerviosa

Según DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales, la anorexia nerviosa puede presentarse bajo dos formas:

- 1- Restrictiva: Constituye el cuadro clásico de la enfermedad. La paciente para lograr la delgadez extrema, limita la alimentación hasta un mínimo por debajo de lo indispensable para subsistir. Tiene un control total de la situación.
- 2- Bulimarexia: Son las anoréxicas que en determinados momentos de su enfermedad, presentan síntomas bulímicos. Esta situación se da aproximadamente en el 50% de las anorexias (ver bulimia nerviosa).

2.2.3 Bulimia

Antecedentes históricos

Las referencias más antiguas sobre la bulimia se las pueden encontrar en el Physical Dictionary de Blankaart de 1708 y en el diccionario Médico de Quincy de 1726 (Stein, 1988). Este autor relaciona los episodios bulímicos con alteraciones digestivas.

En 1743, el Diccionario Médico de la ciudad de Londres describe un cuadro denominado *true boulimus*, caracterizada por la preocupación por la comida ingesta voraces y períodos de ayunos.

En 1869, Blanchet describe en el Diccionario de Ciencias Médicas de París dos formas de bulimia: la primera caracterizada por preocupación por la comida, y la segunda por presencia de vómitos. A lo largo de este siglo, cada

vez son más frecuentes los artículos donde se describen casos que pueden ser compatibles con la bulimia, especialmente al describir la evolución de las pacientes anoréxicas.

Para Russel (1979), la bulimia sería una variante ominosa de la anorexia y es un hecho comprobado que un gran porcentaje de bulímicas tienen antecedentes de haber padecido anorexia nerviosa. En 1979, Russel acuña el nombre de bulimia nerviosa para definir aquellos cuadros de sobre ingesta, a los que le siguen vómitos o uso de diuréticos o laxantes con la finalidad de anular las consecuencias del atracón en pacientes que rechazan la posibilidad de ser o llegar a ser obesas.

2.2.3.1 Definición y características

La palabra bulimia significa hambre de buey y procede del griego. Para las personas con bulimia, la comida es una adicción placentera y autodestructiva. Es un desorden alimenticio, que se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos, seguidos por métodos inapropiados para controlar el peso, como la inducción al vómito, abuso de laxantes o diuréticos y la realización de ejercicios demasiado exigentes para el cuerpo. En el 70% de los casos, este trastorno va acompañado de la anorexia (bulimarexia) (Torresani & Somoza, 2011).

La bulimia es un síndrome con rasgos propios que se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidas de vómitos auto inducidos y por el uso de laxantes y diuréticos (Herscovici y Bay, 1990). Los periodos de sobrealimentación descontrolada han sido llamados atracones, la presencia de estos es justamente lo que define la enfermedad (Yudowsky, 2005).

También se dice, que la bulimia es un término que se la denomina “comilona”, es decir un episodio caracterizado por la ingestión rápida de grandes cantidades de comidas en un corto tiempo. A veces esta comilona

puede ser social y no siempre necesariamente compulsiva (Torresani & Somoza, 2011). La compulsión es vivida como algo indebido y perjudicial.

En la bulimia siempre se come, en el momento de atracones, de manera compulsiva, habitualmente en forma secreta. Se presenta tanto en personas con peso normal como en obesos. Esta conducta no es constante, sino que suele darse esporádicamente.

En la bulimia nerviosa, en cambio, la comilona compulsiva es una conducta habitual y lleva implícito un cuadro de alteraciones psiquiátricas.

Estos pacientes, también con distorsión del esquema corporal, aunque en un grado menor que en la anorexia, presentan un gran anhelo de adelgazar en exceso, pero como no pueden controlar las compulsiones, recurren a conductas compensatorias (Torresani & Somoza, 2011).

2.2.3.2 Consecuencias

Según (Torresani & Somoza, 2011):

- * Alteración grave de los electrolitos: cloro, sodio, potasio, calcio y magnesio.
- * Amenorrea.
- * Pérdida de los ciclos menstruales (por falta de secreción hormonal, estrógenos, por parte de los ovarios). La pérdida del ciclo menstrual puede llevar a osteopenia y osteoporosis.
- * Atrofia muscular.
- * Desgaste de los músculos y disminución de la masa muscular debido a que el organismo se consume a sí mismo.
- * Alteración del funcionamiento neuromuscular debido a déficits de vitaminas y minerales (en particular de potasio).
- * Aumento del azúcar en sangre (Hiperglucemia) que puede llevar a la diabetes, fallos en hígado y colapso del riñón, problemas circulatorios y del sistema de inmunidad.
- * Artritis (degenerativa).

- * Baja cantidad de plaquetas o Trombocitopenia, causada por bajos niveles de vitamina B12 y ácido fólico, y/o exceso de alcohol. Puede ser indicador de supresión del sistema inmune o una disfunción en la inmunidad.
- * Variaciones abruptas en los niveles de azúcar en sangre, como la baja Azúcar en Sangre/Hipoglucemia, puede producir problemas en el hígado o riñones y conducir a deterioro neurológico o mental.
- * Callos o hematomas en los dedos de la mano por el uso repetido de los dedos para provocarse el vómito.
- * Cáncer de garganta y cuerdas vocales (Laringe) debido a trastornos de reflujo ácido.
- * Cetoacidosis.
- * Convulsiones, un riesgo incrementado de convulsiones en personas con Anorexia y Bulimia a causa de la deshidratación. Es posible que las lesiones cerebrales a causa de una malnutrición prolongada y la falta de células transportadoras de oxígeno jueguen también un papel muy importante.
- * Debilidad y fatiga, a causa de malos hábitos alimentarios generalizados, desbalances electrolíticos, deficiencias de vitaminas y minerales, depresión, malnutrición, y problemas cardíacos.
- * Déficit de Hierro, produce anemia, esto ocasiona que los componentes en sangre que transportan oxígeno se inutilicen y puede causar fatiga, falta de aire, incremento de infecciones.
- * Deterioro grave de la dentadura, ocurre por desnutrición y carencia de vitaminas o por erosión de los ácidos gástricos al vomitar.
- * Depresión que puede inducir al suicidio.
- * Descenso de la temperatura corporal.
- * Sensibilidad a la Temperatura.

2.2.3.3 Tipos de bulimia nerviosa

Según cuáles sean estas conductas compensatorias, la bulimia nerviosa puede ser de dos tipos:

A) Tipo 1 o purgativa: Uso de diuréticos, laxantes, vómitos provocados.

B) Tipo 2 o no purgativa: Ejercicios físicos extenuantes, largos periodos de ayunos, dietas estrictas.

Esta enfermedad, al igual que la anorexia nerviosa, se presenta con mayor frecuencia en las clases socioeconómicas media y alta.

BULIMAREXIA

Aproximadamente el 50% de los pacientes anoréxicos, presentan síntomas bulímicos. No pueden refrenar sus deseos de comer y pierden el control, realizando comilonas y mecanismos compensatorios. Todos comienzan con la restricción alimentaria y eso lo que posteriormente los llevan al atracón.

2.2.4 Comparación entre anorexia y bulimia nerviosa.

En ambas situaciones, los pacientes piensan obsesivamente en el peso, el esquema corporal y en la comida, pero mientras que las bulímicas tienen un intenso temor a no poder parar de comer, y realmente no pueden ya que pierden el control de la situación, las anoréxicas pueden controlar ese temor no comiendo (Torresani & Somoza, 2011). Ambas enfermedades son más perjudiciales aún para las personas que realizan actividad física o bailan ya que tienen un mayor consumo energético por parte de su organismo a diferencia de una persona que no realiza actividad, sumado que si no incorpora alimentos en el caso de las personas con anorexia o en la bulimia en el periodo de restricción de alimentos, pueden descompensarse y sufrir alguna consecuencia grave mencionada anteriormente.

2.2.5 Tratamiento

Dada la multideterminación de los trastornos de la conducta alimentaria, en los que convergen factores sociales, culturales, familiares, del desarrollo, individuales y biológicos, el tratamiento de estos pacientes requiere un marco institucional y un equipo multidisciplinario (Torresani, 2010). Los aspectos

clínicos y psicológicos se integran en todo momento, por lo cual los profesionales no deben trabajar aislados en el seguimiento de estos casos.

Objetivos del tratamiento:

- * Estabilización del estado clínico.
- * Expectativa de incremento de peso.
- * Cambios en la conducta alimentaria.
- * Modificación de los síntomas psiquiátricos.

Pilares del tratamiento

- * Terapéutica nutricional.
- * Psicoterapia (individual o grupal).
- * Terapia de apoyo familiar.

La evaluación del estado clínico permitirá decidir si se puede encarar un tratamiento ambulatorio o el paciente requiere ser hospitalizado para el mismo.

La tendencia es comenzar el tratamiento en el medio familiar del paciente, con un seguimiento intensivo y cercano. Sólo se recomienda la internación cuando existe alguna complicación clínica de riesgo (Torresani, 2010).

2.2.6 Conducta alimentaria y adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo de una persona, es el puente entre la última fase de la niñez y la juventud. Su característica principal es el cambio, lo que supone una variación en los aspectos físicos, cognitivos y sociales que se presentan de manera interrelacionada. Según Yudowsky (2005) *“La adolescencia es sumamente vulnerable a los factores ambientales, entre los que se encuentran también la alimentación. El comportamiento alimentario del adolescente está influido por diversos factores, que sumados a otros condicionamientos, pueden acarrear una serie de conductas que intervendrían en algunos problemas alimentarios, por ello es de vital importancia que los padres de estas personas tan*

vulnerables, brinden a sus hijos educación alimentaria adecuada desde pequeños y siempre estén atentos a la forma de incorporar alimentos, sobre todo en bailarinas por su mayor desgaste físico y porque son más susceptibles a enfermarse. Propone pensar a la nutrición como una forma de comportamiento o conducta humana y que abarca no solo las necesidades biológicas de incorporar alimentos al organismo y la energía y nutrientes necesarios para la vida, sino que es el resultado de un proceso, de una conjunción de múltiples factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Por lo tanto se piensa a la nutrición como el resultado de un entramado particular singular y único porque la persona es única e irrepetible y más allá de la unidad que representa, es un ser complejo. La nutrición no se puede capturar en una sola y única definición, porque puede ser entendida desde distintas facetas o dimensiones: la biológica, psicológica, ética y sociológica. Se podrá comprender porqué una persona difiere de otra, porqué algunas personas enferman y otros no, expuestos a condicionantes similares. La función básica de autoconservación como lo es la alimentación, puede despojarse de su puro carácter alimentario y precipitarse al mundo del deseo adquiriendo en cada sujeto, en cada hombre, características propias, adquiriendo un valor simbólico”.

Desde la dimensión simbólica, el alimento puede ser considerado desde diferentes perspectivas: como un castigo, recompensa, puede también mediar los vínculos humanos, las relaciones sociales y familiares.

Por todo esto es que “el problema se plantea cuando detrás de un síntoma hay algo más, cuando lo que provoca no es sencillamente un virus o cualquier otro agente patógeno exterior, y el paciente lo que nos muestra con sus síntomas es justamente lo que no sabe y que en lugar de expresarse con palabras aparece escrito en el cuerpo (G. Baravalle y L.E. Vacarezza: “Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica”, Ed. Paidós) (Yudowsky, 2005). De lo anteriormente mencionado dan cuenta los principales trastornos en la alimentación como lo son la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa. Estas enfermedades son muy comunes en la actualidad y sobre todo en las personas que están creciendo y sufriendo cambios en el cuerpo, por ello para no caer en estas enfermedades es muy importante que este grupo tenga unos cimientos

sólidos de una adecuada y correcta alimentación desde pequeños. De los tres, la obesidad es el más fácil de diferenciar; sin embargo, ésta está multideterminada, y los factores psicológicos no son sólo uno de los aspectos de una etiología que incluye una predisposición genética, así como factores metabólicos y fisiológicos. La bulimia es un trastorno de la alimentación que puede coexistir ya sea con la obesidad o con la anorexia nerviosa.

Y como se dijo en un comienzo, si la nutrición implica la articulación de distintas dimensiones (biológicas, psíquicas, históricas, culturales, sociales) y de la propia singularidad de la persona, es que siempre habrá alternativas, habrá posibilidades para que el sujeto o los pacientes con algún tipo de alteraciones en la conducta alimentaria puedan recuperar su palabra, su deseo, su intención, su lugar como único y singular.

2.2.7 Conductas alimentarias e imagen corporal

Los cambios emocionales presentes en el adolescente afectan sus conductas y hábitos alimentarios. Los adolescentes son particularmente vulnerables a rupturas dentro de su entorno y a cambios relativos al desarrollo. Varios autores notan que los adolescentes de hoy en día enfrentan mayores presiones sociales que las generaciones anteriores (Torresani, 2010).

Una de las pruebas más cruciales en la adolescencia es el desarrollo de la autoimagen o de la autoestima. La población mundial se halla seducida por la cultura de la imagen. En la época actual prácticamente no hay mensajes que no sean emitidos en forma visual, siendo los jóvenes los principales destinatarios, ya que constituyen el principal grupo poblacional capaces de decodificar las percepciones visuales totalmente aceleradas y cambiantes.

En forma alarmante se ha ido acentuando, especialmente en nuestro país, la preocupación por la figura corporal. Las formas curvas, que antes eran consideradas atractivas en una mujer, fueron remplazadas por una delgadez extrema como sinónimo de belleza. La adolescencia, especialmente en la población femenina, constituye una etapa donde prevalece la preocupación por la imagen corporal y sobre todo en bailarinas que son más susceptibles a presentar distorsión de la misma, que esto a su vez, en su gran mayoría,

produce trastornos alimentarios. Sin embargo, un cierto grado de distorsión de la imagen corporal es considerado normal en las mujeres jóvenes, siendo estas conductas inusuales en los varones.

2.3 Imagen corporal y esquema corporal

2.3.1 Definición

La imagen corporal es definida a través de dos puntos de vista:

- 1- Neurológico: Como el esquema o la imagen mental del propio cuerpo en la consciencia.
- 2- Psicológico: Como las actitudes y sentimientos que el propio cuerpo genera.

Esta imagen o fotografía mental abarca: Figura, dimensiones, posturas, y sentimientos. La imagen corporal se observa a través de dos percepciones: perceptual y afectiva- emocional. Normalmente, la imagen corporal coincide con la realidad, lo cual significa que uno se ve tal como es (Torresani, 2010).

La psiquiatría y la neurología usaron el concepto de **Esquema Corporal** para designar “un complejo neuropsicológico que implica aspectos perceptivos, cognitivos y afectivos relativos al cuerpo” (Torresani & Somoza, 2011).

Schilder, (1998) definió a la “*imagen del cuerpo como la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en nuestra mente, considerándola como un concepto dinámico, en virtud de que el sujeto percibe su imagen corporal como una gestalt, la que se halla en un proceso de permanente transformación y reorganización en relación con su medio ambiente.*

El esquema e imagen del cuerpo aparecen casi como sinónimos. Es la representación o imagen tridimensional que todos tenemos de nosotros mismos. La imagen corporal es la apariencia propia del cuerpo que incluye experiencias pasadas que quedan fuera de la consciencia y forman modelos organizados, gracias a los cuales se reconocen posturas, partes corporales y sus movimientos. La representación que nos hacemos de nuestro propio

cuerpo, no tiene una correspondencia exacta con la descripción que de él nos da la anatomía. En gran medida, la imagen del cuerpo que tenemos es el resultado de la experiencia vivida a través de las vicisitudes de la comunicación con el cuerpo". Se puede decir entonces que las características de la Imagen Corporal son:

- Es una inscripción progresiva.
- Es dinámica.
- Incluye aspectos inconscientes.
- Cambia a lo largo de la vida en función de las relaciones con el medio físico y social.

Según Zukerfeld (1992), "la imagen corporal es una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo en tres registros distintos":

- Forma: comprende la noción tradicional de esquema corporal y comprende todas las percepciones conscientes de las dimensiones, posturas, movimientos y superficie corporal, asequibles a los órganos de los sentidos.
- Contenido: incluye la percepción de las sensaciones propiceptivas, cinestésicas habitualmente preconscientes e incluyen las series hambre-saciedad, tensión-distensión y dolor-no dolor.
- Significado: es el conjunto de representaciones inconscientes que constituyen la singularidad del deseo, expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

2.3.2 Distorsión de la imagen corporal

En los últimos años, la preocupación por la figura corporal se ha ido acentuando, en el intento por alcanzar el ideal estético. Se está produciendo un aumento en el caso de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente y sobre todo en bailarinas de danzas clásicas. Por ello los efectos en la salud asociados a una autovaloración de la imagen corporal insatisfactoria han tenido una creciente atención en los últimos años (Torresani & Somoza, 2011).

Mientras las mujeres tienen como ideal una imagen delgada, los hombres tienen como ideal una imagen representativa más voluminosa. Sin embargo, las expectativas culturales actuales estarían contribuyendo a los trastornos de imagen corporal de ambos sexos (Torresani & Somoza, 2011).

Se utiliza a menudo la percepción de la imagen corporal como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen corporal.

Diversos autores han demostrado que la insatisfacción de la imagen corporal es un fuerte predictor de trastornos alimentarios en adolescentes, destacándose la anorexia y bulimia nerviosa en la mujer, la vigorexia en el varón. Se produce una distorsión en lo que piensa que es y lo que realmente es. Por lo tanto, existe una distorsión de ambas percepciones:

- 1- Perceptual: Hay un grado de inexactitud de la imagen corporal.
- 2- Afectiva o emocional: Hay un grado de insatisfacción con el propio cuerpo.

Se produce una insatisfacción con lo que se piensa que es y lo que realmente es. Generalmente, cuando esto sucede, es como si se viera reflejado en los espejos que agrandan la figura, presentes en los parques de diversiones. En los últimos años, la preocupación por la figura corporal, se ha ido acentuando, la figura femenina ha ido cambiando a través del tiempo: Los cuerpos voluminosos, que antes era considerados atractivos en la mujer, fueron reemplazados por cuerpos delgados, como sucede en bailarinas de danzas clásicas y se consideró a la “figura modelo” como sinónimo de belleza y de perfección.

Este tipo de distorsión es independiente del factor perceptual e incluye dos grandes aspectos de importancia teórica y clínica en los trastornos de la conducta alimentaria.

- a) El grado de satisfacción con la propia imagen: se observa en la práctica clínica pacientes donde sin demostrar una distorsión perceptual existe un malestar extremo en relación con su aspecto corporal. Existe en ellos deslizamientos semánticos donde la palabra “gorda” recubre indiscriminadamente a adjetivos como “fea”, “hinchada”, “horrible”, “asquerosa”, etc. Este tipo de distorsión incluye también lo que se ha dado en llamar “trastorno dismórfico” (D.S.M. III-R) y todos los síndromes donde existen un encadenamiento característicos entre la sensación exagerada de

fealdad e inhibiciones variadas. En este último sentido, es importante señalar las conductas evitativas de estos pacientes y su íntima relación con las pautas culturales de belleza en nuestra sociedad. El terror a “engordar”- que también se ha constituido en una categoría propia-aparece como el “objeto fóbigeno” de mayor importancia. En las versiones más neurotizadas se le puede encontrar alguna singularidad a esta “gordura-fealdad-menosprecio” pero en muchos casos se diluye en la inespecificidad subjetiva de valores sociales que se imponen como ideal a una estructura.

- b) El grado de registro de la interioridad corporal: desde Hilde Bruch (1974) hasta la actualidad se incluye al problema del registro de sensaciones de hambre y saciedad dentro de la concepción de imagen corporal. Los pacientes con este tipo de distorsión califican con dificultad las sensaciones interoceptivas y tienen inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos. Esta característica denominada alexitimia por Sifneos y Nemiah y desarrollada por Mc Dougall, es la base clínica para nomenciar la bulimia en el campo de la psicósomática.

Gloria León, psicóloga de la universidad de Minnesota, realizó un estudio sobre las jóvenes y los trastornos de la alimentación, observo que estas jóvenes tienen escasa conciencia de sus sentimientos y de las señales que envían sus cuerpos, lo que conforman el más claro pronóstico de que padecerán algún tipo de trastorno alimentario en los dos años subsiguientes. La mayoría de los niños aprenden a distinguir entre todas sus sensaciones, y a indicar si se sienten aburridos, enojados, deprimidos o hambrientos; esto es un aspecto básico del aprendizaje emocional. Pero estas adolescentes tienen problemas para distinguir entre sus sentimientos básicos. Pueden tener problemas con sus novios, y no estar seguras de que se sienten enojadas, ansiosas o deprimidas, solo sienten una difusa conmoción emocional con la que no saben lidiar eficazmente. En lugar de eso, tratan de sentirse mejor comiendo; esto puede llegar a convertirse en un fuerte hábito emocional de defensa.

Pero cuando esta costumbre de calmarse de esta forma interactúa con las presiones que recibe la joven para mantenerse delgada, se abre el camino para el desarrollo de trastorno en la alimentación. Al principio puede

llegar a atracarse de comida. Pero para permanecer delgada puede apelar a vómitos o laxantes, o a intensos esfuerzos físicos para perder el peso ganado con el exceso de comida. Otros de los posibles caminos que puede tomar esta lucha por manejar la confusión emocional es que la joven deje directamente de comer, lo que puede parecerle una forma de tener, al menos, algo de control contra estos sentimientos abrumadores (Gloria León et al., 1993, "Personality and Behavioral Vulnerabilities Associated with Risk Status for Eating Disorders in Adolescent Girls", journal of Abnormal Psychology, 102.Estados Unidos).

2.3.3 Factores que intervienen en la alteración de la imagen corporal

- 1- Influencia familiar.
- 2- Evolución psicológica.
- 3- Presión sociocultural.

Estos mismos factores son los que pareciera que inciden directamente en el desarrollo de los desórdenes alimentarios.

- 1- Influencia familiar: Algunos expertos sostienen que la familia excesivamente protectora constituye un hito en los antecedentes de los desórdenes alimentarios.

Estos padres suelen sugerir a sus hijos lo que deben pensar y sentir, de modo que nunca llegan a vivir sus propias vidas. La madre no distingue las diferentes necesidades físicas y emocionales del bebé y toda señal es interpretada como hambre. Esto hace confundir al niño cuando tiene hambre o cuando está satisfecho.

Madre sobreprotectora-Padre ausente: Estos modelos familiares inapropiados, pueden actuar como desencadenantes para que el hijo manipule la comida en forma destructiva.

- 2- Evolución psicológica: Existen otras teorías que centran el rechazo a la comida como resultados de tensiones sociales y sexuales, generadas por cambios físicos asociados con la pubertad. En este período hay una lucha

respecto de la identidad y el control. Presentan miedo a las situaciones nuevas, las cuales generalmente son evitadas.

3- Presión sociocultural: Existe una disparidad entre los valores sociales que se estimulan en la mujer (autonomía e independencia) y la experiencia real (cuidado de la casa, de los hijos, etc.).

Este choque de roles puede producir temor, culpa, sensación de estar equivocada o haciendo lo indebido.

La mujer se ve envuelta en una dualidad de responsabilidades que a veces la confunden. Esta dualidad o dobles mensajes son enviados permanentemente por la sociedad, a través de los medios de comunicación (Torresani, 2010).

Por lo tanto, la imagen que se tiene del cuerpo constituye un aspecto importante en la definición de los problemas alimentación. El cuerpo se conecta e informa de los otros, por lo que da cuenta de un lenguaje. El cuerpo expresa, en ocasiones, más que las propias palabras; en otros casos delata y en las más patológicas manifiesta lo que no se puede decir con palabras.

2.3.4 Evolución de la imagen corporal de la bailarina

“Después de carreras truncadas, vidas destrozadas y casos extremos de muertes a deshora” (“La dictadura del tutú”, 2011), el ballet sigue siendo una fuente inacabable de polémicas por el cuerpo femenino que exige sobre el escenario. Pocas veces se han visto bailarinas con sobrepeso, sino todo lo contrario.

Muchas-demasiadas, tal vez, exhiben una delgadez extrema. Sin duda una de las responsables de fomentar la figura esbelta y delgada de la bailarina de ballet en la actualidad (“Biografía de Ana Pavlova”, 2010), fue la bailarina rusa Pavlova (1881-1931), quien debido a su figura ligera y delicada, cambió para siempre el ideal de las bailarinas. A fines del siglo XIX, estas mujeres eran de cuerpo poderoso, musculoso y compacto (como las de las épocas de Marius Petipa, famoso coreógrafo francés). Su aspecto físico la hizo perfecta para realizar muchos personajes en ballets románticos y que actualmente se observa en la mayoría de las obras de este arte. Otros de los impulsores del

polémico cuerpo femenino en el mundo de la danza, fue el coreógrafo ruso nacionalizado estadounidense, George Balanchine (1904-1983). Según expertos, el maestro le había dicho a una famosa bailarina de los sesenta: “quiero verte los huesos”. Es la premisa de lo que se conoce en los círculos especializados, como el “cuerpo balanchine”, ni una sola curva, solo ángulos y líneas rectas, para acometer las posturas más gráciles y dramáticas.

Balanchine y sus creaciones, pueden haber abierto caminos hacia lo extremo. Se trata no de algo técnico, sino de una preferencia estética, impuestos en tiempos relativamente recientes.

Cuando el ballet se inventó, hace 200 años, las bailarinas tenían un peso normal, y lo de la delgadez fue cosa de los últimos 50 años. Anna Pavlova, afirma que el mundo del ballet profesional es muy competitivo e impone extrema delgadez.

Riveri (2009), considera que el ballet clásico se distingue de otras manifestaciones artísticas, porque se actúa siguiendo un criterio anatómico muy particular orientado a la selección de figuras humanas con dimensiones lineales y predominio a la delgadez. El aspecto musculoso es bienvenido en el bailarín, porque transmite virilidad y fuerza. En el caso particular de la figura femenina, sin embargo, el ballet clásico, presume búsqueda de una bailarina longilínea, debido a la importancia estética de la silueta, en la realización diestra y elegante de las exigentes acciones técnicas- artísticas que este arte plantea. En resumen, muchos críticos e historiadores coinciden en que el ballet en el siglo XIX, era un arte de la técnica y la postura; el enérgico Balanchine lo convirtió en una práctica en constante movimiento, cinética una forma de expresión artística, de tensión y dramatismo. Para que las gráciles bailarinas pudieran moverse, al ritmo que él esperaba de ellas, su peso debía ser más ligero que hasta entonces. De ahí la necesidad de delgadez. Qué precio pagan las bailarinas profesionales por ello, y qué legado cultural y moral ha dejado Balanchine entre sus sucesores, es material de debate que seguramente no termina.

2.3.5 Distorsión de la imagen corporal en la danza clásica

En la danza, la imagen corporal juega un papel muy importante, ya que es una forma de comunicación, expresión, tanto con los docentes, sus compañeros y así también, con la audiencia. Todo el trabajo recae en el cuerpo, y es el elemento del trabajo principal en una bailarina de ballet. Es por eso que muchas bailarinas desde pequeñas experimentan críticas o halagos de su estructura corporal. Las niñas que ingresan a la pubertad, estaban acostumbradas a tener un cuerpo infantil, ligero, sin problemas. Con frecuencia se encuentran que sus brazos y piernas crecen repentinamente y muchas veces, a un ritmo diferente al torso.

Por supuesto, esto afectará a su centro de gravedad y, a su vez, tendrán efectos negativos en la práctica de ballet. Esta situación, en muchos casos pueden resultar muy frustrantes para las alumnas, que sentirán que todo el esfuerzo duro ha desaparecido y solo quedara la tentación de darse por vencida. Incluso la realización de piruetas y el trabajo de puntas, pueden convertirse en una verdadera lucha. Como los huesos se alargan y los músculos demuestran cambios importantes, afectando principalmente los brazos y las piernas, la flexibilidad será puesta a prueba. Las caderas sufren un notorio ensanchamiento, afectando el ángulo del fémur y la rodilla. Esta última se vuelve propensa a las lesiones. Las niñas púberes que practican ballet se sienten inseguras y emocionalmente susceptibles. Esto no quiere decir que el talento de la joven haya desaparecido, sino que está teniendo problemas temporales de crecimiento. La profesora, los psicólogos o los padres son las personas ideales para ayudar a superar positivamente esta difícil etapa (“pubertad y danza”). La distorsión de la imagen corporal, también puede producirse por las siguientes razones:

- Miedo a crecer: el miedo a crecer, es sin duda, una de las numerosas causas de padecer trastornos alimentarios, en la pubertad y en la adolescencia. La persona afectada tiene pánico de que sucedan cambios en su cuerpo, así como el hecho de pensar que no va a volver a ser niña nunca más (Serrato, 2001). Las bailarinas púberes son conscientes de la importancia del cuerpo en el ballet. Pero las que empezaron a practicarlo desde muy pequeñas, están

“acostumbradas” a su cuerpo de niña, y la mayoría no está preparada o no quiere que su cuerpo sufra cambios característicos de la pubertad. A muchas le costará asumir dicho cambio, a otras les serán indiferentes.

- **Influencia de la familia y los docentes:** a diferencia de las niñas que optan voluntariamente por estudiar danza, están aquellas que cumplen el sueño de sus madres, que sueñan con que sus hijas sean bailarinas, y desde pequeñas la incentivan para que tomen clases en un estudio o compañía. El sueño de la madre muchas veces está plasmado en su hija, futura bailarina. Esto en la etapa de pubertad o adolescencia, puede afectar de manera significativa a la niña, que solo se colmará de presiones y confusiones, no solo proveniente del docente, sino también de su propia madre, quien le exigirá cada vez más para que sea mejor que otras. La presión ejercida por la madre sobre su hija puede afectar, entre otras cosas, la alimentación. Por lo tanto, no es raro que llegue a padecer algún trastorno alimentario, ya que no buscará satisfacer solo a sus padres, sino también a ella mismo, al considerar que en la danza clásica el éxito está en la perfección que exige la técnica y en un cuerpo ideal exigido en el mundo del ballet.
- **Rechazo a la gordura:** el miedo de las adolescentes a subir de peso, está asociado a muchos factores, entre ellos, a la exigencias de los docentes a alcanzar el peso requerido para la danza, a la auto exigencia de ser mejor en la clase y llegar al éxito, y que su apariencia sea como la de una determinada bailarina modelo, entre otros. Una niña gorda, no solo puede ser rechazada por sus compañeras, sino por sus maestros, y hasta le sea difícil sobrellevar una clase tan dura, siendo propensas a padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Esto es lo que exige la cultura de la danza actual.
- **La sociedad actual,** que está acostumbrada a ver sobre un escenario a una bailarina delgada, sin lastres de grasa. Realizando movimientos rectos y lineales, opuestas a las bailarinas de otros tiempos, mucho más expresivas que técnicas. Desde pequeñas, las niñas deben trabajar duro para tener el cuerpo de una bailarina que sea capaz de realizar todos los movimientos que la danza exige, pero sin llegar a extremos peligrosos. Los maestros y padres, deben

concientizarlas desde pequeñas para evitar una distorsión de la imagen corporal y trastornos alimentarios.

- Obsesión a la delgadez: los bailarines del ballet son célebres por su porte, habilidad y gracia. Hacen que pasos difíciles, saltos, brincos parezcan sumamente sencillos. Los bailarines, profesores, coreógrafos, directores de compañía a menudo hace énfasis en mantener un bajo peso corporal. Se espera que las bailarinas del ballet sean delgadas y ágiles, en tanto los bailarines sean musculosos y masculinos. Ambas condiciones requieren mantener un bajo porcentaje de grasa corporal (Saglimbene, 2011). Las bailarinas púberes, reconocen la imagen de un cuerpo armonioso y delgado en el ballet, por eso hacen lo que está a su alcance para no aumentar de peso, como evitar realizar comidas, comer menos de lo normal, e incrementar los horarios de práctica, situaciones que llevan a desórdenes alimentarios.

2.3.5.1 Hábitos alimentarios e imagen corporal de bailarinas: repercusiones

La imagen típica de la bailarina etérea, sin redondeces y lastres de grasa es relativamente reciente. El fenómeno de la delgadez extrema de los bailarines, se popularizó a mediados del siglo XIX, donde la danza contempla a sus bailarines como seres fantásticos, duendes, ninfas, y sílfides, regido físicamente por una dictadura estética que exige una extraordinaria figura corporal (Toro, 2009). Los estereotipos creados en el mundo de la danza han llegado a exigir pesos extremadamente bajos en bailarines, incluso a los que están en pleno proceso de maduración puberal, lo que dificulta su crecimiento y desarrollo. La delgadez radical (La dictadura del tutú, 2011), es una epidemia en el ballet, y los expertos responsabilizan, en gran parte, al maestro de la coreografía George Balanchine. Pero, no es que el ballet cause desorden alimenticio (Alandete, 2011 citado por Fisher, 2011), sino el someter a las futuras bailarinas a una presión exagerada, a pesar de que naturalmente tienen problemas con la comida en la adolescencia. De ahí la necesidad de delgadez,

aún presente en nuestros días. Para las estudiantes, esta presión que ejerce el hecho de tener un peso por debajo a lo normal, afecta no solo al peso y al control de la comida sino a toda una forma de vida; las niñas o adolescente en plena edad escolar y desarrollo se comprometen a realizar planes alimentarios en bajas calorías, que a su vez compite con su equilibrio dietético, poniendo en riesgo su salud e incluso la vida de las mismas.

2.4- Danza

2.4.1- Introducción

El arte de la danza, inherente al ser humano, ha existido desde los primeros tiempos, por lo que se considera la expresión artística más antigua. Ha estado al servicio de las necesidades básicas del hombre: la alimentación, cuando el hombre primitivo bailaba imitando al animal que quería cazar, para capturar su alma y dominarlo; la comunicación con la comunidad y la comprensión del entorno, con danzas colectivas de tipo recreativa, de cortejo o en danzas festivas y mágico- religiosas. Y para responder cuestionamientos filosóficos (Leon, 2012).

El arduo estudio de la danza a través de la historia ha revelado inquietudes y comportamientos del hombre de cada época. Por ejemplo, la doble cara de los hombres del Renacimiento, que preocupados de refinar sus modales contrataban a los primeros maestros de danza, quienes los acercaban al mundo de las cortes; pero a su vez estos mismos alumnos, bailaban a escondidas en fiestas plebeyas, encubiertos con máscaras, para no ser reconocidos ante tan “denigrante” comportamiento (Leon, 2012).

Esta necesidad de expresión va unida a cada acontecimiento de la vida del hombre, con danzas funerarias, de nacimiento, de matrimonios, danzas de cacería, danzas religiosas, festivas y otras; las que han provocado diversas clasificaciones en los bailes, según su función, como las recién nombradas, según su origen, o según su forma. Hombre y mujer, bailando y formando

figuras que se conectan con el cosmos, con los dioses, con la tierra; han comprendido el entorno y superado todo tipo de inconvenientes. Bailando en rondas, filas, o con el grupo, han podido organizarse jerárquicamente, acompañarse en momentos de dificultad y divertirse, como una necesidad vital. Bailar las emociones, seguirá siendo el motor de toda danza, sin importar en que tiempos se está viviendo.

El arte no se ve ajeno a este proceso, basta con ver los avances artísticos del Renacimiento, y comparar una danza instintiva con la meticulosa metodología del ballet (Leon, 2012).

En la danza, el creador desea superar las limitaciones del cuerpo y cada vez doblega toda ley establecida. Para esto utiliza vestuarios y máscaras, que lo ayudan a ser un individuo diferente, un personaje, luego las deja de lado, para concentrarse en el movimiento, explora con otras artes y estudia la música y la pintura, ordena y analiza el movimiento con sus componentes, lo que le permite mayor expresión, para sorprender al otro, al espectador.

Por último, cabe destacar, que la danza tiene un origen en la cotidianeidad, nace muchas veces de las danzas sociales y de las problemáticas más comunes del hombre. Pues siempre existirá la necesidad de bailar, como manifestación artística, o como danzas de comunidad.

2.4.2- Definición

La danza es la acción o manera de bailar. Se trata de la ejecución de movimientos al ritmo de la música que permite expresar sentimientos y emociones. La danza clásica, también conocida como ballet, es un tipo de danza que cuenta con distintas técnicas y movimientos específicos.

La danza clásica exige una importante concentración del bailarín, quien debe ejecutar movimientos corporales con mucha precisión y coordinación; los movimientos se centran sobre todo en los miembros inferiores. Sin embargo, la danza árabe es más expresiva y no requiere tanto de técnicas como la danza clásica; los movimientos se focalizan sobre todo en la pelvis y miembro superior.

El entrenamiento en la danza clásica y danza árabe es imprescindible ya que en la primera, se necesita adquirir elasticidad y fortaleza (Pujante rodenas, M. y Martinez Sanchez, M, 2011), en la segunda se adquiere movimientos circulatorios en la pelvis, no requiere tanta fortaleza ya que el cuerpo de la bailarina árabe debe tener poca musculatura para poder realizar movimientos en todo el cuerpo y no posee un lenguaje único e universal, ya que cada persona lo modifica y realiza movimientos a su manera (Leon, 2012).

La danza clásica (“Danza Clásica”, 2011), es una forma de expresión internacional que emplea un lenguaje único y universal, en Francia en el siglo XVII y bajo su forma francesa se irradió por todo el mundo. Hace ya un tiempo que está considerada un arte en sí misma. Es la danza de escuela, y a pesar de su raigambre de sus reglas y tradiciones, al ser una enseñanza perfectible, no deja de progresar y enriquecerse. De hecho, su historia se basa en una serie de dificultades que se han ido venciendo y se han convertido en una rutina de estudio, de escuela. Hoy es vista como una representación de la elegancia y estilos más puros donde los bailarines realizan los movimientos de forma perfecta y de acuerdo con los tiempos que poseen la música. Es un estilo de danza que requiere entrenamiento y mucha disciplina, por la dificultad que requiere aprenderlo. Pero igualmente, con el paso del tiempo y el advenimiento de otros tipos de danzas, que nacieron como contrapartida del ballet, éste fue evolucionando. Igualmente lo que identifica a la danza clásica es la conducta y la perfección de postura, movimientos, y actitud. Por lo tanto, el bailarín debe conocer y manejar a la perfección su propio cuerpo, desarrollar el tono muscular, fuerza y resistencia adecuado.

Cabe destacar que no se encontraron bibliografías recientes de la danza árabe relacionada al tema.

2.4.3 Danza clásica: origen del ballet

Las primeras experiencias en torno al ballet, se sitúan a finales del siglo XV, y fundamentalmente, en el siglo XVI y XVII, cuando el baile cortesano estaba en vías de desaparición y se buscaba un nuevo modelo de espectáculo

y, sobre todo, una técnica sobre la profesionalización de la danza. Una de estas primeras manifestaciones de ballet tuvo puesta en escena en Torontalia, con motivo de la boda del duque de Milán con Isabel de Aragón, en 1469. El autor del espectáculo, un gentil hombre de Toronta, fue Bergonzzo Botta, quien hizo una aportación verdaderamente original al conferir a su creación una estructura orgánica basada en el tema de amor conyugal. Aunque se trataba de un espectáculo ostentoso, las formas y movimientos de baile eran sencillos y elementales. Ellos no impidió su enorme éxito, y la representación se convirtió en el comentario obligado de toda nobleza. En esa cantera de la danza, que fue la Italia de cuatrocientos, surgió el primer tratado de baile importante, escrito por Domenico de Piacenza, quien servía en la corte de Ferrara: “De arte saltandi et choreas ducendi” (Del arte de saltar y conducir el corro). Si bien, se desconoce la influencia que ejerció esta obra en su momento, puesto que su influencia sólo se reveló cuando se descubrió un manuscrito en 1963, su importancia radica que con él nació el trabajo coreográfico al dejar de lado los esquemas fijos para las danzas, centrando en el, el interés, en cambio, en la descripción de pasos y movimientos, en tanto en elementos primarios con los que pueden crearse infinidad de nuevas composiciones. En la segunda mitad del mismo siglo XV, el poder creativo Italiano se manifestó a través del Baltasarini di Belgioioso, un violinista que se trasladó a Francia donde fue conocido como Baltazhar de Beaujoyeux. Con una larga experiencia en la vida cortesana, de intrumentista, pasó a ser un prestigioso animador de fiestas, lleno de renovadoras ideas para la danza. Catalina de Médicis, por su parte, aportó a la corte francesa una auténtica inquietud por el desarrollo del ballet, tal como había visto que se daba en Italia. Del encuentro entre los intereses artísticos de la reina y Beaujoxeus surgieron los cimientos que permitieron al ballet afianzarse y progresar. El primer fruto importante de esta colaboración, se dio en 1573 con el “Ballet de polonais”, estrenado cuando las Tullerias cuando Enrique, hijó de Catalina, subió al trono de Polonia. Pero la obra fundamental del antiguo violinista fue el “Ballet comique de la reine”, estrenado en el Petit Bourdon en 1581 y con el cual se inició la tradición del ballet de corte. Se trataba de una versión libre de mito de Ulises, prisionero de Cirse. Los elementos que esta creación dejó establecidos para el futuro fueron la

unidad argumental y la limitación espacial, en primer término, y un esbozo de profesionalización. Aunque la sala de la representación era de grandes dimensiones, algunos aspectos escenográficos y los lugares destinados al público marcaban con precisión hasta donde podían llegar los bailarines en sus evoluciones. En este sentido, los espacios así demarcados para el ballet de corte estaban constituyendo un antecedente del futuro escenario. Estas características, sumadas a las palabras que escribió Beaujoyeux en el prefacio del libreto de su obra “He dado el primer título y honor a la danza, y el segundo a la sustancia”, explican los motivos por los que se consideran al ballet comique de la reine como la pieza que constituye el punto de partida en la historia del ballet. La nueva modalidad, tuvo una enorme aceptación, y de Francia se extendió a todas las cortes Europeas. Los argumentos de esos ballets precursores estaban inspirados a la mitologías griegas y romanas (Parramon, 1985; citado por Piñeiro, 2009).

2.4.3.1 Formación del bailarín profesional

Abad Becerra y Correo Quintero (2008), señalan que en la formación de un bailarín de danzas confluyen una suerte de azares, causas, intenciones que van configurando su identidad. La experiencia se alcanza cuando todos estos acontecimientos transforman pensamientos, actitudes y formas de actuar. La carrera profesional en danza clásica (“la danza clásica es el lenguaje escondido en el alma”, 2011) es una de las más duras que hay. Para convertirse en bailarina profesional, las niñas comienzan sus clases a partir de los 6 años y los niños alrededor de los 11 años de edad. Es mucha la fuerza de voluntad y la disciplina que hay que tener para continuar. Son muchas las horas de práctica y estudio, y hay que estar pendientes desde muy pequeños de los horarios de entrenamiento y de llevar una alimentación saludable.

De Pedro Pascual (2011), sostiene que las clases de danzas clásicas tienen como objetivo principal desarrollar los fundamentos del ballet clásico, su desarrollo, su lenguaje, y técnica específica, formando al alumno en la comprensión y estudio específico del ballet. La técnica de la danza clásica es

utilizada como base de casi todos los trabajos corporales artísticos debido a la colocación de los diferentes ejes del cuerpo, y a la corrección de los hábitos posturales, además de facilitar el reconocimiento y el dominio del mismo. En las clases se busca una evolución constante de ejercicios desde técnicas de flexibilización, alineación y estiramiento, hacia otras donde debe ponerse en juego la coordinación, fuerza y potencia de cada alumno. Diferentes sistemas de entrenamientos de ballet han evolucionado, adoptando el nombre de sus países de orígenes (escuela rusa, francesa, etc.) o de sus maestros (el italiano Enrico Cecchetti, el danés Augusto Bournoville o la rusa Agrippina Vaganova). Estos sistemas, sin embargo, difieren más en el estilo y el énfasis en algunos aspectos más que en los movimientos mismos enseñados. El lenguaje técnico es universalmente el mismo, sin importar la escuela, aunque pueda haber diferencias en la denominación o en la ejecución de algunos movimientos. A medida que el alumno mejora su eficiencia, los ejercicios en la barra y en el centro se van haciendo cada vez más complejos, aunque siempre basándose en los mismos movimientos aprendidos desde un comienzo. Los movimientos se hacen cada vez más rápidos o más lentos, más extensos, más complejos (combinaciones) y físicamente más demandantes. De ahí la importancia de establecer una sólida base desde un principio, ya que de ellas depende el progreso en un futuro. Generalmente los alumnos realizan las clases para mantener su nivel de ejecución técnica, para aprender pasos nuevos. La técnica de ballet clásico, es universalmente reconocida como una base sólida para la práctica de cualquier forma dancística. Los principios técnicos adquiridos con la práctica del ballet, pueden ser aplicados a cualquier forma o estilo. Caballero Riveri, Marcos Plasencia y Rodríguez Marcos (2009), señalan que el trabajo de un estudiante de ballet es bastante arduo, ya que no solo deben aprender las técnicas del ballet (de acuerdo con un programa escalonado, en concordancia con la edad y el desarrollo psicomotor), sino también, otras asignaturas complementarias que le permitan tener una visión integral de su arte. Al estudiante se le inculca el hábito de entrenamiento diario desde los primeros días de la estancia en la escuela de ballet.

2.4.3.2 Requisitos para una formación como bailarina

Según Mc. McCullough (2009), ser una buena bailarina no es innato, se necesita mucho esfuerzo y dedicación. Requiere mucha constancia, dedicándole mucho tiempo diario. Aquí se presentan algunos de los requisitos para llegar a ser un profesional del ballet:

- Perseverancia en las clases y vocación: para convertirse en bailarina profesional se necesita voluntad, fortaleza, un buen profesor y vocación. La fuerza de voluntad, es una de las cosas más importantes, es el amor a la profesión, a la dedicación al esfuerzo diario. La técnica tiene que ser bien cultivada día a día, años tras años, pues todas las danzas, todos los bailes y todo bailarín, requiere una formación física constante para no flaquear en el escenario, para no caer en un giro, para pasos limpios de ejecución y claros, conociendo así el propio cuerpo y las posibilidades que se tiene.
- Fortalecer los pies y piernas: el trabajo de pies es fundamental, ya que es una característica de la bailarina. Diariamente la bailarina debe realizar estiramientos de rodillas y pies con el fin de prepararlos para el futuro trabajo con las puntas. No es fácil llegar a ellas, es un camino doloroso y quizás lleno de frustraciones, que solo se consigue con mucho esfuerzo y dedicación.
- Sentir la música: la música es el complemento eterno del bailarín. Tanto en las clases, como en el escenario la música estará presente, y uno de los objetivos más importantes en la danza es saber oírla y tener en cuenta los tiempos musicales. La preparación del oído musical es fundamental en toda escuela de danza.
- Llevar a cabo una alimentación adecuada: sólo con una buena alimentación y nutrición se puede cumplir los requisitos previamente nombrados. Completar las clases con una alimentación completa y saludable, además de una buena hidratación, mejora el rendimiento físico e intelectual, dos condiciones que son primordiales en el estudio de ballet clásico. De esta manera, las alumnas pueden tener un peso y estatura aptos para la danza y, a la vez, dentro de los rangos de normalidad, que sólo se lograría con una buena alimentación, sin caer en trastornos alimentarios.

2.4.4 Danza árabe

2.4.4.1 Introducción

Se considera la danza oriental, como un sano deporte cuya finalidad es encontrar la armonía entre el cuerpo y la mente, y cuyo medio para conseguirlo es la contracción y relajación muscular en la parte inferior del tronco mediante movimientos circulares, a diferencia de otras danzas, que suelen centrarse en los músculos de las extremidades. Se dice que, el movimiento circular de esta parte del cuerpo afecta a otras, fortaleciendo los músculos del abdomen, la parte inferior de la espalda y, en particular, la pelvis. Este aspecto demuestra la sabiduría de nuestros antepasados al desarrollar este tipo de baile, pues el movimiento circular de los músculos del abdomen conlleva una presión interior imprescindible para el procesado de los desechos en el cuerpo humano.

Se analizó que nuestros antepasados intuyeron, en cierto modo, que el cuerpo humano pierde su equilibrio funcional si no es capaz de una correcta alimentación, por ende, digestión y absorción, teniendo en cuenta que un vientre sano es un parámetro básico para medir la salud y la vitalidad del hombre (Leon, 2012).

Por otra parte, cualquier forma del movimiento humano, tanto espontáneo como voluntario, al son de la música permite al hombre sentirse sosegado, feliz y relajado.

No cabe duda de que la danza es una manera de coordinación de los músculos y los nervios con la mente, practicada no sólo por el hombre, sino también por muchas especies de animales. Además, la danza muestra una nueva faceta relacionada con la terapia. Numerosos especialistas en el campo de la educación física han determinado que cualquier movimiento del cuerpo humano no es más que un beneficioso deporte para el cuerpo. El hombre que realiza muchos movimientos posee una actividad y vitalidad superior a los demás.

Se dice que en la época moderna, la ciencia médica utiliza la danza y la música como método terapéutico. La razón se atribuye a que el baile requiere numerosos y diversos movimientos que exigen coordinación además de realizar un esfuerzo físico. Asimismo, debe mencionarse que muchas enfermedades psíquicas se atribuyen en gran medida a causas orgánicas, y por ello, la danza no siempre es capaz de curarlas. No obstante, no resulta extraño encontrar que muchos de los que niegan el baile y el canto, generalmente sufren algún tipo de trastorno depresivo, percibiendo su mundo desde su particular punto de vista. En definitiva, el baile es una terapia eficaz para curar la depresión, las preocupaciones, el nerviosismo y la neurosis, además de ser un deporte que contribuye a desvelar la oculta energía del hombre. Más difícil resulta hallar algún caso de enfermedad psíquica entre los que incluyen la danza de forma periódica entre sus actividades. Igualmente hay que insistir en que ciertas enfermedades psicológicas, no se pueden tratar a través de la música o el baile por la incapacidad del paciente en percibir sus contenidos (Leon, 2012).

2.4.4.2 Características de la danza oriental según la visión del occidente

La verdadera grandeza de la danza oriental y de las auténticas bailarinas de danzas árabes reside en la expresión del cuerpo, en su capacidad para establecer una comunicación anímica entre su ejecutante y los espectadores. Existe, pues, un elevado valor espiritual que puede manifestarse a través de esta danza como parte complementaria de la naturaleza humana, en particular, de la femenina. Durante la actuación de la danzante, se puede exteriorizar cualquier sentimiento humano sin gestos o insinuaciones excesivas, siendo lo que edifica la espiritualidad de la danza oriental. Las bailarinas genuinas consiguen la brillantéz sin enseñar todos sus encantos, es decir, cuanto más real es su estilo, más directamente llegará su arte al espectador, lo que supone crear un ambiente adecuado de entendimiento y comunicación (Mohamed, 1998).

Mientras el baile moderno occidental insiste en los mismos movimientos una y otra vez, se dice que la danza oriental se basa fundamentalmente en una mezcla de movimientos y expresiones interrelacionadas con sentimientos. La bailarina suele recibir el mensaje de la música, lo expresa con su peculiar estilo y produce finalmente unos efectos, descritos por algunos como hipnóticos, que envuelven a la bailarina y a los espectadores, al mismo tiempo (Mohamed, 1998).

La danza oriental atrae tanto a mujeres como a los hombres, ellas suelen comprender el mensaje enviado por un ser de su mismo sexo. También puede aprender mucho en lo que se refiere a la atracción de los cuerpos. Este aspecto llama poderosamente la atención de toda persona interesada en la flexibilidad del cuerpo y la armonía de sus movimientos al ritmo de la música. Se dice que un cuerpo armónico expresa y habla con su movimiento, diciendo primeramente: "Estoy aquí para expresar lo que siento."

Se descubrió, que la práctica de la danza oriental ha solucionado, en muchos casos, temas típicamente femeninos como los dolores menstruales. Se dice que el secreto de la desaparición o disminución de estos dolores puede atribuirse a que la danza oriental motiva la separación del funcionamiento del cuerpo, es decir cada miembro lleva a cabo su tarea de manera aislada. Así, pues, los hombros y los brazos se mueven de un modo distinto a la cintura, el pecho y el abdomen juegan otro papel diferente y todos esos movimientos, distribuidos de manera disciplinada, desempeñan una particular tarea en la zona de la pelvis sin duda, encontrando que los dolores que acompañan al periodo menstrual desaparecen, gracias a la influencia directa en los ovarios de los movimientos giratorios del cuerpo (Mohamed, 1998).

Otro aspecto desconocido también es el embarazo, no contradiciéndose en absoluto con la práctica de la danza oriental o, al menos, con sus ejercicios físicos ligeros.

2.4.4.3 La mujer y la danza árabe

Según Mohamed (1998), la diferencia entre la generación antigua y moderna es bastante clara, en cuanto al aspecto estético se refiere: la antigua creía que la obesidad era una necesidad para la mujer y su belleza. En la actualidad, incluso es considerada una enfermedad, no solo por estética en que las mujeres modernas desean deshacerse. Nuestra época repudia a la mujer gruesa y al cuerpo que se encuentra con dificultad de movimientos, llegando a graves extremos y obsesiones, como sucede en la mayoría de las bailarinas de ballet de danzas árabes. Es cierto que a causa de la obesidad la mujer puede perder su belleza, su agilidad y el disfrute de su vida, no obstante, deberían reflexionarse sobre el papel que juegan las casas de modas, las modelos y los medios de comunicación en presentar unos patrones estéticos inalcanzables para la mayoría y en deformar la realidad representando como bello lo que muchas veces sólo el reflejo de anorexia y falta de salud. Sin embargo, para el hombre oriental, en general, la mujer bella suele ser la mujer con formas y voluminosas, como sucede en la mayoría de las bailarinas de danzas árabes, pues es un signo de que goza de buena salud, mejor corazón y belleza interior. En esto último, es decir, la belleza interior, es donde reside verdaderamente la estética femenina, puesto que conocemos mujeres de bellísimos cuerpos, incapaces de transmitir nada sensato, ni agradable durante más de un minuto. Perdiéndose así cualquier encanto exterior. En cambio, “podemos encontrar con voluminosas e inteligentes, dulces, saludables, y de una exquisita feminidad” (Mohamed, 1998).

Cuando danzan las mujeres voluminosas se habla de que se encuentra ante una revolución del cuerpo y con simpatía y hermosa sonrisa, poseen una gran potencia oculta que entretiene y a veces asombra (Mohamed, 1998).

La danza oriental o árabe, no exige el cuerpo de una modelo tal como se entiende en occidente, sino que un cuerpo con curvas, es aceptable, e incluso exitoso.

2.4.4.4 Características de las bailarinas de danzas árabes

Se dice que la persona que cree que solamente se necesita “sentir” la música para ponerse a bailar desconoce la importancia de una preparación técnica adecuada. Igualmente las “que afirman que todo depende de la preparación técnica probablemente no ha comprobado las sensaciones y emociones que se despiertan al escuchar las hermosas melodías orientales” (Leon, 2002).

La bailarina no tiene presencia cuando ignora los recusos técnicos que ofrece el ballet. Por supuesto se habla de una base elemental de la danza clásica. Sin esta base no se consigue seguridad en el cuerpo ni se perciben sutilmente esas sensaciones musculares que con el tiempo se va afinando, y que posteriormente se convertirán en punto de referencia de equilibrio y coordinación (Leon, 2002).

Para aprender a transmitir sentimientos e interpretarlos adecuadamente se necesita adquirir velocidad, equilibrio, coordinación, tener el sentido del eje corporal, tener “colocado” el cuerpo a nivel muscular, abertura, etc. Se descubrió, que la persona que no tiene carácter, disciplina, voluntad, espíritu de lucha, no alimenta a su espíritu y por lo tanto carece de expresividad, el cuerpo no le responde para los giros ni para su estabilidad dentro de un espacio limitado que no siempre es el mismo. Sin embargo todos los entendidos afirman que el talento hay que cultivarlo, hay que trabajarlo todos los días, especialmente durante el verano ya que el calor favorece el calentamiento muscular.

Por ello, la bailarina debe acostumbrarse a oír música y tener sentido del ritmo, ensayar a solas “su interpretación”. Si la mujer no baila con el corazón no conecta con su estado interpretativo especial, no le resulta fácil “leer la música con el cuerpo”, mucho menos podrá desprender un magnetismo especial. No es cuestión de “dejarse llevar” por criterios subjetivos, ni de cerrar los ojos para sentir y no ver la realidad. La música y la danza son matemática, requieren precisión. A partir de allí se empieza a construir el arte. Así a través del rostro se reflejan sus experiencias emocionales de amor, sufrimiento, gozo interno e inseguridades (Leon, 2002).

Se analizó, qué la danza árabe mueve todos los centros energéticos del cuerpo favoreciendo el funcionamiento de las articulaciones, que se recomienda sobre todo en mujeres adultas. Con la danza oriental, se dice que toda mujer supera sentimientos profundos de inseguridades y las emociones fluyen, la energética vital se hace patente, vital, real. El movimiento rítmico se convierte en armonía de pensamiento y acción.

2.4.4.5 Finalidad de la danza oriental: en sus orígenes

Tuvo su origen en Egipto de los Faraones aún admitiendo las innumerables influencias de otras culturas a través de los tiempos. En el antiguo Egipto como en los pueblos primitivos se bailaba como parte de un ritual mágico religioso, consecuencias de todas las cuestiones que preocupan al ser humano: el destino, la vida, la muerte, las fuerzas de los elementos de la naturaleza y la divinidad.

“Las mujeres iniciadas en los rituales de la diosa Phat bailaban ritualmente en El Karnak delante del Faraón y de los altos dignatarios sacerdotales y militares elevando y agitando rítmicamente los brazos y las caderas vibraban” (Leon, 2002).

La danza ritual estaba encomendada sobre todo a las mujeres para que a base de movimientos placenteros, sinuosos, e intencionados se favoreciera la fertilidad de la tierra. Los movimientos de brazos suplicantes generalmente dirigidos hacia el Sol atraen la energía celeste, generadora de la vida. La mujer cuando baila establece un vínculo entre la energía solar y la terrestre, es decir entre la energía masculina y energía femenina. Analógicamente la mujer atrae la vida, la armonía con su vientre, con su mente y con todos sus atributos femeninos (Leon, 2002). Es por eso que la música, el canto y la danza se cultivaba en las mujeres para ejercer esas funciones religiosas.

2.4.5 Alimentación en la danza

Existen muy pocos estudios en nuestro país basados en las necesidades físicas y psicológicas que presentan las personas que se dedican a la danza árabe y clásica. A pesar de que los bailarines y bailarinas son un grupo de riesgo para el desarrollo de lesiones y problemas psicológicos, a veces parece un colectivo olvidado ante la sociedad y la ciencia. La apuesta por la investigación es esencial en este ámbito, pues se necesita conocer cuáles son sus dificultades y las estrategias más adecuadas para prevenirlas y/o abordarlas.

Un estudio de detección de necesidades (García-Dantas, Del Río, Sánchez-Martín, Avargues, & Borda, 2013) llevado a cabo sobre aproximadamente 400 estudiantes de Grado Profesional de diferentes Conservatorios de Danza de Andalucía ha revelado que existe un gran número de alumnos/as que realizan dietas, restringen determinados alimentos y hacen uso de estrategias para perder peso poco saludables, como por ejemplo, realizar ejercicio físico compulsivo.

Además, un alto porcentaje de estudios afirmaban que las exigencias a las que se ven sometidos como consecuencia de la práctica de la danza de forma simultánea a sus estudios de Bachillerato, Universidad, etc., les dificultan el mantenimiento de unos hábitos alimentarios saludables. En este sentido, algunas personas destacan el escaso tiempo que tienen para comer o prepararse la comida y otras presentan creencias erróneas respecto a la delgadez del tipo de: “perder peso hará que baile mejor”, lo que las lleva a sentirse profundamente insatisfechas con su apariencia física (Dantas, 2013).

2.5- Estado nutricional y valoración antropométrica

El estado nutricional del individuo es el resultado del balance entre las necesidades de energía, nutrientes esenciales y su gasto. Los factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicológicos, sociales, económicos y

ambientales, pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o a impedir la utilización óptima de los alimentos consumidos (Torresani & Somoza, 2011). Por otra parte, los patrones de alimentación, específicamente relacionados con la malnutrición que abarcan tanto déficit como excesos nutricionales. Se puede decir, que la gran mayoría de personas que realizan algún tipo de danza, sufren alguna forma de malnutrición, provocando que muchas no tengan la energía necesaria, ni los nutrientes fundamentales para llevar adelante una vida sana y activa (García-Dantas, Del Río, Sánchez-Martín, Avargues, & Borda, 2013). Esto podría provocar un aumento de enfermedades, y como resultado a esto problemas de salud graves. La malnutrición puede ser una causa o consecuencia, es decir, algunas enfermedades pueden provocar algún grado de malnutrición o esta puede ocasionar algún padecimiento.

La evaluación antropométrica es el conjunto de mediciones corporales, con el que se determina los diferentes niveles y grados de nutrición de un individuo mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos (“estado nutricional”).

Por ello, las alumnas de danzas árabes y danzas clásicas, deberían ser sometidas a una evaluación del estado nutricional antropométrico de manera periódica y por personal calificado. Esto implica una evaluación al inicio del curso, otra antes de realizar el primer corte evaluativo de la especialidad y la última evaluación antes de realizar el corte evaluativo para finalizar el curso (Rodríguez, 2008).

Las mediciones que se recomiendan para los adolescentes en esta etapa son: peso y talla.

2.5.1 Peso

Según De Girolami (2003), el peso de un individuo es la medición probablemente más utilizada como representativa de la masa corporal total. Sus variaciones extremas, aunque se relacionan con patologías nutricionales clásicas (desnutrición, obesidad) no permiten evaluar el origen de las mismas,

aunque sí es muy útil para monitorear la evolución. Considerando el momento en el que se efectúa la medición y atendiendo a su relación con la evolución del estado nutricional, puede considerarse distintos tipos de peso. El instrumental a utilizar para su medición es la balanza de precisión o báscula de pie. El individuo debe pararse en el centro de la balanza, con ropa interior o prendas livianas o descalzo. El resultado se expresa en Kilogramos (kg). Considerando el momento en que se efectúa la medición y atendiendo a su relación con la evolución del estado nutricional, pueden considerarse distintos tipos de peso: actual, habitual, teórico o normal, saludable e ideal.

- **Peso actual:** Es el peso que tiene el individuo al momento del diagnóstico. Se trata de una medición precisa y confiable, que expresa su masa corporal total, pero no define compartimentos e incluye fluidos. Junto a la talla permite definir el Índice de Masa Corporal (IMC). Es muy común que las estudiantes de danzas clásicas deban cumplir con un peso de referencia establecidos por sus docentes, teniendo en cuenta la edad y la talla. Generalmente es realizado en las compañías donde la danza es una carrera profesional y seria. Las alumnas deben comenzar a cumplir con un determinado peso, aproximadamente en la pubertad y adolescencia.
- **Peso habitual:** Es aquel que el individuo ha mantenido durante más tiempo. El paciente suele confundirlo con su peso normal. El peso habitual puede no ser el saludable y variar en distintas etapas de la vida (niñez, adolescencia, matrimonio, posterior al matrimonio, etc.).
- **Peso normal o teórico:** Es aquel que podemos encontrar en las tablas de peso-talla de población normal y está ligado al sexo, la talla y la contextura del individuo.
- **Peso saludable:** Es el rango de peso entre los percentiles 5 y 95 que figuran en las tablas normales.
- **Peso ideal:** Es un punto, dentro del rango del peso saludable, es aquel peso en el que el individuo se siente bien y no le cuesta mantener.

2.5.2 Talla

Es la altura de la persona expresada en m o cm. Junto con el peso permiten determinar el IMC. Lo recomendable es utilizar una cinta métrica inextensible. La más conocida y utilizada por los profesionales de la nutrición son de la marca Lufkin. El sujeto debe estar de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en su máxima extensión y la cabeza erecta mirando hacia el frente en posición de Francfort (De Girolami, 2003).

- Instrumental: Medidor de talla, altímetro o estadiómetro; también podrá utilizarse una cinta métrica de 2,5 m de largo y 1,5 cm de ancho que deberá adosarse a la pared con el 0 al nivel del piso, y una escuadra que se apoyará en la pared y en el vértex del sujeto.
- Método: Paciente de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en la posición de Francfort (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Se lo ubica de espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y rodillas juntas. Se descende el plano superior del altímetro o la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vértex).
- Resultado: En centímetros (cm).
- Observaciones: Medir en inspiración. Verificar la correcta postura de cuerpo y cabeza.

2.5.3 Índice de masa corporal

Es el resultado de la relación del peso y talla de un individuo, como forma de obtener un índice que refleje la situación ponderal y el riesgo, es una idea propuesta desde hace muchos años. Uno de los primeros índices utilizado fue el de Broca, que relacionaba en forma directa peso y talla. Debido a los amplios cambios que sufre como consecuencia de las variaciones de la talla, se propuso elevar la talla al cuadrado para minimizar la influencia de sus cambios (De Girolami, 2003). Nace así el Índice de Masa Corporal (IMC)

propuesto por el astrónomo belga Quetelet y citado habitualmente en inglés como Body Mass Index (BMI). Se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado, con ello se puede diagnosticar el estado nutricional de las bailarinas.

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (en metros)}$$

A pesar de su amplia utilización internacional como índice para establecer el riesgo y su correlación con la masa grasa (0,7 a 0,8), está lejos de ser un coeficiente ideal debido a su imposibilidad en diferenciar la composición corporal y a la disminución que sufre su especificidad en rangos extremos. En la actualidad, se tiende a complementarlo con algún método que permita distinguir la masa magra y la masa grasa, como por ejemplo la resistividad. Si bien hoy se lo utiliza epidemiológicamente como un índice útil en relación con la mortalidad y los factores de riesgo, los estudios realizados tomando por separado el peso y la talla muestran una relación positiva frente al peso y negativa para la talla.

Los valores de IMC son aun discutidos, aunque actualmente se pueda establecer un diagnóstico nutricional (respecto de la relación peso/talla).

Tabla 1: IMC y definiciones (De Girolami, 2003)

| IMC | DEFINICIÓN |
|------------|--------------------------------|
| Menor a 15 | Desnutrición muy severa |
| 15- 15,9 | Desnutrición severa (grado 3)) |
| 16-16,9 | Desnutrición moderada (grado2) |
| 17-18,4 | Desnutrición leve (grado 1) |
| 18,5- 24,9 | Normal |
| 25- 29,9 | Sobrepeso |
| 30- 34,5 | Obesidad (Grado 1) |
| 35-39,9 | Obesidad (Grado 2) |
| 40 o más | Obesidad (grado 3) o mórbida |

En el presente trabajo, se utilizó una clasificación del IMC resumida (ver tabla 2), con el fin de obtener datos más generalizados sobre la muestra analizada, que el trabajo de recolección de datos fuera más rápido y a la vez con resultados más precisos. Si bien las categorías de la variable “índice de

masa corporal” son menores que la clasificación original, no dejan de ser importantes los resultados obtenidos a partir de esta clasificación sintetizada.

Tabla 2: Clasificación del IMC sintetizada

| IMC | DEFINICIÓN |
|-----------|------------|
| 18,4 o - | Bajo |
| 18.5-24,9 | Normal |
| 25 o mas | Elevado |

En las opciones mencionadas en la tabla 2, se debe tener en cuenta que bailarinas con distinto peso y talla puede tener el mismo IMC, presentando menor riesgo en aquellas bailarinas con mayor talla. Finalmente, deben considerarse las naturales variaciones ligadas a la etnia, puesto que el IMC no contempla las proporciones de las longitudes de los segmentos corporales que suman la talla de los individuos, esto haría conveniente que cada raza tuviera sus propios valores normales de IMC en relación con el riesgo.

Fernández (2008), señala las ventajas y desventajas generales acerca del uso del IMC:

Ventajas

- Es un método rápido, económico y accesible.
- Permite determinar si un individuo está en su peso saludable o no.
- Puede aplicarse en hombres y mujeres adultos, así como también a niños.
- No se necesita ser de un peso o medida exacta para ser considerado “normal”. Hay un rango dentro de cada clasificación para permitir diferentes tipos de cuerpo y formas.

Desventajas

- No es una medida de la grasa corporal, las persona muy musculosas a menudo caen en la categoría de sobrepeso cuando no tienen demasiada grasa.
- Puede colocar a individuos que han perdido musculo en la categoría de peso saludable.
- Medir el IMC para las personas muy bajas o mujeres embarazadas no es apropiado.

Capítulo: 3

Metodología

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio correlacional. Según Hernández Sampieri, tienen como propósito, evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular.

3.2 Hipótesis de investigación

- 1- La ingesta calórica de las bailarinas de danzas árabes es inadecuada por exceso, mientras que las bailarinas de danzas clásicas es inadecuado por déficit.
- 2- Las bailarinas de danzas clásicas presentan bajo IMC, mientras que las bailarinas de danzas árabes presentan elevado IMC.
- 3- Las bailarinas de danzas árabes presentan trastornos de la conducta alimentaria, mientras que las bailarinas de danzas clásicas no presentan.
- 4- Las bailarinas de danzas clásicas no presentan alteración de la percepción de la imagen corporal, mientras que las bailarinas de danzas árabes presentan una percepción de la imagen corporal alterada.
- 5- Entre las bailarinas con percepción alterada de la imagen corporal, predominan las de Danzas clásicas.

3.3 Definición de variables conceptuales y operativas

Ingesta calórica:

Definición Conceptual:

Se considera a la ingesta calórica como el consumo total de alimentos a lo largo del día por un individuo, es esencial para el desarrollo de las funciones vitales del organismo y proviene de la oxidación de los macro nutrientes, por lo tanto, se encuentra en estrecha relación con la ingesta de los mismos que son requeridos en grandes cantidades por el organismo ya que aportan la energía necesaria para las diversas reacciones metabólicas. Los macro nutrientes están constituidos por las proteínas, hidratos de carbono y grasas (De Gilorami, 2004).

La ingesta de macro nutrientes debe cumplir con una de las leyes fundamentales de la alimentación: la ley de la armonía “las cantidades de diversos principios nutritivos que integran la alimentación deben guardar relación de proporciones entre sí” (López, Laura b; Suarez, Marta M.).

Para mantener la relación armónica en las cantidades de macro nutrientes, actualmente se establecen que del aporte calórico diario, los hidratos de carbono, deben cubrir entre 50-60%, las proteínas entre 10-15% y las grasas 25-30% (López & Suarez, 2005).

La alimentación es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. No hay que confundir alimentación con nutrición, ya que esta última se da a nivel celular y la primera es la acción de ingerir un alimento (Torresani & Somoza, 2011).

Definición operativa:

Para poder analizar la ingesta calórica de las bailarinas se realizó un recordatorio de 24 horas, método retrospectivo utilizado para estimar la ingesta

de un individuo. Los datos fueron tomados por el investigador y la operación fue repetida dos veces en una semana (jueves y viernes) de manera que una vez obtenidos los datos se volcaron en un programa llamado SARA que permitió calcular la ingesta calórica total. (VER ANEXO 1).

Categorías:

- **Adecuada:** La ingesta de consumo de energía se considera adecuada a las recomendaciones diarias admisibles cuando se encuentra entre 90-110% del porcentaje de adecuación que se obtendrá a partir de la siguiente ecuación: $(\text{Kcal ingeridas} / \text{Kcal recomendadas}) \times 100$. Se toma como punto de corte 2.350 Kcal para las adolescentes mujeres (FAO/OMS, 2003).
- **Inadecuada:** Se considera inadecuada las RDA cuando el consumo de energía de un porcentaje de adecuación diferente ya sea menor o superior a los nombrados anteriormente.

Percepción de la imagen corporal:

Definición conceptual:

Schilder (1998), definió a la “imagen del cuerpo” como la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en nuestra mente, considerándola como un concepto dinámico, en virtud de que el sujeto percibe su imagen corporal como una Gestalt, la que se halla en un proceso de permanente transformación y reorganización en relación con su medio ambiente.

La imagen corporal, supone tanto el conocimiento como la representación simbólica del propio cuerpo, es decir, la imagen corporal es la manera en la cual nos vemos y nos imaginamos a nosotros mismos.

En tanto, esta imagen se encuentra compuesta de diferentes elementos: un elemento perceptivo (precisión con la cual se percibe cuestiones como el tamaño, el peso y las formas), un elemento cognitivo afectivo (los sentimientos, pensamientos y actitudes que nos despierta el pensar el propio cuerpo) y un elemento conductual (las conductas que desembocan los dos elementos anteriores, como ser la decisión de evitar la exhibición del propio cuerpo), los

cuales se interrelacionan entre sí y será creada a partir del registro visual que se tenga del propio cuerpo, ubicado el mismo dentro de un contexto y una cultura determinadas que la definirán.

La percepción de la imagen corporal, es la estructura cognitiva que proporciona al hombre un reconocimiento de su cuerpo en cualquier situación y la información necesaria para establecer las relaciones con el medio, a partir de la consciencia de uno mismo y su situación en el espacio. La percepción corporal es un contenido amplio que incluye esquema corporal (tono muscular, respiración, lateralidad...), la autopercepción (imagen corporal) y la consciencia y vivencia de las mismas por medio de las experiencias motrices. Elementos existentes de forma inherente en cualquier tipo de actividad y movimiento, referidos a la noción del propio cuerpo y de cómo va evolucionando en sus relaciones con el medio (Prieto Bascón, Miguel, 2011).

Definición operativa:

Se llevó a cabo mediante cuestionarios autoadministrables para saber la percepción acerca de su cuerpo como Figure Scale (Collins, 1991). Se trató de un cuestionario de dos preguntas y una escala gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas que evalúa el grado de percepción de la imagen corporal. Las bailarinas señalaron uno de los 9 modelos corporales con el que más se sintió identificada. Para cada modelo existió una referencia:

- Modelo 1: desnutrición grado 3
- Modelo 2: desnutrición grado 2
- Modelo 3: desnutrición grado 1
- Modelo 4: normal
- Modelo 5: sobrepeso
- Modelo 6: obesidad grado 1
- Modelo 7: obesidad grado 2
- Modelo 8 y 9: obesidad grado 3

En la segunda pregunta las bailarinas eligieron entre 4 opciones, cómo consideraron su cuerpo:

- Muy delgada
- Poco delgada
- Algo rellenita
- Muy rellenita

Se consideró que una alumna presenta una percepción de la imagen corporal alterada, si en dicho cuestionario selecciona las opciones 7, 8 o 9 del ítem “a” (presentando un IMC normal o relacionado a delgadez) y/o la opción “algo rellenita” o “muy rellenita” del ítem “b”. (VER ANEXO 2)

Categorías:

- **Alterada**, si en dicho cuestionario selecciona las opciones 7, 8, 9 del ítem “a”, presentando un IMC normal o relacionado a la delgadez, y/o la opción “algo rellenita” o “muy rellenita” del ítem “b”.
- **No alterada**, si presenta un IMC normal o relacionado a la delgadez y en dicho cuestionario selecciona la opción 1, 2, 3, 4, del ítem “a” y /o la opción muy delgada, o delgada del ítem “b”.

Trastorno de la conducta alimentaria:

Definición Conceptual:

Los trastornos de la alimentación son enfermedades crónicas y progresivas, se manifiestan a través de la conducta alimentaria, sin embargo, engloban una gama muy compleja de factores psicológicos y emocionales, entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, hay un gran temor a subir de peso y la autoestima está supeditada a la percepción de una buena imagen corporal.

Papalia (2005), define a los trastornos de alimentación como “comer en exceso y falta extrema de alimentos” y son más comunes en las sociedades industrializadas donde el alimento es abundante y lo atractivo se equipara con la delgadez.

Halgin (2004) dice que el significado psicológico de la comida se extiende más allá de sus poderes nutritivos y los define como trastornos caracterizados por conflictos sobre la comida, la alimentación, el ejercicio y la imagen corporal.

Definición de anorexia y bulimia

Definición Conceptual:

La Anorexia Nerviosa es un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes pero también a pre-púberes, mujeres mayores, y, en menor medida, a los hombres.

Se caracteriza por una pérdida de peso auto inducida por medio de la restricción alimentaria y/o el uso de laxante y diuréticos, provocando vómitos o exceso de ejercitación física, miedo extremo a la gordura, amenorrea en las mujeres y pérdida de apetito sexual en el varón.” Herscovici y Bay, (1990).

Se habla de anorexia nerviosa cuando hay apetito, contra el que se lucha en función de una intención de no alimentarse, por lo que la delgadez pasa a ser la búsqueda incesante y una condición de existencia.

La Bulimia, es un “síndrome con rasgos propios que se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, seguidas de vómitos auto inducidos y por el uso de laxantes y/o diuréticos”. Herscovici y Bay, (1990).

Los periodos de sobrealimentación descontrolada han sido llamados atracones, la presencia de éstos es justamente lo que define la enfermedad.

Definición operacional:

Se llevó a cabo mediante encuestas dirigidas a las bailarinas, donde se aplicó el Eating Attitudes Test (EAT-26), este tiene como objetivo identificar, a través del auto reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas (Garner, Olmster, Bohr y Garfinkel, 1982). Esta prueba fue elaborada por David Garner y Paul Garfinkel

en el año 1979 y su primera versión, conocida como EAT-40, consta de 40 reactivos agrupados en 7 factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente se diseñó una segunda versión que consta de 26 reactivos, conocida como EAT-26, en la cual se suprimieron 14 ítems, por considerarse redundantes y que no aumentaban la capacidad predictiva de la prueba.

El Test de Actitudes Alimentarias ha sido recomendado como una prueba de filtro para determinar la presencia de riesgo de cualquier TCA, aunque se advierte la posibilidad de perder algunos sujetos con Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específica (TANE) (Iñárritu et al., 2004).

Específicamente el EAT-26 ha sido considerado como una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los Trastornos Alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez (Garner et al., 1982). Esta prueba ha sido utilizada “como una herramienta de “screening” para determinar “Riesgo de Desorden Alimentario”. Al ser una prueba de tamizaje (screening), se asume que una anticipada identificación de un desorden alimentario puede conducir a un tratamiento temprano, reduciendo así ciertas complicaciones físicas y psicológicas e incluso la probabilidad de muerte (About the EAT-26, (s./f.), EAT-26 Scoring and Interpretation). Los puntajes iguales o mayores a 20 puntos en el EAT-26 son frecuentemente relacionados con actitudes y conductas alimentarias de riesgo, pudiendo asociarse a un desorden alimentario (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001).

Los ítems de la prueba se agrupan en 3 factores: El Factor 1 Dieta se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a), el Factor 2 Bulimia y preocupación por la comida refleja pensamientos sobre la comida e indicadores de Bulimia, y el Factor 3 Control Oral está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión desde los otros por aumentar de peso (Garner et al., 1982) El EAT-26 se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 categorías de frecuencia: siempre, casi siempre, frecuentemente, a veces, rara vez y nunca. Las

preguntas desde la 1 a la 24 y la 26 (en dirección favorable a la variable) toman el siguiente puntaje: nunca, rara vez y a veces 0 puntos, frecuentemente 1 punto, casi siempre 2 puntos y la categoría siempre 3 puntos. Para el caso del ítem 25 (en dirección desfavorable a la variable) la puntuación es la siguiente: siempre, casi siempre y frecuentemente, 0 puntos; a veces, 1 punto; rara vez, 2 puntos y nunca, 3 puntos. El puntaje final de la prueba corresponde a la suma de todos los ítems, cuyo total puede variar entre 0 y 78 puntos. El obtener un puntaje igual o superior a 20 puntos se asocia a actitudes y conductas alimentarias de riesgo relacionadas con desórdenes alimentarios. (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin, 2001).

Los ítems de la prueba están estructurados a partir de tres factores: Dieta, compuesto por los ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25; Bulimia y preocupación por la comida, que contiene los reactivos 3, 4, 9, 18, 21 y 26; y Control Oral compuesto por los ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20 (Eating Disorders: Afflicting Mind, Body & Soul, 1999). (VER ANEXO 3)

Categorías:

- **Presencia:** puntaje igual o superior a 20 puntos.
- **Ausencia:** puntaje igual o menor a 20 puntos.

Estado antropométrico

Definición conceptual:

El estado antropométrico, es el conjunto de mediciones corporales con el que se determinan los diferentes niveles y grados de nutrición del individuo mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos (Alimentación y Nutrición, 2005).

Definición operacional:

El estado antropométrico, se evaluó con el índice de masa corporal que representa el método más práctico en esta. Permitió relacionar el peso actual del individuo con su talla. Este índice es considerado una de las herramientas diagnósticas y pronósticas más sencillas y efectivas utilizados en el campo de nutrición, siendo independientemente del sexo, de la edad y de la contextura física (Torresani & Somoza, 2011). Se lo utiliza para evaluar el estado nutricional como el peso normal y malnutrición que sería bajo peso y exceso de peso. Se obtuvo y relacionó el peso actual de las bailarinas con su talla. La determinación del mismo se basó en la relación del peso (expresado en kilogramos) con la altura (expresada en metros) elevada al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{Peso actual} / \text{Talla}^2 \text{ (en metros).}$$

Categorías:

- **Bajo:** IMC (18,4 o -)
- **Normal:** IMC (18,4- 24,9)
- **Elevado:** IMC (mayor a 25)

3.4- Tipo de Diseño

El diseño de este trabajo de investigación es no experimental del tipo transversal porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables, se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único por lo tanto se observó los fenómenos tal cual como se dan en su contexto natural y en un momento dado para después analizarlos.

3.5 Población y Muestra

Población: Bailarinas de danzas árabes y clásica entre 18 y 26 años de edad de Santiago del Estero que concurren a las academias “Yesmin Llebeili” y “Teresa Nader”, durante junio del 2014. La elección de las academias fue no probabilístico intencional, porque se los eligió deliberadamente.

Muestra: La muestra estuvo compuesta por 25 Bailarinas de danzas árabes y 25 bailarinas de danzas clásicas de dos academias diferentes y la selección, fue no probabilística intencional porque se realizó con los sujetos que querían acceder a la investigación.

Consideraciones éticas

Este estudio contempló en su desarrollo las normas CIOMS. Estas en su artículo 5 refieren a la obtención del consentimiento informado. En el trabajo propuesto, el investigador proporcionó la siguiente información:

- Que se invita al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria;
- Que el individuo es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho;
- Cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina;
- Que después de completar el estudio se informará a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general, y a los sujetos individuales de cualquier descubrimiento relacionado con su estado particular de salud;
- Que los sujetos tienen derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporales o

permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones);

- Cualquier incomodidad, dolor, riesgo o inconveniente previsible para el individuo (u otros), asociado con su participación en la investigación, incluyendo riesgos para la salud o bienestar.

3.6 Técnicas y procedimientos de recolección y análisis de datos.

Técnicas y procedimiento de recolección

Cuestionarios que se suministraron a las bailarinas de la academia de danzas árabes y clásicas. Se les explicó sobre las encuestas, para recolectar los datos necesarios para el estudio.

1. Eating Attitudes Test (EAT-26): La prueba de conductas alimentarias, su objetivo fue identificar síntomas, preocupaciones y características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN.

2. Registro de valoración antropométrica: Peso, altura, peso máximo alcanzado con la altura actual, peso mínimo alcanzado con la altura actual, peso máximo que el sujeto podría aceptar, peso ideal e índice de masa corporal. Todas las variables excepto la última son preguntas del cuestionario que no requieren ninguna transformación.

Se evaluó el IMC con la Balanza de pie y Cinta métrica.

3. Recordatorio de 24 horas. Método retrospectivo utilizado para estimar la ingesta de un individuo. Los datos fueron tomados por el investigador y la operación fue repetida dos veces en una semana (jueves y viernes) de manera que permitió estimar la ingesta habitual.

4. **Figure Scale (Collins, 1991).** Se trata de una escala gráfica autoadministrable de 9 siluetas femeninas que evalúa el grado de percepción de la imagen corporal, al analizar la diferencia entre la imagen corporal que el sujeto desea tener y la imagen corporal que cree tenerla, selección de la silueta que mejor representa la imagen de la participante.

Plan de análisis de datos

Todos los datos recolectados fueron volcados en una matriz de datos en el programa Excel. A partir de la misma se generaron tablas, gráficos y datos de análisis estadísticos correlacionales para conocer en qué medida los sujetos se diferenciaban en la ingesta calórica, estado antropométrico, alteraciones de la conducta alimentaria y distorsión de la imagen corporal. La comprobación de hipótesis se realizó mediante una aplicación de una prueba no paramétrica de χ^2 para dos variables y para una variable.

3.7 Instrumentos

El presente estudio está formado por los siguientes instrumentos:

1. ***Instrumentos antropométricos:*** balanza, tablas de IMC (FAO/OMS), cinta métrica, calculadora.
2. ***Encuesta cerrada:*** referida a datos personales, ingesta calórica (recordatorio de 24 horas), cuestionario de actitudes alimentarias (EAT), escala visual de siluetas corporales según IMC.

Capítulo 4:

Resultados

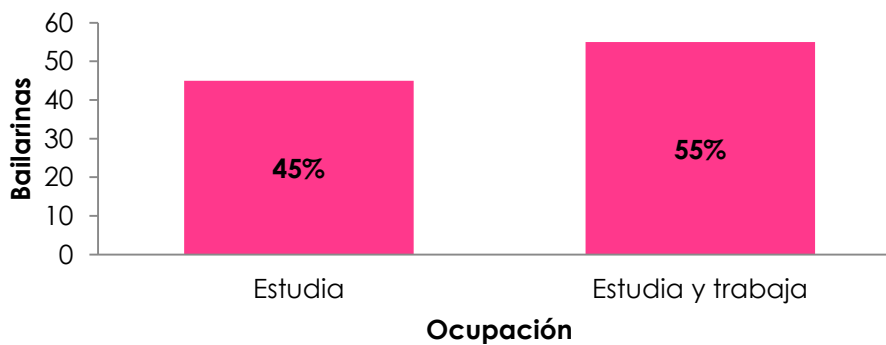
Este trabajo, tuvo como objetivo analizar las diferencias en la alimentación e imagen corporal en bailarinas de danzas árabes y danzas clásicas, en el periodo del mes de junio del 2014. La muestra estuvo constituida por 50 chicas, de 18 a 26 años de edad, de las cuales el 50% fueron de danzas árabes y el 50% de bailarinas de danzas clásicas. Cada alumna respondió un cuestionario y se sometieron a mediciones antropométricas para analizar si este grupo presentaba una ingesta alimentaria, estado antropométrico, distorsión de la imagen corporal y trastornos de la alimentación, para luego analizar.

A continuación se presentan los principales resultados encontrados en relación al problema de investigación propuesto.

4.1 Características de la muestra

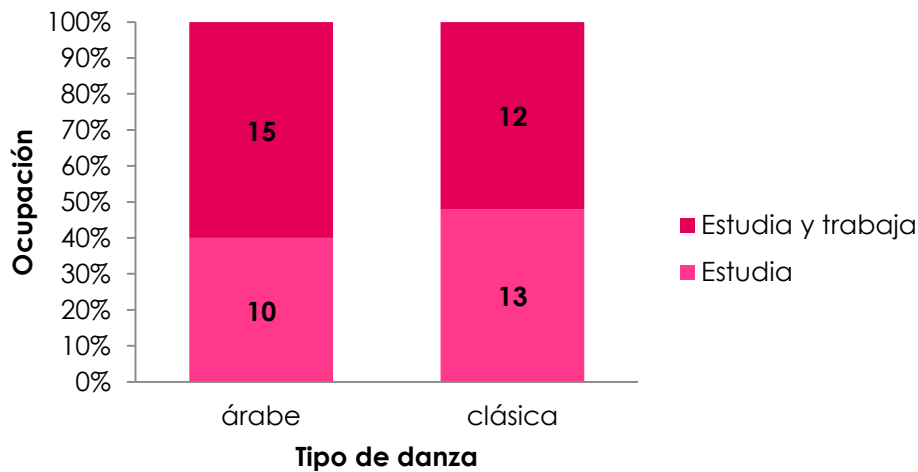
En cuanto a la **ocupación** de las entrevistadas, se puede mencionar que predominaron aquellas bailarinas que estudiaron y trabajaron, alcanzando el 55% de la muestra. Mientras que aquellas que estudiaron solo representaron el 45% del total de las encuestadas, tal como puede apreciarse en el gráfico siguiente.

Gráfico N°1: Distribución de la muestra según ocupación (n=50)



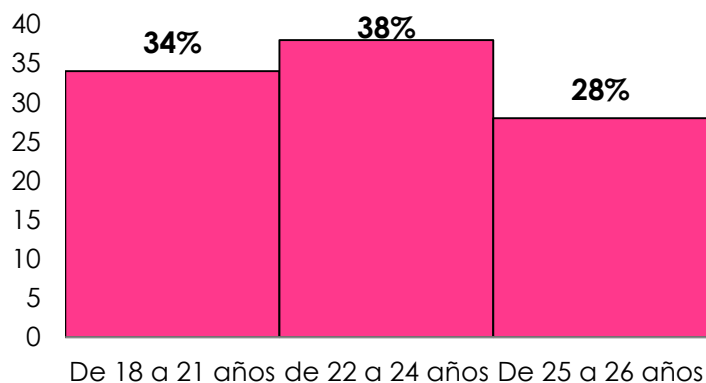
En cuanto a la **ocupación según tipo de danza**, de las encuestadas, fueron 13 bailarinas de danzas clásicas y 10 bailarinas de danzas árabes que estudiaban, mientras que las que estudiaban y trabajaban fueron 15 bailarinas de danzas árabes y 12 de danzas clásicas. Tal como se puede apreciar en el gráfico siguiente.

Gráfico N°2: Ocupación según tipo de danza (n=50)



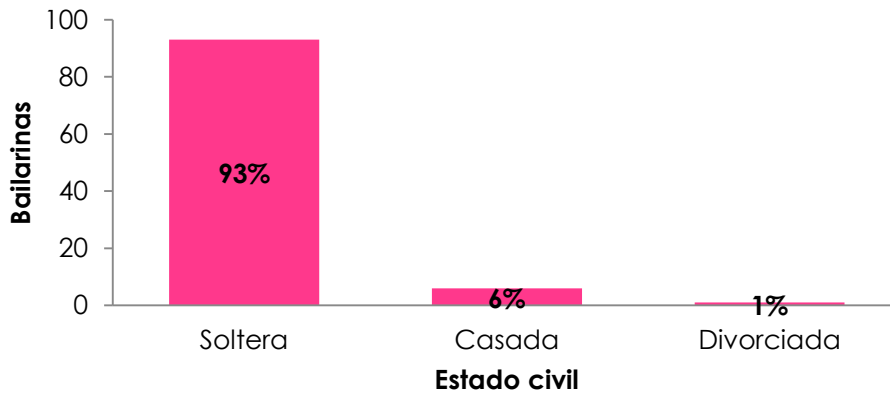
En cuanto a la **edad** de las entrevistadas, se puede mencionar que predominaron aquellas bailarinas de 22 a 24 años de edad, alcanzando el 38% de la muestra, luego de 18 a 21 años de edad, presentando el 34 % y por último las bailarinas de 25 a 26 años, representando el 28 % de la muestra, siendo el 68% central de los casos entre 21,2 a 24,8 \pm DS, tal como puede apreciarse en el gráfico siguiente.

Gráfico N°3: Distribución de la muestra según edad (n=50)



En cuanto al **estado civil** de las entrevistadas, se analizó que predominaron aquellas bailarinas que se encontraron solteras alcanzando el 68% de la muestra. Mientras que aquellas que se encontraron casadas y divorciadas, representaron el 20% y el 2% de las encuestadas, tal como puede apreciarse en el gráfico siguiente.

Gráfico N°4: Distribución de la muestra según estado civil (n=50)



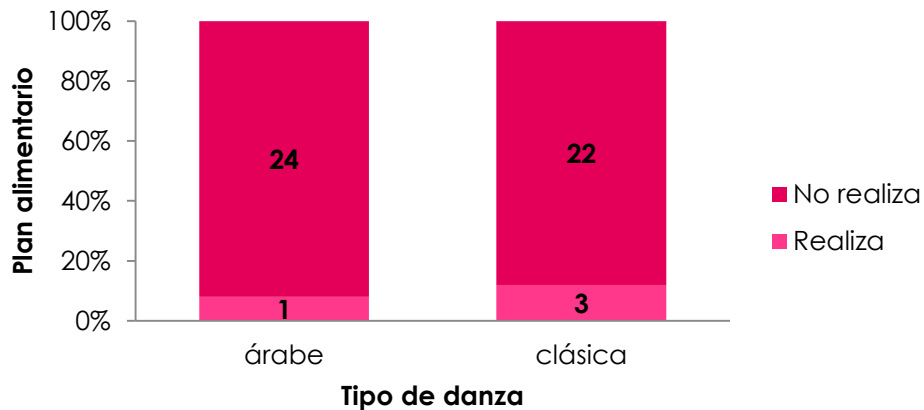
En cuanto al **plan alimentario** de las entrevistadas, se puede mencionar que predominaron aquellas bailarinas que no realizaron planes alimentarios, alcanzando al 94% de la muestra. Mientras que aquellas que realizaron planes alimentarios, solo representaron el 6% de las encuestadas, tal como puede apreciarse en el gráfico siguiente.

Gráfico N°8: Distribución de la muestra según plan alimentario (n=5)



En cuanto al **plan alimentario según tipo de danza**, se analizó que 24 bailarinas de danzas árabes y 22 bailarinas de danzas clásicas, no realizaron planes alimentarios, mientras que 1 bailarina de danzas árabes y 3 bailarinas de danzas clásicas realizaron planes alimentarios. Tal como se puede apreciar en el gráfico siguiente.

Gráfico N°9: Plan alimentario según tipo de danza (n=50)

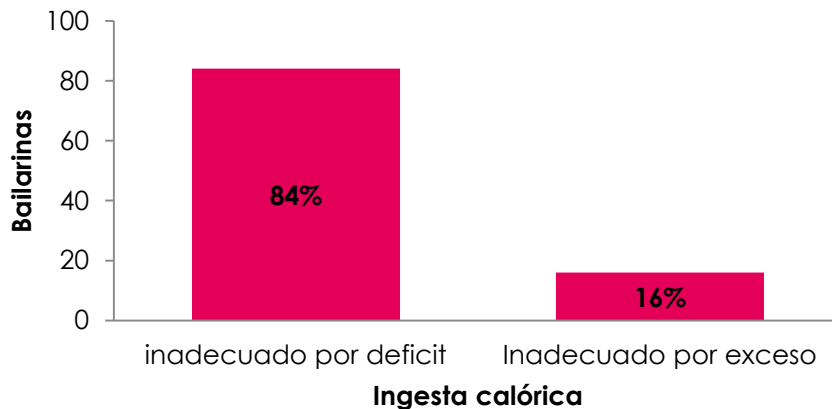


4.2 Análisis descriptivo

4.2.1 Análisis de la alimentación

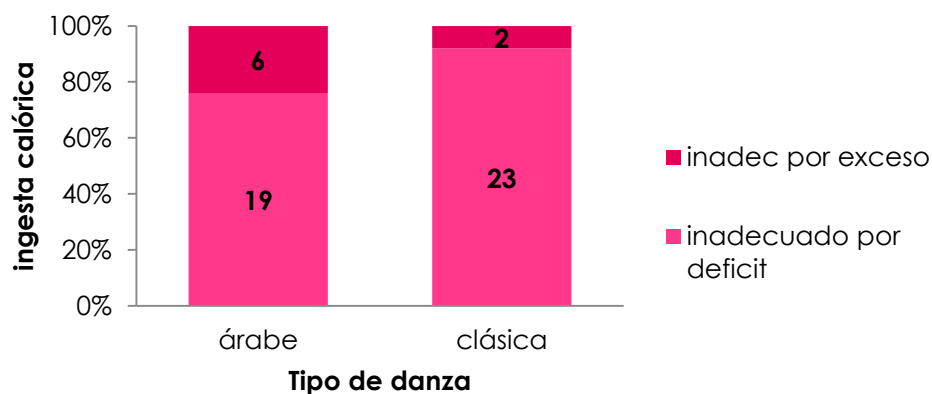
En cuanto a la **ingesta calórica** de las bailarinas, alcanzaron un 84% de inadecuada ingesta por déficit y el 16% represento una inadecuada ingesta por exceso.

Gráfico N°10: Distribución de la muestra según ingesta calórica (n=50)



En cuanto a la **ingesta calórica según el tipo de danza**, se analizó que 23 bailarinas de danzas clásicas y 19 bailarinas de danzas árabes, presentaron ingesta calórica inadecuada por déficit, mientras que 6 bailarinas de danzas árabes y 2 bailarinas de danzas clásicas presentaron inadecuada ingesta calórica por exceso. Tal como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

Gráfico N°11: Ingesta calórica según tipo de danza (n=50)



En el siguiente cuadro, se presentan los macronutrientes como hidratos de carbono, proteínas y grasas, consumidos por las bailarinas de danzas árabes y danzas clásicas. Podemos encontrar, que el máximo consumo de energía fue 3629,8 kcal y el mínimo 354,4 kcal, quiere decir que hay una gran diferencia significativa, sin embargo la media fue 1401,27 que se encontró por debajo de los parámetro normales de la ingesta calórica que requieren estas adolescentes. Sin embargo, los macronutrientes, también tienen una amplia diferencia del mínimo consumo y el máximo consumo, representando su valor medio de hidrato de carbono 166,6; proteína 58,8, y grasas 55,5. Estos valores se encuentran por debajo de la ingesta diaria recomendada. En la siguiente tabla se encuentra representado:

Tabla nº 1: macronutrientes (n=50)

| Macronutrientes | Media | V máximo | V mínimo |
|-----------------|---------|----------|----------|
| Energía | 1401,27 | 3629,8 | 354,4 |
| HC | 166,6 | 469 | 1,44 |
| Proteína | 58,8 | 117,4 | 26,4 |
| Grasas | 55,5 | 210,7 | 17,45 |

En el siguiente cuadro, se presentan los micronutrientes consumidos por las bailarinas de danza árabes y danzas clásicas, donde sus valores se encontraron por debajo de lo normal, para la edad biológica de este grupo, ya

que sus requerimientos tendrían que ser mucho mayores, a continuación se presentan los valores mencionados:

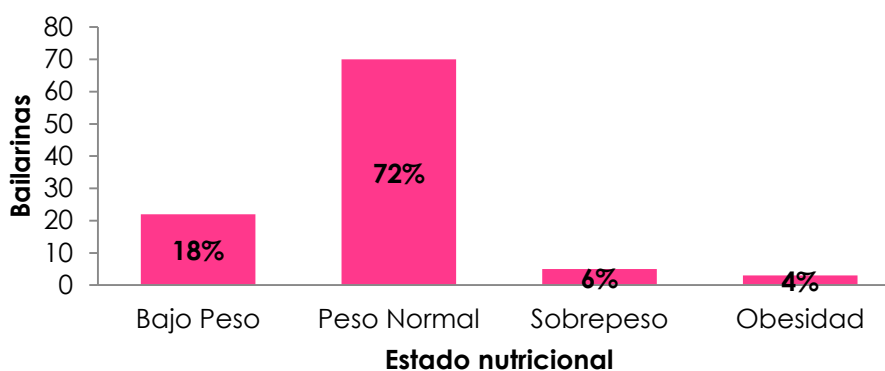
Tabla nº 2: micronutrientes (n=50)

| Micronutriente | Media | V máximo | V mínimo |
|----------------|--------|----------|----------|
| Hierro (mg) | 14,6 | 61,4 | 2,7 |
| Sodio (Na+) | 1550,2 | 5647,7 | 122,8 |
| Potasio(k) | 1513,5 | 3911,7 | 462,2 |
| Calcio (Ca) | 448,1 | 1786,3 | 23,4 |
| Fosforo (P) | 883,2 | 1802,3 | 284 |
| Zinc | 10,5 | 30,1 | 2,1 |

4.2.2. Análisis antropométrico

En el siguiente gráfico, hace referencia al **estado nutricional** de las bailarinas, donde el 72% presentó peso normal, en contrapartida con el 18% que presentó bajo peso. Cabe destacar que el 6% demostró presentar sobrepeso y el 4% obesidad.

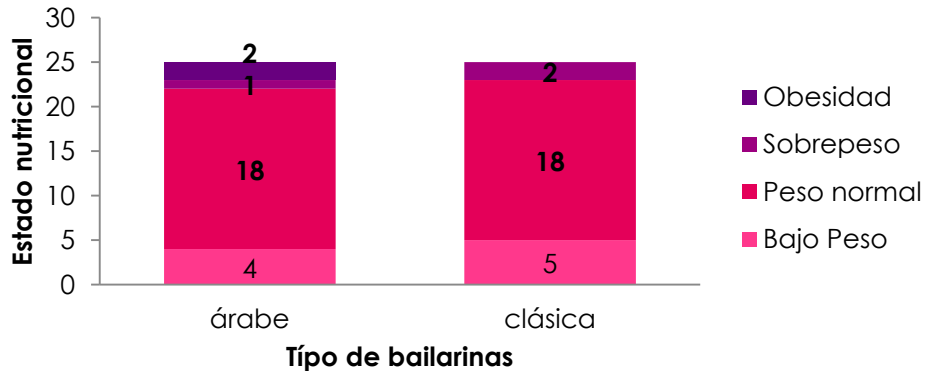
Gráfico N°11: Distribución de la muestra según estado nutricional (n=50)



En el siguiente gráfico, hace referencia al **estado nutricional según tipo de danza**, se analizó que ambas bailarinas presentaron peso normal, 4 bailarinas de danzas árabes y 5 bailarinas de danzas clásicas demostraron

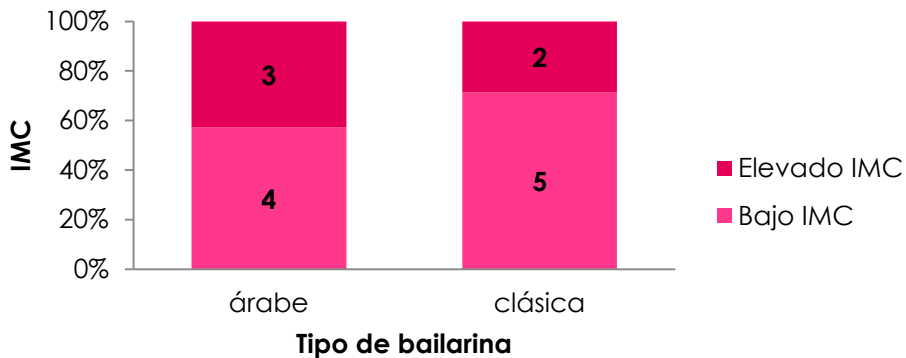
bajo peso, 1 bailarinas de danzas árabes y 2 de danzas clásicas sobrepeso, y por último 2 bailarinas de danzas árabes presentó obesidad.

Gráfico N°12: Estado nutricional según tipo de danza (n=50)



El siguiente gráfico, hace referencia al **estado antropométrico de las bailarinas**, se pudo destacar que 5 bailarinas de danzas clásicas presentaron bajo IMC, mientras que 3 bailarinas de danzas árabes presentaron elevado IMC.

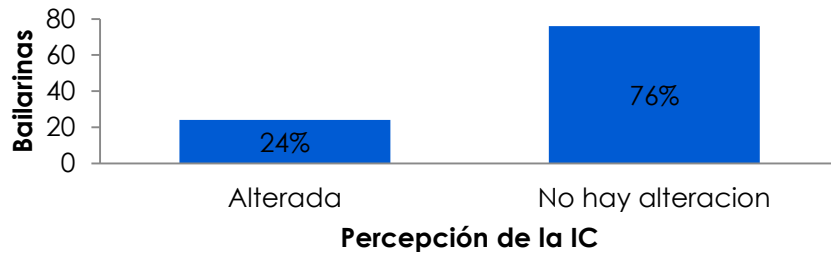
Gráfico N°13: Estado antropométrico según tipo de danza (n=14)



4.2.3 Análisis de la imagen corporal

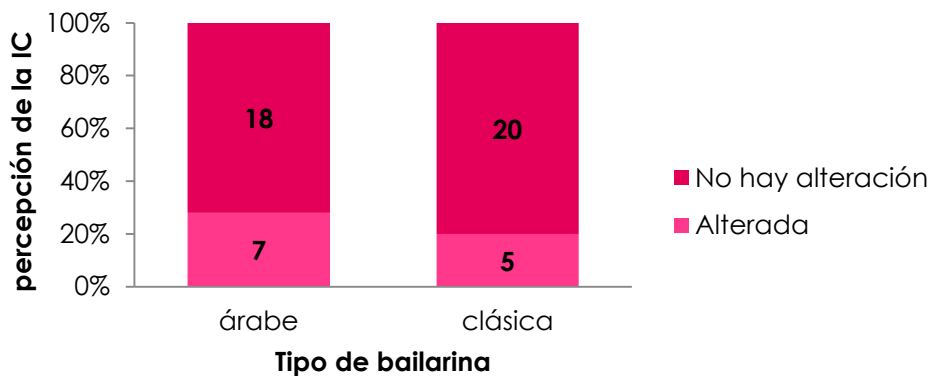
El siguiente gráfico, hace referencia a la **percepción de la imagen corporal** de las bailarinas, se puede decir que el 76% de la muestra demostró que no presentó alteración, mientras que el 24% demostró tener una alteración de la percepción de la imagen corporal.

Gráfico N°14: Distribución de la muestra según percepción de la imagen corporal (n=50)



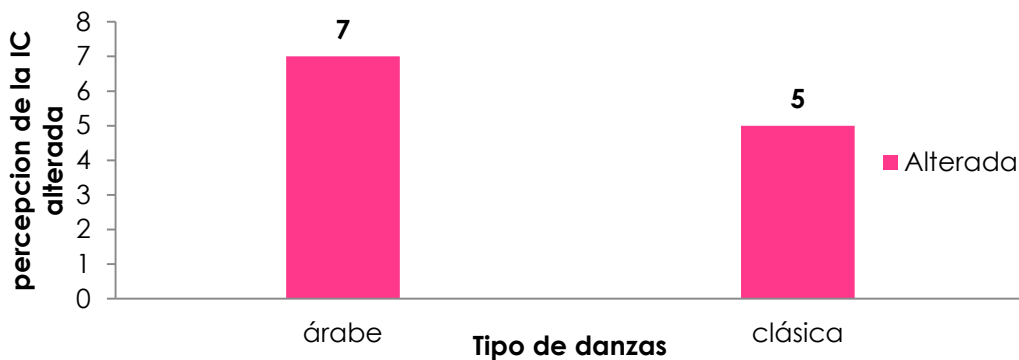
El siguiente gráfico, hace referencia a *la percepción de la imagen corporal según tipo de danza*, se analizó que 18 bailarinas de danzas árabes y 20 bailarinas de danzas clásicas no presentaron alteración.

Gráfico Nº 15: Percepción de la imagen corporal según tipo de danza (n=50)



El siguiente gráfico, hace referencia a *la alteración de la percepción de la imagen corporal*. Se analizó que 5 bailarinas de danzas clásicas y 7 bailarinas de danzas árabes presentaron alteración.

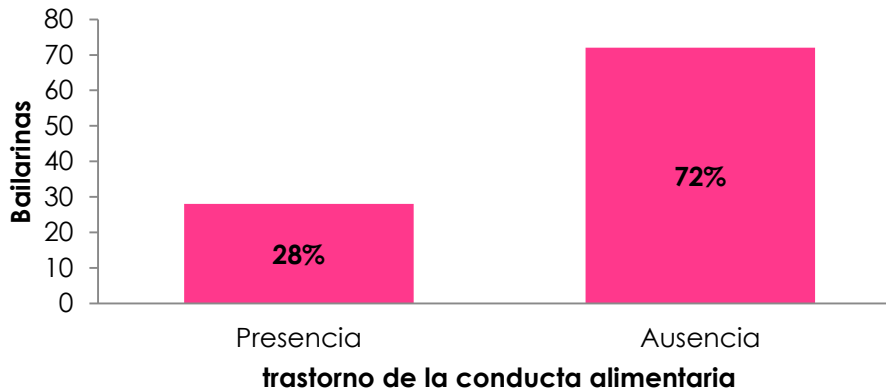
Gráfico Nº16: Percepción de la imagen corporal alterada según tipo de danza (n=12)



4.2.4 Análisis de las conductas alimentarias

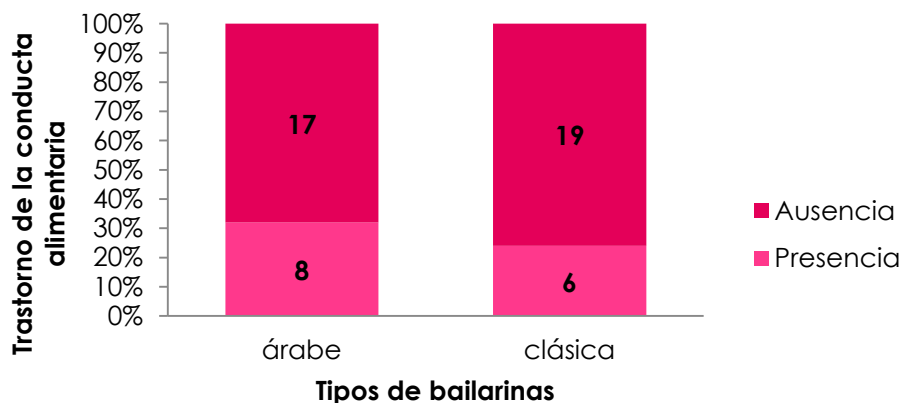
El siguiente gráfico, hace referencia a la variable descrita como **trastornos de las conductas alimentarias** de las bailarinas, se pudo analizar que el 28% de las bailarinas, presentaron alteraciones, mientras que el 72% no presentaron alteraciones de la conducta alimentaria.

Gráfico N°17: Distribución de la muestra según TCA(n=50)



En el siguiente gráfico, se puede observar **las alteraciones de las conductas alimentarias según tipo de danzas**, se concluyó que 8 bailarinas de danzas árabes y 6 bailarinas de danzas clásicas presentaron alteración, mientras que 17 bailarinas de danzas árabes y 19 bailarinas de danzas clásicas no presentaron.

Gráfico N°18: Alteración de las conductas alimentarias según tipo de danza (n=50)



4.3 Comprobación de hipótesis

Hipótesis 1 (H₁): La ingesta calórica de las bailarinas de danzas árabes es inadecuada por exceso, mientras que las bailarinas de danzas clásicas es inadecuado por déficit.

Tabla N°1: Ingesta calórica según tipo de danza (N=50)

| Categorías | Árabe | Clásica |
|------------------------|-------|---------|
| inadecuado por déficit | 19 | 23 |
| inadecuado por exceso | 6 | 2 |

Tabla N°2: Comprobación de hipótesis para H₁

| categorias | F _o | F _e | F _o -F _e | (F _o -F _e)(F _o -F _e) | (F _o -F _e)(F _o -F _e)/F _e |
|-------------------------|----------------|----------------|--------------------------------|--|---|
| In por déficit /árabe | 19 | 21 | -2 | 4 | 0,19 |
| in por déficit /clásica | 23 | 4 | 2 | 4 | 1 |
| in por exceso /árabe | 6 | 21 | 2 | 4 | 0,19 |
| in por exceso /clásica | 2 | 4 | -2 | 4 | 1 |
| Total | 50 | 50 | Chi obtenido | 2,38 | |

Para la verificación de la H₁, se aplicó la prueba de chi² para dos variables. Se trabajó con 1 Grado de Libertad (GL), un nivel de confianza del 95% (IC) y un valor de α de 0,05. De esta manera el valor teórico de chi² fue de 3,84.

Siendo el valor de chi² obtenido inferior al valor teórico, se comprueba la H₀, refutándose la H₁.

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en la ingesta calórica según el tipo de danza.

Hipótesis 2 (H₂): Las bailarinas de danzas clásicas presentan bajo IMC, mientras que las bailarinas de danzas árabes presentan elevado IMC.

Tabla N°2: Estado antropométrico según tipo de danza (N=14)

| Categorías | Árabe | clásica |
|-------------|-------|---------|
| Bajo IMC | 4 | 5 |
| Elevado IMC | 3 | 2 |

Tabla N°2: Comprobación de hipótesis para H₂

| Categorías | F o | F e | Fo-Fe | (Fo-Fe)(Fo-Fe) | (Fo-Fe)(Fo-Fe)/Fe |
|----------------|-----|-----|-------|----------------|-----------------------------------|
| *B / IMC árabe | 4 | 4,5 | -0,5 | 0,25 | 0,05 |
| B/IMC clásica | 5 | 4,5 | 0,5 | 0,25 | 0,05 |
| *E /IMC árabe | 3 | 2,5 | 0,5 | 0,25 | 0,1 |
| E/ clásica | 2 | 2,5 | -0,5 | 4 | 0,1 |
| Total | 14 | 16 | | | Chi obtenido 0,3 |

*Bajo IMC

*Elevado IMC

Para la verificación de la H₂, se aplicó la prueba de chi² para dos variables. Se trabajó con 1 Grado de Libertad (GL), un nivel de confianza del 95% (IC) y un valor de α de 0,05. De esta manera el valor teórico de chi² fue de 3,84.

Siendo el valor de chi² obtenido inferior al valor teórico, se comprueba la H₀, refutándose la H₁.

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en el estado antropométrico según el tipo de danza.

Hipótesis 3 (H₃): Las bailarinas de danzas árabes presentan trastornos de la conducta alimentaria, mientras que las bailarinas de danzas clásicas no presentan.

Tabla N°3: Trastornos alimentarios según tipo de danza (N=50)

| Categoría | Árabe | clásica |
|-----------|-------|---------|
| Presencia | 8 | 6 |
| Ausencia | 17 | 19 |

Tabla N°3: Comprobación de hipótesis para H₃

| Categorías | F o | F e | Fo-Fe | (Fo-Fe)(Fo-Fe) | (Fo-Fe)(Fo-Fe)/Fe |
|------------|-----|-----|-------|----------------|--------------------------|
| P /árabe | 8 | 7 | 1 | 1 | 0,14 |
| P/clásica | 6 | 7 | -1 | 1 | 0,14 |
| A/árabe | 17 | 18 | 1 | 1 | 0,05 |
| A/clásica | 19 | 18 | 1 | 1 | 0,05 |
| | 50 | 50 | | | Chi obtenido 0,38 |

Para la verificación de la H₃, se aplicó la prueba de χ^2 para dos variables. Se trabajó con 1 Grado de Libertad (GL), un nivel de confianza del 95% (IC) y un valor de α de 0,05. De esta manera el valor teórico de χ^2 fue de 3,84.

Siendo el valor de χ^2 obtenido inferior al valor teórico, se comprueba la H₀, refutándose la H₁.

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria según el tipo de danza.

Hipótesis 4 (H₄): Las bailarinas de danzas clásicas no presentan alteración de la percepción de la imagen corporal, mientras que las bailarinas de danzas árabes presentan una percepción de la imagen corporal alterada.

Tabla N°4: Percepción de la Imagen corporal según tipo de danza (N=50)

| Categoría | Árabe | clásica |
|-------------------|-------|---------|
| Alterada | 7 | 5 |
| No hay alteración | 18 | 20 |

Tabla N°4: Comprobación de hipótesis para H₄

| categorías | F o | F e | Fo-Fe | (Fo-Fe)(Fo-Fe) | (Fo-Fe)(Fo-Fe)/Fe |
|------------|-----|-----|-------|----------------|------------------------------------|
| A /árabe | 7 | 6 | 1 | 1 | 0,16 |
| A/clásica | 5 | 6 | -1 | 1 | 0,16 |
| NA/árabe | 18 | 19 | -1 | 1 | 0,05 |
| NA/clásica | 20 | 19 | 1 | 1 | 0,05 |
| | 50 | 50 | | | Chi obtenido 0,42 |

Para la verificación de la H₄, se aplicó la prueba de χ^2 para dos variables. Se trabajó con 1 Grado de Libertad (GL), un nivel de confianza del 95% (IC) y un valor de α de 0,05. De esta manera el valor teórico de χ^2 fue de 3,84.

Siendo el valor de χ^2 obtenido inferior al valor teórico, se comprueba la H₀, refutándose la H₁.

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en la percepción de la imagen corporal según el tipo de danza.

Hipótesis 5 (H₅): Entre las bailarinas con percepción alterada de la imagen corporal, predominan las de Danzas clásicas.

Tabla N°5: Percepción de la imagen corporal alterada, según tipo de danza (N=50).

| Categoría | Árabe | Clásica |
|-----------|-------|---------|
| Alterada | 7 | 5 |

Tabla N°5: Comprobación de hipótesis para H₅

| TIPO DE DANZA | Alterada Fo | Fe | Fo-Fe | (Fo-Fe)(Fo-Fe) | (Fo-Fe)(Fo-Fe)/Fe |
|---------------|----------------|----|-------|----------------|--------------------------|
| Árabe | 7 | 6 | 1 | 1 | 0,16 |
| Clásica | 5 | 6 | -1 | 1 | 0,16 |
| | 12 | 12 | | | Chi obtenido 0,32 |

Para la verificación de la H₄, se aplicó la prueba de χ^2 para una variable. Se trabajó con 1 Grado de Libertad (GL), un nivel de confianza del 95% (IC) y un valor de α de 0,05. De esta manera el valor teórico de χ^2 fue de 3,84.

Siendo el valor de χ^2 obtenido inferior al valor teórico, se comprueba la H₀, refutándose la H₁.

Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que entre las bailarinas con percepción alterada de la imagen corporal, no predominan las de danzas clásicas.

Capítulo 5:

Discusión, conclusión y propuestas

El propósito de este trabajo fue indagar acerca de la ingesta calórica, estado antropométrico, alteración de la conducta alimentaria y percepción de la imagen corporal de un grupo de alumnas que son bailarinas de danzas árabes y danzas clásicas que asistieron a la academia de danzas árabes “Yesmin Llebeili” y estudio de danzas clásica “Teresa Nader” de la ciudad de Santiago del Estero, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 26 años de edad. Después de haber expuesto los resultados de este trabajo en el capítulo 4, se pudo concluir que:

En relación al primer objetivo de estudio, los resultados obtenidos mostraron que el (84%) de las bailarinas de la muestra analizada presentó una ingesta calórica inadecuada por déficit, mientras que el resto de la misma (16%) presentan ingesta calórica inadecuada por exceso, lo que resultó el primer valor, una cifra elevada teniendo en cuenta que estas adolescentes están en una etapa de crecimiento y desarrollo. Tal como indican los resultados de otros estudios (Sánchez, 2010), titulado **Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarinas de ballet**, donde se destaca la práctica inadecuada de dietas y otros hábitos de vida incorrectos. La alimentación no cumple en su totalidad con las recomendaciones establecidas para personas sanas, con actividad intensa.

En segundo lugar, se analizó la diferencia en el estado antropométrico según tipo de danza, sus resultados señalaron que no existen diferencias significativas en la antropometría de las bailarinas, del total de la muestra fueron 72% de peso normal, 18% bajo peso, 6% sobrepeso y 4% obesidad. De las cuales, 18 bailarinas de danzas árabes y clásicas presentaron IMC normal, 5 bailarinas de danzas clásicas presentaron bajo IMC, y 2 con elevado IMC, y 4

bailarinas de danzas árabes presentaron bajo IMC y 5 elevado IMC. Por el contrario, en cuanto a los antecedentes de investigación relacionados a este estudio, se puede mencionar a nivel internacional Costa Rica, el trabajo de (Rojas, 2008), titulado como **Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, área metropolitana de Costa Rica**. Este autor se propuso como objetivo determinar el estado nutricional de bailarinas de ballet clásico de las tres academias más importantes de ballet localizadas en el Área Metropolitana de Costa Rica. Los resultados de este estudio demostraron que existe diferencia en el estado nutricional de las bailarinas de ballet con respecto a otras bailarinas ya que la totalidad de las bailarinas presentan bajo peso para su edad. También demostraron que las bailarinas con Índice de Masa Corporal (IMC) ≥ 20 Kg/m² tienen dietas más hipocalóricas y mayor riesgo de desórdenes alimentarios. Se propone investigaciones en este campo para desarrollar estrategias de educación nutricional que permitan mejorar el estado nutricional y de salud en esta población.

Por otra parte, en la tercera hipótesis se afirmaba, que existen diferencias en la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria según tipo de danzas. Sin embargo los resultados demostraron que no existen diferencias en la presencia de trastornos de la conducta alimentaria según el tipo de danza, ya que del total de las bailarinas, el 72% demostraron no presentar y el 28% demostraron alteración de la conducta alimentaria. De las cuales 8 bailarinas de danzas árabes y 6 de danzas clásicas presentaron alteración de la conducta alimentaria. Estudios realizados en Medellín y Bogotá, el trabajo de (Álvaro Andrés Cano Correa, 2007) titulados como **Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en estudiantes de universidad de Manizales**. Este autor se propuso determinar la frecuencia de los factores de riesgo para los trastornos de alimentación en estudiantes de Manizales. Se obtuvo como resultado, 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo de trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se pudo concluir que existe diferencia en la presencia de trastorno de la conducta alimentaria en la población femenina con relación a la masculina.

Cabe destacar que no hay antecedentes de bailarinas de danzas árabes relacionado al estudio.

Las alumnas también fueron sometidas a un examen para determinar cuál es la imagen que cada una percibe sobre su cuerpo, donde la hipótesis que se formuló fue que, existen diferencias significativas en la percepción de la imagen corporal de las bailarinas de danzas clásicas y danzas árabes, y sus resultados demostraron, que no existen diferencias significativas en la percepción de la imagen corporal entre las bailarinas ya que, de la totalidad de las bailarinas el 76% no presentaron alteración de la imagen corporal y el 24% presentó, demostrando que 7 bailarinas de danzas árabes y 5 de danzas clásicas presentaron alteración. Por el contrario, se puede mencionar a nivel internacional en la Universidad de Oviedo, el trabajo de (Sepúlveda, 2009), titulado **la alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: una meta-análisis**. Este autor se propuso realizar un estudio meta-analítico sobre la naturaleza de la alteración de la imagen corporal asociada a los trastornos de la alimentación en un grupo de bailarinas, los resultados revelan que hay una gran heterogeneidad entre los estudios, sobre todo relacionado a la imagen corporal, ya que afirmaba que la mayoría de las mujeres presentan distorsión en la percepción de la imagen corporal independientemente del tipo de danza que realice, por lo tanto no existen diferencias significativa en la percepción de la imagen corporal de las bailarinas.

Entre las limitaciones de estudio cabe destacar que no se indagó acerca de las actitudes y conductas de los padres en relación a los alimentos, pese a que se reconoce que la misma son de gran importancia en la conformación de los hábitos y conductas alimentarias de las bailarinas adolescentes, así como tampoco se evaluó en este estudio la influencia del grupo de pares en la selección de alimentos. Dichas limitaciones dejan la puerta abierta para una posible futura investigación que pudiera incluir dichos aspectos en su análisis.

En conclusión, se puede decir que en la sociedad actual, se ha impuesto un modelo estético de excesiva delgadez que sueñan con alcanzar especialmente las mujeres. El deseo no alcanzado de asemejarse a estos modelos provoca un alto grado de insatisfacción con la propia imagen que

puede estar en el origen, junto con otros factores, de trastornos más graves como la anorexia y la bulimia, pudiendo las estudiantes de danzas clásicas y danzas árabes ser más susceptibles (en relación a lo explicado en este estudio) a caer en los mismos.

Si bien es muy común que estas alteraciones se presenten en la adolescencia, por lo tanto es muy importante conocer si poseen una ingesta calórica y estado antropométrico adecuado para su edad y sexo, si posee alteración de la conducta alimentaria, y cuál es la autopercepción de su imagen corporal, a fin de elaborar un diagnóstico y, posteriormente, actuar desde la prevención y la promoción de la salud.

Los resultados obtenidos, mostraron la utilidad de llevar a cabo diferentes cuestionarios destinados a alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo de investigación. Las opciones múltiples impidieron la no respuesta por parte de las personas entrevistadas, obteniendo resultados únicos y precisos que luego fueron analizados fácilmente por parte del investigador. Estos resultados permitieron determinar que la mayoría de las alumnas presentaron una ingesta calórica inadecuada por déficit para su edad y sexo, no presentaron diferencia en el estado antropométrico, presentaron una percepción normal de su imagen corporal y no presentaron alteración de la conducta alimentaria. Se propone, que las alumnas complementen sus clases de danzas con una correcta educación alimentaria nutricional impulsada por un licenciado en nutrición, brindándoles conocimiento adecuados desde que inician sus carreras en este arte. Los padres y maestros también deberían participar, a fines de complementar la enseñanza del ballet clásico y danzas árabes con los buenos hábitos alimentarios.

5.2 Proyecciones y sugerencias:

El personal de mayor jerarquía y los profesores de la escuela de danzas árabes “Yesmin Llebeili” y estudio de danzas clásicas “Teresa Nader”, deberían considerar la importancia de una buena alimentación en sus alumnas, ya que de ésta depende el mejoramiento del rendimiento físico, técnico y mental que esta actividad requiere, así como también, evitar posibles trastornos alimentarios.

Para ello se necesita tener una iniciativa, utilizando de referencia los factores de riesgo que relacionan los malos hábitos alimentarios y los trastornos de la conducta alimentaria con la danza clásica y danza árabe.

Se considera que la tarea del licenciado en nutrición es imprescindible, ya que dos de los objetivos que se plantea como profesional es la promoción y prevención de la salud, que solo puede lograrse si los docentes y los padres de las alumnas también colaboran.

Se propone que las alumnas de danzas, sean sometidas a una evaluación del estado nutricional antropométrico de manera periódica y realizada por el mismo nutricionista, con el fin de asegurar que el peso y el estado nutricional en general se encuentren dentro de los parámetros normales para la edad.

Es de vital importancia que el licenciado en nutrición establezca en la escuela de danza árabe y clásica patrones de alimentación acordes a las recomendaciones nutricionales según las edades y el tipo de actividad física que realizan, evitando los excesos y garantizando aportes adecuados de proteínas, carbohidratos y grasas. De igual forma se garantizan el cumplimiento de aporte de micronutrientes (vitaminas y minerales) a través de una dieta adecuada y balanceada. Para esto, se recomienda que el nutricionista establezca menús para ser distribuidos a los padres, y de esta manera colaboren mejorando la alimentación de sus hijas.

Las alumnas que requieran menús personalizados, por tener un estado nutricional no deseable para la especialidad, deberán recibir una atención particularizada por el mismo especialista en nutrición.

El licenciado también deberá promover educación nutricional a través de talleres educativos y charlas dirigidos a estudiantes, docentes y familias, con el fin de lograr éxito en la disminución y prevención de la mala nutrición. El nutricionista deberá relacionar sus conocimientos sobre alimentación y nutrición, y la danza como actividad física.

Se considera importante la presencia de un equipo interdisciplinario que trabaje junto con el docente. Lo ideal, es que este equipo este integrado por médicos, nutricionistas, psicólogos, kinesiólogos, y cualquier otro profesional que pueda cumplir con los objetivos de promover la salud para una actividad física deseable. Las adolescentes que estudian danzas a las cuales se analizó, necesitan de información nutricional constante, ya que atraviesan por una etapa de desarrollo y crecimiento, y están influenciadas por el estereotipo moderno del cuerpo de una bailarina, por lo que son propensas a padecer trastornos alimentarios en el futuro si no están supervisadas por profesionales de la salud que puedan prevenirlos.

BIBLIOGRAFIA

- AURORA, G. L. (1995). *Problemas de Alimentación en el niño*. Madrid: Piramide.
- CORREA, (2007). *Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la universidad de Manizales*. Medunab .
- DANTAS, (2013). *Imagen Positiva y Alimentación Saludable en Danza* (IPASDA). Junta de Anda Lucia, consejería de educación, cultura y deporte.
- DE GIROLAMI, D. (2003). *Fundamentos de la valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: El Ateneo
- DÍAZ SANCHEZ, (2010). *Un Enfoque de Genero en la Conducta Alimentaria de Bailarines de Ballet*.
- LEON, (2002). *La Danza del Vientre. Un himno a la vida*. Madrid: Mandala Ediciones.
- MAGANTO; C.; DEL RIO, A. Y ROIZ. O. (En prensa) *Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de alimentación*. Madrid: TEA.
- MC CULLOUGH, P. (2009). *Como ser una buena bailarina de ballet*. Disponible en dirección: <http://www.ehowenespañol.com/>.
<http://www.ehowenespañol.com/buena-bailarina-ballet-como> 192416/
- MOHAMED, (1998). *La mujer y la Danza Oriental. La Danza Magica del Vientre*. Madrid: Mandala Ediciones.
- ROJAS, (2008). *Estado nutricional de bailarinas de ballet clásico, area metropolitana de Costa Rica*. Revista Costarriqueña de Salud Pública .
- RUTSZTEIN, (2010). *Factores de Riesgo para trastornos alimentarios en estudiantes de danza*. Journal of Behavior Health & Social Issues .
- SEPÚLVEDA, (2009). *La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis*. Psicothema. Revista anual de psicología , 13.
- STEIN D, Lassko W. 1988, Bulimia: a historical perspective: int J Eat Disord; 7: 701-10.
- TORRESANI, M. E., & SOMOZA, M. I. (2011). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- TORRESANI, M. E., (2010). *Cuidado nutricional pediátrico* . Eudeba. Buenos Aires, Argentina.

- TURON Gil VJ. (1997). *Trastorno de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Ed. Masso. Barcelona.
- TORO (2000). *Trastorno de la conducta alimentaria*. En: Gutiérrez JR, Rey F, editores, *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Ed. Smithkline-Beecham, Madrid.
- TORO, J., SALAMERO, M. y MARTINEZ, E. (1995). *Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia nerviosa*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 22, 205-214.
- TURON, J. FERNANDEZ, F. Y VALLEJO J. (1992). *Anorexia Nerviosa: Características demográficas y clínicas en 107 casos*. Revistas de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 1, 19-25.
- VACAREZZA, G. B. *Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica*. Paidós.
- VAN DEREYCKEN; W. & MEERMANN, R. (1984) Anorexia Nerviosa: Is Prevention possible International Journal of Psychiatry inmedicine; 3; 15-24
- VAZ, F. J, SALCEDO, M.S., GONZALEZ, F. Y ALCAIANA, T. (1992). Factores socioculturales en la imagen corporal en la mujer. Psiquiatría Pública, (4), 1, 32-37
- YUDOWSKY, A. (2005). *Característica de la adolescencia* . Ficha de catedra. Psicología de la nutrición. Facultad Ciencia de la Salud, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, San Miguel de Tucumán, Argentina.
- ZUKERFELD, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina.

Referencias de sitios web sin autor

- Danza clásica (2010). Disponible en:
<http://www.centronovoars.com.ar/actividades/danza-clásica/>
- La danza es el lenguaje escondido del alma. Disponible en:
http://www.bailandoballet.blogspot.com.ar/2009/04/carrera_profesional.html
- Pubertad y danza. Disponible en: <http://download.rersoft.com>

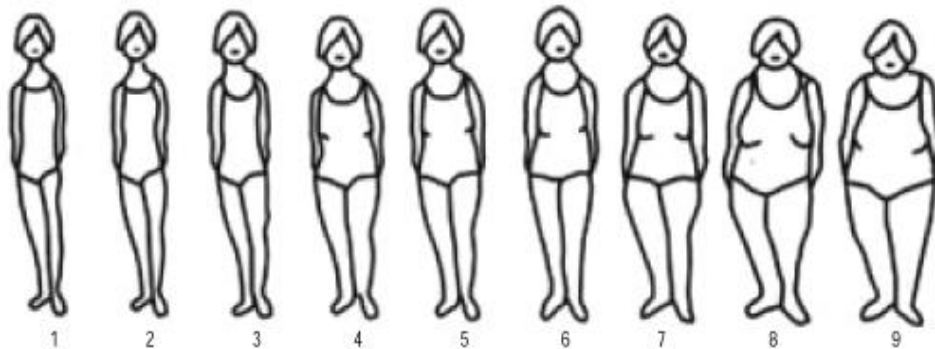
ANEXOS:

1-RECORDATORIO DE 24 HS.:

| | NOMBRE DE LA COMIDA | INGREDIENTES | CANTIDAD EN MEDIDA CASERA | GRAMOS |
|------------------|---------------------|--------------|---------------------------|--------|
| DESAYUNOHS | | | | |
| ALMUERZO.....HS | | | | |
| MERIENDA.....HS | | | | |
| CENA.....HS | | | | |
| COLACION.....HS | | | | |

1- IMAGEN DE 9 SILUETAS

a- ¿Cómo se ve?



b-Tu estructura corporal es:

-Muy delgada

-Poco delgada

-Algo rellenita

-Muy rellenita

3-EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EatingAttitudes Test)

Nombre:

| Afirmaciones | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Bastante veces | Casi siempre | Siempre |
|---|-------|------------|---------------|----------------|--------------|---------|
| 1. Estoy aterrizada con la idea de aumentar de peso | | | | | | |
| 2. Trato de no comer aunque tenga hambre | | | | | | |
| 3. Me preocupo mucho por la comida | | | | | | |
| 4. He tenido atracones de comidas en las cuales siento que no puedo parar de comer. | | | | | | |
| 5. Corto los alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| 6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como | | | | | | |
| 7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos carbohidratos (por ejemplo: pan, arroz, pastas, etc.) | | | | | | |
| 8. Noto que los demás preferirían que yo comiera más | | | | | | |
| 9. Vomito después de haber comido | | | | | | |
| 10. Me siento muy culpable después de comer | | | | | | |
| 11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a | | | | | | |
| 12. Pienso en quemar calorías cuando hago gimnasia | | | | | | |
| 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a | | | | | | |
| 14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo | | | | | | |
| 15. Tardo en comer más que las otras personas | | | | | | |
| 16. Trato de no comer alimentos con azúcar | | | | | | |
| 17. Como alimentos dietéticos (diet o light) | | | | | | |
| 18. Siento que la comida controlan mi vida | | | | | | |
| 19. Me controlo en las comidas | | | | | | |
| 20. Noto que los demás me presionan para que coma | | | | | | |
| 21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida | | | | | | |
| 22. Me siento culpable después de comer dulces | | | | | | |
| 23. Me comprometo a hacer dieta | | | | | | |
| 24. Me gusta sentir el estómago vacío | | | | | | |
| 25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas | | | | | | |
| 26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas | | | | | | |

