



## GRADO EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE

# Influencia del Autoconcepto y Autoestima en el deporte y su relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

---

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2017/2018

ALUMNO: RUBÉN PACHECO MAS

TUTORA ACADÉMICA: ANTONIA PELEGRÍN MUÑOZ

## ÍNDICE

Páginas

1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	2-4
2. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN (METODOLOGÍA).....	4-5
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (DESARROLLO).....	6-11
4. DISCUSIÓN.....	12-15
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	15-17
6. BIBLIOGRAFÍA.....	17-20
7. ANEXOS.....	21
8. ANEXO 1.....	21
9. ANEXO 2.....	22
10. ANEXO 3.....	23-31



## 1. CONTEXTUALIZACIÓN

A lo largo de los años, ser mujer parecía un factor imprescindible para padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria, no obstante, en la actualidad el culto al cuerpo y la idea sobre generalizada de la imagen corporal como motivo del éxito personal, hace que cualquier persona pueda correr el riesgo de padecer un TCA. Como podemos observar en los estudios realizados por Baum, 2006; Calvo, 2002; Morandé, 1996 (citado en Dosil y Díaz, 2012); Pope, Katz y Hudson, 1993, se afirma que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación ha aumentado también entre la población masculina.

Esto está relacionado con la búsqueda de la belleza, la cual ha estado presente en todas las épocas, sin embargo, esta realidad es cambiante. Hoy en día el canon de belleza difiere mucho al de hace unos años, cobrando especial importancia el culto al cuerpo. Podemos observar unos ideales de belleza en donde la mujer luce un cuerpo esbelto, muy delgado, y el hombre luce un cuerpo musculado y sin bello. Este hecho ha provocado que, dentro del deporte, los deportistas ya no sólo se dediquen a entrenar para conseguir sus objetivos, sino que han pasado a ser un reclamo publicitario, donde en la mayoría de ocasiones se valora más el aspecto físico que sus logros deportivos.

Como consecuencia, la idealización de este canon de belleza hace que muchos jóvenes, y en especial a los que practican deporte, tomen esto como modelo de referencia tanto deportivo como de imagen corporal. Esta comparación del propio cuerpo con el de los demás puede llegar a ser perjudicial, ya que provoca una valoración negativa de la autoimagen. Con esta valoración de la imagen, muchos jóvenes pueden llegar a la conclusión de que el éxito personal o deportivo se alcanza teniendo "ese" cuerpo.

La práctica deportiva posee unos beneficios sobre la salud de las personas, tanto mentales como físicas que son incuestionables. Como indica Báez-Ávila (2006), el deporte es una actividad compleja que incluye aspectos psicológicos, fisiológicos y sociales.

Con respecto a los beneficios mentales o psicológicos, se puede hablar de una influencia del desempeño de un deporte o actividad física con un mejor estado de ánimo, una autoestima más positiva y un mejor autoconcepto. Sin embargo, si la práctica deportiva se realiza de una forma no controlada, obsesiva y con fines que difieren al hecho de mantener una condición física saludable o por diversión, puede llegar a convertirse en un factor de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA), distorsiones de la imagen, y problemas en el autoconcepto y la autoestima (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Debido a esto, el deporte se ha convertido en uno de los contextos en el que los TCA surgen con más frecuencia tal y como indican Dosil y Casáis (2008). Aunque la prevalencia de esta enfermedad es difícil de cuantificar y la Federación Española de Medicina del Deporte no presenta datos exactos, se puede estimar la incidencia de TCA en el deporte entre un 4,2% y un 39,2%, según Dosil (2004).

Según la investigación realizada por Byrne y Mclean (2002), denominada *Elite athletes: Effects of the pressure to be thin*, los trastornos alimentarios afectan a deportistas centrados en obtener una mejora en el rendimiento deportivo, así como a aquellos que relacionan la evaluación estética como una medida de aprobación social.

Realizando una aproximación a los términos autoconcepto y autoestima, autores como Goñi, Ruíz de Azúa y Rodríguez (2004) definen al primero como el grado de satisfacción con uno mismo y con la vida en general. El autoconcepto, al ser una variable multidimensional, puede variar en función de la dimensión en la que se encuentre (García y Musitu, 2001). García

y Musitu, 2001, distingue cinco dimensiones del autoconcepto: académico, social, emocional, familiar y físico.

Para Fox (1997), el autoconcepto físico posee cuatro subdominios específicos como son: la competencia deportiva, la condición física y el atractivo físico y la fuerza. El subdominio del atractivo físico se traduce en las percepciones que tiene el individuo acerca de su apariencia física, de la seguridad y la satisfacción por la propia imagen, como señalan Goñi, Ruiz de Azúa y Liberal, (2004).

Por otro lado, una de las causas por la cual se podría llegar a dar una valoración negativa de la autoimagen, es la autoestima que posee cada persona. Esto es apoyado por Rosen (1993), el cual expone que en las mujeres existe una alta correlación entre el atractivo físico y la autoestima.

Siguiendo esta misma línea, Kenealy, Gleeson, Frude y Shaw (1991), demuestran que la autoestima alta o el autoconcepto positivo se relacionan con una imagen corporal satisfactoria, y esto sucede también a la inversa, es decir, la insatisfacción corporal se asocia de forma estadísticamente significativa con autoestima baja o bajo autoconcepto. El hecho de tener una autoestima baja y a su vez no tener una satisfacción corporal propia, hace que puedan desencadenarse algunos de los trastornos de la conducta alimentaria, como apuntan Mora y Raich (1993) y Perpiñá (1989), citados en Maganto, Cruz y Etxebarria (2003).

Similares conclusiones extrajeron autores como Berner, Piñero y Valente (2004), citados en Vásquez, Ángel, Moreno, García y Calvo (1998), los cuales afirman que estos trastornos se caracterizan por alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, conductas alteradas graves en el comportamiento alimentario y poseer una baja autoestima.

En cuanto a la autoestima, podemos distinguir entre autoestima personal y colectiva. Podemos referirnos a la autoestima personal como una evaluación positiva o negativa de los atributos personales de cada persona y a la autoestima colectiva a cómo se percibe una persona dentro del grupo de pertenencia o de una categoría social (Sánchez, 1999).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), según el manual diagnóstico *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5), se pueden definir como un conjunto de trastornos mentales caracterizados por la alteración de la conducta de ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos relacionados con el control de peso, que interfieren en la salud física y el funcionamiento psicosocial (American Psychiatric Association, 2014). Véase anexo 2.

Las particularidades de los TCA, pueden englobarse en tres criterios diagnósticos como son: la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y los trastornos alimentarios atípicos (TAA) según la *Clasificación Internacional de Trastornos mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1993), citada en Fairburn y Harrison (2003). En esta última dimensión, podemos englobar a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), la vigorexia, ortorexia, entre otros.

En cuanto a las diferentes modalidades deportivas existentes, se ha demostrado que existen ciertos deportes considerados de riesgo donde la prevalencia de sufrir un TCA es mayor.

Dosil y Rodríguez (2001), citados en Alonso (2006), establecen una clasificación de deportes considerados de riesgo, estos son:

- Deportes de estética, como la gimnasia rítmica.
- Deportes por categoría de peso, como el judo y la lucha.
- Deportes de gimnasio, como el culturismo y el aeróbic.

- Deportes de resistencia y rendimiento con bajo peso, como es el atletismo (medio fondo) y la natación.
- Deportes de no riesgo, como el fútbol y baloncesto.

De acuerdo a Dosil y Rodríguez, (2001), se encuentran deportes considerados de riesgo como son los deportes en los cuales se intenta mejorar en la apariencia estética del cuerpo para obtener un mejor rendimiento. También los deportes organizados según categorías de peso y aquellas en las que un menor peso corporal puede llegar a ser beneficioso para alcanzar un determinado objetivo, especialmente los deportes de resistencia. Como indican Sundgot-Borgen y Torstveit, 2004; Nice-Guidelines, 2009; Le Page, 2010; MayoClinicStaff, 2010; Busanich, 2014; Maraz et al., 2015 (citados en Zeulner, Ziemainz, Beyer, Hammon, Janka, 2016), todos estos deportes parecen estar asociados con factores de riesgo.

Con respecto a los deportes de estética, los resultados de una investigación llevada a cabo por Rutzstein et al. (2007) con adolescentes de entre 13 y 18 años en una escuela de danza clásica, señalaron que el 15.88% presenta riesgo de TCA.

Esto también ocurre en el deporte de élite, como demuestran Toro et al. (2005), citados en Dosil y Díaz (2012), en un estudio realizado con mujeres deportistas de elite, donde el riesgo de desarrollo de TCA es 5 veces mayor en los deportistas de elite que entre la población general.

Con respecto a uno de los deportes considerados de riesgo, son aquellos practicados en los gimnasios, donde la Vigorexia que se trata de un trastorno de tipo cognitivo, en que el sujeto percibe incorrectamente su propia imagen, es el principal problema.

En relación a este último tipo de trastorno alimentario y de la imagen, la investigación desarrollada por Phillipou, Blomeley y Castle (2015) proporciona evidencia acerca de la relación ante la posibilidad de desarrollar distrofia muscular y los trastornos de la imagen corporal.

En esta línea, ya Baile (2005) y Pope (1993) afirmaban que los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son.

En definitiva, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son una realidad que afecta cada vez más a la sociedad actual, y que cada vez se puede observar mayor relación entre la posibilidad de desarrollar o mantener una de estas enfermedades con la práctica deportiva. Como se ha citado anteriormente, la influencia de variables como la autoestima y el autoconcepto juegan un papel muy significativo entre el deporte y los TCA.

El objetivo principal del presente trabajo es comprobar la influencia de las variables Autoestima y Autoconcepto de jóvenes deportistas a la hora de desarrollar o mantener un Trastorno de la Conducta Alimentaria, a través de una revisión de 11 estudios.

## **2. PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN (METODOLOGÍA)**

El trabajo ha sido realizado mediante la búsqueda de artículos en diferentes bases de datos electrónicas, como son: "Rdp" "Scielo" "Dialnet" "Redalyc" "Pub Med" "Research Gate" "Google Academico" "ProQuest Central". En lo que respecta a los términos utilizados en la búsqueda de artículos, han sido los siguientes: "imagen corporal", "autoconcepto", "autoestima", "tca", "vigorexia" "danza" "deporte" (tanto en inglés como en castellano).

El comienzo de la búsqueda bibliográfica, comenzó el jueves 10 de Febrero y terminó el 2 de Marzo, con una duración de prácticamente un mes.

De la búsqueda realizada, se obtuvo un total de 3850 artículos, aunque muchos de ellos eran repetidos. Esto obligo a ser más explícitos en relación al tema y a las palabras clave, ya que muchos de estos artículos no tenían la relación deseada para el estudio. Una vez profundizando más en el tema, se encontraron 400 artículos.

Una vez encontrados con estos 400 artículos, se excluyeron los que no se tenía acceso y los que estaban en otro idioma que no fuese inglés o español, lo cual se redujo a un total de 100 artículos aproximadamente.

El siguiente paso fue realizar un filtrado de fechas, las cuales oscilan desde 2013 a 2018 para conseguir que los artículos estuviesen más actualizados y así poder obtener una visión más cercana al tema que se quería estudiar. Este filtrado consiguió dejar el número de artículos en 35.

Por último, tras leer con mucho más detenimiento los artículos y seleccionar aquellos que pudiesen servir para realizar de una mejor manera el trabajo, se decidió dejar en un total de 16 artículos, de los cuales se retiraron 5 de ellos porque no eran tan específicos como el resto, permitiendo así trabajar con un número amplio de 11 artículos.

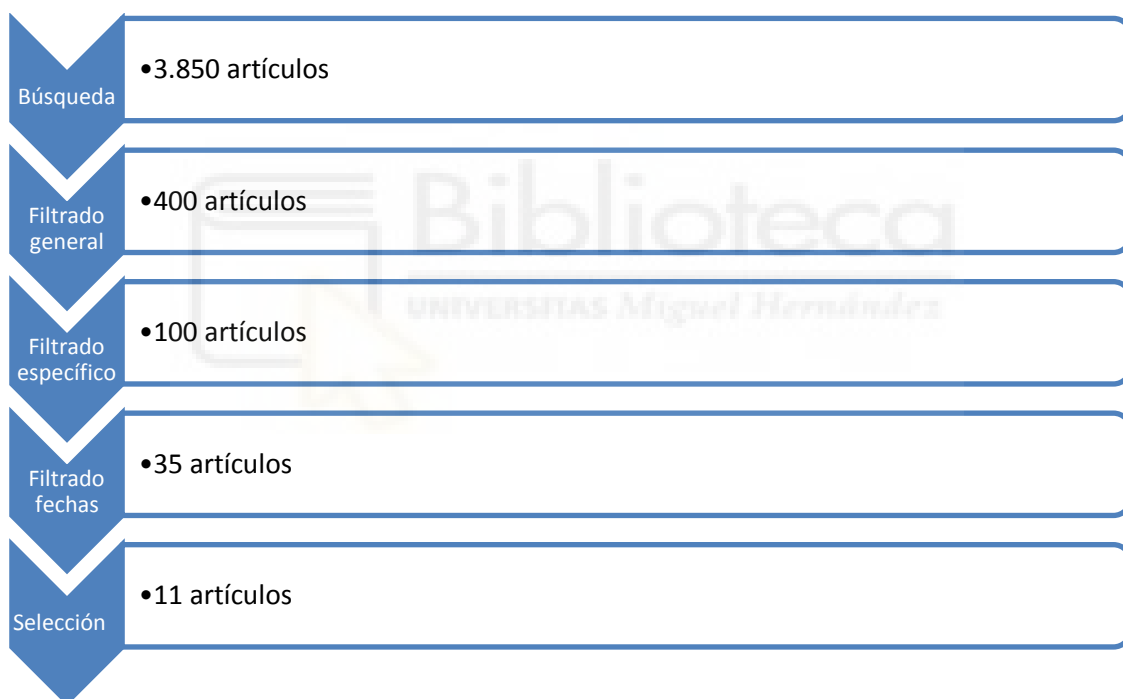


Tabla 1

Estudios que relacionan la dismorfia muscular con la autoestima y autoconcepto.

Estudio	Muestra	Instrumentos	Variables de medición	Resultados	Conclusiones
Hernández, González-Martí y Contreras, (2017)	485 deportistas: 387 hombres y 98 mujeres M=24.41 años 7.8% halterofilia 12.8% gimnasia artística 10.9% natación 44.1% futbol 24.3% triatlón	-Tallímetro portátil -Báscula digital -Plícometro -Cinta métrica de fibra -FFMI -Software bidimensional (Somatomorphic Matrix) -ESM -CAF -SPSS 20.0.	-% grasa corporal real -Nivel de musculatura real -Distorsión corporal -Síntomas de DM -Autoconcepto físico	-2.6% de la muestra total presenta DM. -16.7% mujeres halterófilas con DM. -6.3% mujeres futbolistas con DM. -6.3% hombres halterófilos con DM. -2.6% hombres futbolistas con DM. -2.3% nadadores con DM. -Participantes desean un FFMI mayor del que tienen. -Autoconcepto físico general con condición física ( $r = .72, p < .01$ ) y atractivo físico ( $r = .73, p < .01$ ). -Correlaciones positivas entre uso de sustancias con atractivo físico ( $r = .71, p < .01$ ) y condición física ( $r = .63, p < .05$ ).	-Los deportistas muestran síntomas de DM independientemente de que el desarrollo muscular sea un factor determinante para ese deporte. -Existe relación entre atractivo físico con autoconcepto general y autoconcepto físico general, y entre éste con condición física. -Asociación inversa entre el autoconcepto general y la dependencia al ejercicio, relacionándose con la importancia de la imagen corporal.
Hernández-Martínez, González-Martí y Sáez-Gallego, (2017)	20 ciclistas varones entre 15 y 44 años M=29,60 años AM=1,71 metros PM=75,61 kg Grasa corporal y FFMI medio fueron de 12.58% ( $DT = 4.72$ ) y 20.75 kg/m <sup>2</sup> ( $DT = 1.58$ ) respectivamente	-Tallímetro portátil -Báscula digital -Cinta métrica de fibra. -Plícometro -FFMI -Software bidimensional (Somatomorphic Matrix) -ESM -CAF	-Porcentaje de grasa corporal real -Medición de los perímetros y pliegues subcutáneos -Nivel de musculatura real -Percepción corporal -Detectar síntomas de DM -Autoconcepto físico	-Musculatura real de los participantes es menor que la que perciben y ambas a la vez menores que la musculatura que desean -Con respecto a la variable grasa corporal real, se observa que el valor que corresponde a esta es menor que la grasa corporal percibida y que la grasa corporal deseada. -Se muestran satisfechos o ligeramente insatisfechos con la musculatura que poseen -Se destaca la relación entre atractivo físico e insatisfacción muscular ( $r = -.62, p < .01$ ).	-Los deportistas demuestran insatisfacción muscular y un autoconcepto físico devaluado como consecuencia de una percepción corporal errónea, uno de los síntomas de DM. -Asimismo se han detectado relaciones entre las variables condición física con autoconcepto general y autoconcepto físico general, así como entre éstas y atractivo físico.

\*M=media; FFMI= masa libre de grasa; ESM= escala de satisfacción muscular; CAF= cuestionario autoconcepto físico; SPSS= programa estadístico para ciencias sociales; DM= dismorfia muscular.

Tabla 2

Estudios que relacionan la autoestima y autoconcepto en la danza.

Estudio	Muestra	Instrumentos	VARIABLES DE MEDICIÓN	Resultados	Conclusiones
Vaquero-Cristóbal, Kazarez y Esparza-Ros, (2017)	298 preadolescentes, adolescentes y jóvenes bailarinas de danza clásica, contemporánea y española Entre 11 y 24 años M=16,24 años	- TSA -Valoración antropométrica -Diferencia entre imagen percibida e imagen real -Diferencia entre imagen percibida e imagen ideal -Diferencia entre la imagen real e imagen ideal -SPSS 21.0.	-Trastornos imagen corporal -IMC -Índice de distorsión de la imagen -Índice de insatisfacción de imagen corporal -Valoración de figuras ideales.	-Diferencias significativas respecto de la disciplina en la edad, el peso y el IMC. -No diferencias significativas entre las distintas disciplinas para la talla corporal. -Bailarinas de clásico y contemporáneo valores positivos en índice de distorsión. Bailarinas de español no. -Todas valores positivos en índice de insatisfacción. -Bailarinas de clásico en índice real/ideal valores negativos. Resto positivo. -Efecto significativo del ANOVA sobre la imagen real, índice de distorsión e índice real/ideal. -3,36% alto índice de distorsión	-Mayoría de bailarinas poseen una imagen de sí mismas no correspondiente con la real. -La preocupación sobre la imagen corporal podría repercutir en el desarrollo de TCA.
Torales et al. (2017)	108 mujeres. 49 mayores de edad practicantes de danza clásica o contemporánea de manera no profesional, como mínimo 1 año 59 mayores de edad no bailarinas.	-BSQ-34 -Epi Info versión 7.2	-Autoestima, miedo a engordar, deseo de perder peso e insatisfacción corporal	En cuanto a la satisfacción corporal, las bailarinas tuvieron significativamente mayor probabilidad de tener insatisfacción con su imagen corporal que las no bailarinas. -Mayor frecuencia de bajo peso, según IMC, en el grupo de bailarinas. -Frecuencia de insatisfacción corporal encontrada en bailarinas (38,8%).	-Las bailarinas sienten mayor insatisfacción con su imagen corporal, comparados con la población general.



Danis et al. (2016)	155 bailarines	-IMC - Escala imagen corporal -SPSS 22.0	-Índice masa corporal -Percepción del cuerpo	-Con respecto al IMC, las 2/3 partes (76.8%) poseen un peso corporal ideal. Un 12.2% poseen un peso bajo y un 11% sobrepeso y obesidad. -94 bailarines (60.6%) tienen una imagen positiva de su cuerpo. -47 (30.3%) tienen una insatisfacción corporal. -14 (19%) no están ni satisfechos ni insatisfechos.  -La apariencia física registró el número más alto de insatisfacción con 81 de ellos (52.3%) -63 (40.7%) insatisfechos con su peso. -107 (69%) se sentían satisfechos por ser físicamente atractivos. -41% de las mujeres estaban insatisfechas y el 18.1% hombres.	-Se debe centrar en resaltar la importancia de una imagen corporal saludable para evitar que se tengan dudas con respecto a su cuerpo.
Jáuregui-Lobera, Bolaños-Ríos, Valero-Blanco y Ortega-de-la-Torre, (2016)	77 bailarines semiprofesionales del centro andaluz de danza. 20 chicos y 57 chicas. Entre 18 y 32 años. M= 21,22 años Bailarines de flamenco (40.26%), Danza contemporánea (32.47%) Danza neoclásica (27.27%)	-IMC -Percepción del peso -Frecuencia de peso -Escala de siluetas -Test de percepción física -EAT-40 -EDI-3 -BIQLI-SP -BAS -SES -GHQ-28 -R software, version 3.2.2	-Peso y estatura -Percepción del peso -Frecuencia de peso -Imagen corporal -Percepción física -Trastornos de la alimentación -Aspectos positivos de la imagen corporal -Autoestima -Salud general	-En general, el 42.25% de los participantes percibieron mal su peso. -93.24% tenía un IMC normal (entre 18.5 y 24.9). -Los participantes con un IMC normal, el 5,79% se identificó con el silueta número 1 (que corresponde a un IMC de aproximadamente 17) y 2.89% con la silueta número 5 (IMC = 25). -Participantes con un IMC real <18 y un IMC ≥ 25 eligieron las siluetas número 1 (IMC = 17) y 4 (IMC = 23) respectivamente. -El 27,77% de los hombres se percibieron a sí mismos como levemente o muy bajo de peso vs. 7.01% de mujeres - 14 casos positivos (18,18%) según EAT-40. -IMC, BAS y EDI-DT tienen una influencia	-Las puntuaciones en EAT-40 e IMC no sugieren un riesgo mayor comparando con otras poblaciones. -Existe relación entre las puntuaciones del EAT-40 con IMC, apreciación corporal y obsesión por estar más delgadas. -La insatisfacción y distorsión corporal entre los bailarines no son peores que los reportados en otras poblaciones.

				significativa en las puntuaciones de EAT-40. -No diferencias significativas en cuanto al sexo.	
Requena-Pérez, Martín-Cuadrado y Lago-Marín, (2015)	75 estudiantes (72 mujeres, 3 hombres) de Danza Clásica del Conservatorio Profesional de Danza de Córdoba, elegidos aleatoriamente, con edades comprendidas entre 12 y 18 años. M= 15 años. M= 5 años de estudios de danza.	-EDI -Cuestionario de Motivación General -AMPET -SEI -Cuestionarios sobre hábitos alimentarios -Medición antropométrica -Cinta métrica - Microsoft Excel v. 2010 e IBM SPSS Statistics 20.	-Índice de Masa Corporal (IMC). -Índice cintura-cadera (ICC). -Índice de Percepción de la Imagen Corporal (IPC) de la cintura, cadera y espalda, así como su inverso, la Apreciación Corporal (AP).	-Los estudiantes de mayor edad presentaron tendencia hacia conductas bulímicas más elevada, mientras que los más pequeños mostraron mayor desconfianza interpersonal. -Indicadores antropométricos detectaron que las conductas bulímicas están correlacionadas positivamente con IMC e ICC. -Valores altos de TCA inducen alta motivación por adelgazar, insatisfacción corporal, conductas bulímicas, miedo a madurar, perfeccionismo, sentimientos de ineffectividad y dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales. -En relación al IPC, los estudiantes de danza mostraron descontento con su cuerpo y una distorsión importante de la imagen corporal. -Sólo AP se correlacionó de forma elevada y positiva con una alta autoestima total y negativamente con la alta autoestima general. -Sólo el 5.3% de la muestra analizada presentó sintomatología de TCA.	Muestra experimental presentó cierta disconformidad con su figura, aunque esto no implicara un TCA. -Disociación de la práctica de la danza de la tendencia hacia el TCA.

\*M=media; TSA= test de siluetas para adolescentes; IMC= índice masa corporal; BSQ-34= cuestionario de forma corporal; EAT-40= escala de actitudes alimentarias; EDI-3= inventario de trastornos alimentarios; BIQLI-SP= body image quality of life inventory; BAS= Escala apreciación corporal; SES= Escala de autoestima; GHQ-28= cuestionario de salud general; AMPET= test de motivación de logro para el aprendizaje en educación física; SEI= inventario de autoestima; SPSS= programa estadístico para ciencias sociales.

Tabla 3

Estudios que relacionan la sintomatología de TCA e insatisfacción corporal en diferentes deportes.

Estudio	Muestra	Instrumentos	VARIABLES de medición	Resultados	Conclusiones
Hernández-Mulero y Berengüí, (2016)	109 deportistas (fútbol, baloncesto, rugby, triatlón, ciclismo, natación, gimnasia rítmica, equitación, taekwondo y pádel). 53 (48.6%) hombres y un 56 (51.4%) mujeres. Entre los 16 y 42 años.	-AIMS -EDI-3 -SPSS (versión 15.0)	-Fuerza y exclusividad de la identificación con el rol de deportista -Obsesión por la delgadez, Bulimia, Insatisfacción corporal, Baja autoestima, Alienación personal, Inseguridad y desconfianza interpersonal, Déficit interoceptivos, Desajuste emocional, Ascetismo, Perfeccionismo y Miedo a la madurez.	-Correlación significativa entre ID y obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, alienación personal y ascetismo. -ID superior en mujeres. -Mujeres presentan medias significativamente superiores en Obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima y perfeccionismo. -Diferencias significativas en obsesión por la delgadez, entre los grupos de baja y alta ID. -Mujeres con alta ID presentan mayor obsesión por la delgadez y los hombres perfeccionismo.	-Las deportistas destacan por un mayor riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. -Relación entre la Identidad Deportiva y el riesgo de desarrollar un TCA, ya que mayores niveles de ID se relacionan con mayor obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, alienación personal, perfeccionismo y ascetismo.
Castro-López, Cachón, Valdivia-Moral y Zagalaz, (2015)	154 deportistas que realizan trabajo de musculación en gimnasios. 12 son mujeres y 142 hombres. Edades comprendidas entre 16 y 49 años. M=24,97 años. 129 sujetos menores de 30 años (83,8%) 25 sujetos mayores de 30 años (16,2%)	-Cuestionario de variables sociodemográficas -EDI-2 -AF5 -SPSS 18.0	-Sexo, edad, nivel de estudios y horas semanales empleadas en el gimnasio -Obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal -Ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. -Valoración en dimensiones académicas laborales, sociales, emocionales, familiares y físicas.	-Según EDI-2, todas las dimensiones correlacionan con la Impulsividad y la mayoría con desconfianza Interpersonal, ineficacia, miedo a la madurez y bulimia. -M= obsesión por la delgadez fue de 3,93% -M= insatisfacción corporal fue de 4,40% -Hombres mayor insatisfacción corporal que las mujeres. -Cuantas más horas de entrenamiento, más obsesión por adelgazar y más autoconcepto social. -Los que entrenaban más de 21h semanales, poseían mayor autoconcepto físico.	-Se pueden identificar algunos indicadores relacionados con el riesgo de padecer un TCA por quienes practican actividad física, ya que una persona que presente bajo riesgo de padecer cualquier tipo de trastorno de alimentación en relación con el deporte.

Mockdece, Fernandes, Berbert de Carvalho, Sousa y Caputo, (2015)	413 adolescentes: 40 atletas de élite (37 niñas - 92.5%). 245 atletas no élite (207 niñas - 84.49%). 128 adolescentes no atletas (60 niñas - 46.88%). Grupos de control Atletas de élite Atletas no élite	-Cuestionario sociodemográfico. -BSQ. -SATAQ-3. -EAT-26. -MPS. -BRUMS. -Balanza digital portátil. -Estadiómetro portátil. -Brújula. -SPSS 19.0 -IMC	-Información sobre edad y nivel de actividad física -Insatisfacción corporal -Influencia de los medios, el deporte y el ejercicio en la imagen corporal -Conductas de riesgo para los trastornos alimentarios -Perfeccionismo -Estado de ánimo -Datos antropométricos -% grasa corporal	-No atletas IMC más alto que el resto. -Atletas de élite menos grasa corporal que el resto. -No atletas perfeccionismo más bajo. -No diferencias para la influencia de los medios sobre los estándares corporales. -Puntuaciones en BSQ y EAT-26 similares. -A Mayor nivel competitivo, mayor insatisfacción corporal y mayor riesgo de conducta de riesgo para trastorno alimentario. -El comportamiento de riesgo de los trastornos alimentarios influyó en la insatisfacción corporal en los tres grupos analizados.	-Los comportamientos de riesgo para los trastornos alimentarios se relacionan especialmente con la insatisfacción corporal.
Reistenbach, Marques y Dornelles, (2013)	156 atletas masculinos mayores de 18 años. Entrenan al menos 5h/semana. Practican el deporte +1 año. 52 atletas en deportes de peso: jiu-jitsu, judo, karate y remo. 52 atletas en deportes en los que se cree que la delgadez mejora el rendimiento: atletismo, natación, triatlón y carreras de caballos. 52 en deportes con ideales estéticos: ballet, danza, gimnasia artística y patinaje.	-EAT-26. -BITE. -BSQ. -Caliper Cescorf -Báscula digital portátil. -Estadiómetro portátil. -SPSS 18.0	-Conductas alimentarias restrictivas -Atracones y comportamientos compensatorios -Preocupación corporal -Densidad corporal y % Grasa corporal. -Peso corporal -Altura	-Atletas de élite menos grasa corporal que el resto. -No diferencias para la influencia de los medios sobre los estándares corporales. -A Mayor nivel competitivo, mayor insatisfacción corporal y mayor riesgo de conducta de riesgo para trastorno alimentario. -El comportamiento de riesgo de los trastornos alimentarios influyó en la insatisfacción corporal en los tres grupos analizados. -43 atletas (27.6%) con comportamientos alimenticios desordenados (30,8% en los deportes de peso, 26,9% en los deportes en los que se cree que la delgadez mejora el rendimiento y 25% en los deportes con ideales estéticos). -23 atletas (14.7%) con insatisfacción corporal, que se asociaron a conductas alimentarias desordenadas.	Los atletas con un mayor porcentaje de grasa corporal tienen más probabilidades de estar insatisfechos con su imagen corporal, lo que puede estar relacionado con la existencia de estereotipos de forma corporal en los deportes analizados.

\*M= media; AIMS= escala medición de la identidad atlética; EDI= inventario de trastornos alimentarios; AF5= autoconcepto forma; ID= identidad deportiva; BSQ= cuestionario de forma corporal; SATAQ-3= cuestionario actitudes socioculturales hacia la apariencia; EAT-26= escala de actitudes alimentarias; MPS= escala de perfeccionismo multidimensional; BRUMS= escala de humor de Brunel; IMC= índice masa corporal; BITE= test de bulimia de Edimburgo; SPSS= programa estadístico para ciencias sociales.

#### 4. DISCUSIÓN

Para la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica acerca de artículos científicos que estudien la influencia de la autoestima y el autoconcepto en el deporte y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria, con el fin de comprobar la influencia de dichas variables como un potencial factor de riesgo en la aparición de los trastornos alimentarios en el panorama deportivo, y poner en alerta de la gravedad actual de estas enfermedades entre los jóvenes deportistas.

Para ello, se ha hecho una selección de 11 artículos, elegidos según el estudio de sus variables y actualidad. Con esta muestra, pretendemos ofrecer una visión lo más reciente de la problemática acorde a nuestras variables de estudio.

Comenzando por el 2017, encontramos el estudio realizado por Hernández-Martínez, González-Martí y Contreras, en el que cogiendo una muestra de 485 deportistas (hombres y mujeres) de los ámbitos de halterofilia, gimnasia artística, natación, fútbol y triatlón, concluyeron que los deportistas muestran síntomas de dismorfia muscular independientemente de que el desarrollo muscular sea un factor determinante para ese deporte. Además, comprobaron la relación existente entre el atractivo físico con el autoconcepto general y autoconcepto físico general, y entre éste con la condición física. Por último, se aprecia la asociación inversa entre el autoconcepto general y la dependencia al ejercicio, relacionándose con la importancia de la imagen corporal, o la distorsión de la misma que pueden padecer los deportistas con dismorfia muscular.

En relación a estas conclusiones, encontramos otro estudio de las mismas autoras Hernández-Martínez, González-Martí y Sáez-Gallego (2017), en el que con una muestra de 20 ciclistas varones (entre 15 y 44 años), se obtuvieron resultados que reflejaban en los deportistas una insatisfacción muscular y un autoconcepto físico devaluado como consecuencia de una percepción corporal errónea, uno de los síntomas comunes en la dismorfia muscular. Así mismo, se detectaron relaciones entre las variables condición física con el autoconcepto general y el autoconcepto físico general, así como entre estas y el atractivo físico.

En referencia a la bibliografía encontrada, observamos la relación existente entre la posibilidad de desarrollar dismorfia muscular y trastornos de la imagen corporal, tal y como exponen Phillipou, Blomeley y Castle (2015). Sin embargo, los resultados reflejados en ambos estudios recientes, muestran cómo la aparición de la sintomatología de dismorfia muscular, asociada a la insatisfacción muscular, un autoconcepto físico devaluado y una percepción corporal errónea, no son exclusivos de la halterofilia.

Por otro lado, en 2017, Vaquero-Cristóbal, Kazarez y Esparza-Ros realizaron un estudio con el objetivo de analizar la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal de bailarinas en formación en función de la modalidad de danza. Los resultados obtenidos señalan a las bailarinas de clásico y contemporáneo como aquellas con mayor índice de distorsión, aunque todas las jóvenes de la muestra dieron valores positivos en índice de insatisfacción. Se concluye que un 3,36% de la muestra presenta un alto índice de distorsión, asociado a un mayor riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria.

En este mismo año, Julio Torales et al. (2017) intentaron determinar si existía asociación entre la presencia de insatisfacción corporal y el hecho de ser bailarina. Se obtuvieron resultados que evidenciaban como las bailarinas puntuaron mayor probabilidad de tener insatisfacción con su imagen corporal que las no bailarinas, así como una mayor frecuencia de bajo peso (según IMC), en este mismo grupo.

Danis, Jamaludin, Mohd, Majib y Anuar (2016), realizaron un estudio cogiendo de muestra a 155 bailarines a fin de analizar la percepción de la imagen corporal que poseen

tanto bailarines hombres como mujeres. Un 30.3% de los bailarines puntuaron insatisfacción corporal, mientras que la apariencia física registró el número más alto de insatisfacción con un 52.3%. La puntuación más elevada de insatisfacción de la imagen corporal fue la registrada por mujeres. La conclusión principal extraída por los autores fue la importancia de resaltar una imagen corporal saludable para evitar que se tengan dudas con respecto al propio cuerpo.

Por otro lado, en el 2016, Jáuregui-Lobera, Bolaños-Ríos, Valero-Blanco y Ortega-de-la-Torre, elaboraron otro estudio similar con una muestra de 77 bailarines semiprofesionales (20 chicos y 57 chicas) de entre 18 y 32 años, de flamenco, danza contemporánea y danza neoclásica. En general, el 42,25% de los participantes percibieron mal su peso y un 18,18% puntuó como casos positivos en el cuestionario EAT-40 de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En este estudio se observó que la muestra observada no presenta un mayor riesgo de TCA comparado con otras poblaciones. Sin embargo, sí existe relación entre las puntuaciones del EAT-40 con el IMC, y con las variables apreciación corporal y obsesión por estar más delgados.

Siguiendo con el estudio de muestras de profesionales de danza, observamos un estudio en 2015 realizado por Requena-Pérez, Martín-Cuadrado y Lago-Marín, donde los resultados fueron que los estudiantes de mayor edad presentaron mayor tendencia hacia conductas bulímicas, mientras que los más pequeños mostraron mayor desconfianza interpersonal. Gracias a los indicadores antropométricos, se observó como las conductas bulímicas estaban correlacionadas positivamente con el IMC e ICC.

Los valores altos en desórdenes alimentarios inducen alta motivación por adelgazar, insatisfacción corporal, conductas bulímicas, miedo a madurar, perfeccionismo, sentimiento de ineffectividad y dificultad en las relaciones interpersonales. En cuanto a la percepción corporal, los resultados reflejaron descontento con su cuerpo y una distorsión importante de la imagen corporal. Sólo AP se correlacionó de forma elevada y positiva con una alta autoestima total y negativamente con la alta autoestima general.

Tan sólo el 5.3% de la muestra analizada presentó sintomatología TCA. En conclusión, la muestra experimental presentó cierta disconformidad con su figura, aunque esto no implicada padecer un TCA, hecho que los autores relacionan con el recibir información con respecto a la promoción de la salud como parte del sistema educativo del conservatorio.

Al comparar los resultados de los diferentes estudios sobre la modalidad de danza, podemos observar cómo es común entre ellos la presencia de insatisfacción corporal e insatisfacción por la apariencia física, evidenciado más en las muestras femeninas. Además, se aprecian resultados positivos hacia sintomatología TCA, pese a no padecer ningún desorden alimentario, esto lo podemos apreciar en puntuaciones positivas en motivación por adelgazar, descontento con su cuerpo, distorsión corporal, insatisfacción corporal, conductas bulímicas, perfeccionismo y sentimiento de ineffectividad. Estos indicadores reflejan un mayor riesgo a desarrollar un trastorno alimentario, como bien apuntábamos al inicio, según autores Mora y Raich, 1993; Perpiña, 1989 (citados en Maganto, Cruz y Etxebarria, 2003), los cuales defienden que el hecho de tener una autoestima baja y a su vez no tener una satisfacción corporal propia, hace que puedan desencadenarse algunos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Si partimos de nuestras variables objeto de estudio: autoconcepto y autoestima, podemos ver cómo se encuentran presentes de manera constante en los estudios analizados, en los que la insatisfacción con uno mismo, así como dar una valoración negativa a la autoimagen, se relacionan directamente con una autoestima y autoconcepto negativo. Como apuntan Kenealy, Gleeson, Frude y Shaw (1991), la autoestima alta o el autoconcepto positivo se relacionan con una imagen corporal satisfactoria, y esto sucede también a la inversa, es

decir, la insatisfacción corporal se asocia de forma estadísticamente significativa con autoestima baja o bajo autoconcepto.

Por otro lado, debemos tener en cuenta a la bibliografía también cuando tratamos los deportes de modalidad de danza, puesto que según la revisión realizada, autores como Rutzstein et al. en su investigación llevada a cabo en 2007, concluyeron con unos resultados que reflejaban un elevado porcentaje (15'88%) de jóvenes bailarines con presencia de riesgo de padecer un trastorno alimentario.

Los deportes de estética siempre han estado en el punto de mira de esta asociación entre el canon estético ideal para su rendimiento y la insatisfacción corporal o desórdenes en la conducta alimentaria. Con los resultados examinados, no podemos evidenciar una diferencia significativa de TCA entre la población general y los jóvenes profesionales de la danza, sin embargo, sí observamos conductas de riesgo predisponente.

Por último, encontramos otras investigaciones realizadas con deportistas de diferentes modalidades deportivas. Hernández-Mulero y Berengüí (2016) llevaron a cabo un estudio para analizar las diferencias en identidad deportiva y trastornos alimentarios entre hombres y mujeres competidores y su posible relación. En los resultados obtenidos se pudo observar una correlación significativa entre identidad deportiva y obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, alienación personal y ascetismo. La identidad deportiva alcanzó mayor puntuación entre las mujeres, las cuales también mostraban mayores puntuaciones en obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, baja autoestima y perfeccionismo. Evidencias unas diferencias significativas en obsesión por la delgadez entre los grupos de baja y alta ID.

Las conclusiones a las que llegaron estos autores son que las deportistas destacan por un mayor riesgo de desarrollar TCA y la significativa relación entre la identidad deportiva y el riesgo a desarrollar un desorden alimenticio.

Continuando por esta línea, vemos que en el 2015, Castro-López, Cachón, Valdivia-Moral y Zagalaz elaboraron un estudio con 154 deportistas que realizaban habitualmente trabajo de musculación en gimnasios de la provincia de Jaén (12 mujeres y 42 hombres), con edades comprendidas entre los 16 y 49 años. Según los resultados extraídos del cuestionario de actitudes alimentarias *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (EDI-2)* (Garner, 2000).

Todas las dimensiones correlacionan con la impulsividad y la mayoría con desconfianza interpersonal, miedo a la madurez y bulimia. La media en obsesión por la delgadez fue de 3.93%, mientras que la media en insatisfacción corporal fue de 4,40%.

Por otro lado, en este estudio se observó una mayor insatisfacción corporal en hombres que en mujeres. Un dato significativo obtenido tras la investigación, fue que a mayor horas de entrenamiento, mayor obsesión por adelgazar. Los que entrenaban más de 21 horas semanales, poseían mayor autoconcepto físico, y cuantas más horas de entrenamiento, más autoconcepto social. Como conclusiones, podemos identificar en la muestra seleccionada algunos indicadores relacionados con el riesgo de padecer un TCA, ya que una persona que presente autoconcepto bajo tiene más riesgo de padecer cualquier tipo de trastorno de alimentación en relación con el deporte.

En este mismo año, Mockdece, Fernandes, Berbert de Carvalho, Sousa y Caputo (2015) elaboraron un estudio en el cual los resultados mostraban que las adolescentes no atletas tenían un IMC más alto que el resto, así como que las atletas de élite tenían menos grasa corporal que el resto. Por otro lado, las adolescentes no atletas reflejaban un perfeccionismo más bajo que las atletas, sin embargo, no se observan diferencias en la para la influencia de los medios sobre los estándares corporales. Las conclusiones extraídas del estudio fueron que, a mayor nivel competitivo, mayor insatisfacción corporal y mayor probabilidad de padecer

conductas de riesgo para los trastornos alimentarios. El comportamiento de riesgo de los trastornos alimentarios influyó en la insatisfacción corporal en los tres grupos analizados.

Por último, hemos encontrado un estudio datado en 2013 realizado por Reistenbach, Margues y Dornelles. El objetivo principal de este estudio era identificar las conductas alimentarias alteradas y la insatisfacción con la imagen corporal, así como su relación con la grasa corporal (BF), entre atletas masculinos en deportes de alto riesgo para trastornos alimentarios. Las conclusiones hallaron que un 27.6% de los atletas presentaron comportamiento alimentario alterado (un 30.8% en los deportes de peso, un 26.9% en los deportes en los que existe asociación entre delgadez y rendimiento y un 25% en los deportes con ideales estéticos). Un 14.7% mostraron insatisfacción corporal, asociada también a conductas alimentarias desordenadas.

Una de las conclusiones extraída del estudio reflejó que los atletas con un mayor porcentaje de grasa corporal tienen más probabilidades de estar insatisfechos con su imagen corporal, lo que puede estar relacionado con la existencia de estereotipos de imagen corporal en los deportes analizados.

En definitiva, podemos concluir que, al analizar los diferentes resultados de los últimos estudios, podemos observar que ciertas variables como la identidad deportiva, el número de horas semanales de entrenamiento, un mayor nivel competitivo y deportes en los que el peso sea determinante para su rendimiento, así como su asociación estética, actúan como predisponentes a la hora de desarrollar conductas alteradas frente a la alimentación. Según los resultados expuestos, a mayor presencia de estas variables de riesgo entre los deportistas, mayor es la insatisfacción corporal, la obsesión por adelgazar y mayor incremento de conductas alimentarias desordenadas.

A modo de conclusión general, podemos observar a lo largo de las investigaciones expuestas la existencia de rasgos y sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria y problemática con respecto a la imagen corporal en el deporte. Estos factores de riesgo están claramente relacionados con la autoestima y el autoconcepto percibido.

Este hecho es defendido por autores como Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez (2004), los cuales nombran el autoconcepto como el grado de satisfacción con uno mismo y la vida en general, del mismo modo que tener una autoestima baja y puntuar una baja satisfacción corporal propia, hacen que puedan desencadenarse algunos TCA (Mora y Raich, 1993; Perpiña, 1989, citados en Maganto, Cruz y Etxebarria, 2003).

## **5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

A la hora de plantear una propuesta de intervención sobre el Autoconcepto y la Autoestima en el deporte y su relación con los TCA, se debe hacer desde la prevención y sensibilización de estas enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Partiendo del estudio de la influencia de estas variables, así como de las conductas de riesgo presentadas entre los diferentes deportistas analizados, hemos escogido como beneficiarios de nuestra propuesta de programa de prevención a bailarines y bailarinas de centros de danza profesional en edades comprendidas entre 12 y 20 años, ya que es más común la aparición por la vulnerabilidad de los cambios emocionales, sociales y físicos y la adolescencia.

En estas edades, se produce una mayor incidencia de conductas sintomáticas y existe un mayor riesgo a desarrollar uno de estos trastornos. Por ello, no sólo nos centraremos en la población de riesgo, sino que realizaremos la propuesta a tres niveles: prevención en los deportistas, a los entrenadores y a los padres.



La prevención en grupo de estas enfermedades muestra resultados muy satisfactorios, por lo que para la realización de las sesiones de prevención y sensibilización las realizaremos en grupos (dividiendo a padres, entrenadores y jóvenes bailarines profesionales). El lugar donde se realizará la intervención es en los Centros de Danza Profesional donde se lleve a cabo la intervención de la muestra. La duración de las sesiones será de 75 minutos aproximadamente.

La persona encargada de coordinar y desarrollar el programa de prevención y sensibilización en centros deportivos, será un Psicólogo General Sanitario con experiencia en Trastornos de la Conducta Alimentaria junto con un Psicólogo Deportivo.

Los objetivos generales planteados en esta propuesta de intervención para los tres grupos de beneficiarios son: 1) Mejorar el conocimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria; 2) Prevenir el desarrollo y/o mantenimiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria; 3) Aumentar el conocimiento acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en relación con la práctica deportiva; 4) Fomentar el desarrollo de una autoestima y autoconcepto positivo; 5) Formar a padres/entrenadores en la prevención de conductas de riesgo y promoción de la salud; 6) Informar sobre el protocolo de actuación en caso de detectar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en el hogar/en el aula.

Las acciones en las que se basará el programa para alcanzar los objetivos planteados serán: realizar un planteamiento de psicoeducación nutricional saludable, sensibilizar sobre la gravedad y consecuencias de los TCA así como de la prevención de conductas de riesgo, mejorar el conocimiento sobre prácticas deportivas saludables, dotar de visión crítica frente a los modelos estéticos establecidos, romper mitos relacionados con la imagen, la nutrición y el deporte, así como promover la búsqueda de ayuda en caso de ser identificadas conductas de enfermedad. En el caso de las intervenciones con entrenadores y padres, además, se tendrá en cuenta la educación en habilidades de comunicación que promuevan buenas prácticas deportivas y estilos saludables.

Por otro lado, se realizará una evaluación inicial cuantitativa por la que mediremos el grado de conductas de riesgo detectadas, así como la elaboración de un seguimiento de cada grupo de intervención.

La evaluación cuantitativa del programa se llevará a cabo mediante una medición psicométrica pre-test. Para el grupo de bailarines, hemos seleccionado como cuestionarios idóneos para la detección de conductas de riesgo: el *Inventario de Trastornos Alimentarios-2* (Ceballos, 2005) (Ceballos, 2005)(*EDI-2*) (Garner, 2000), el *Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT-40)* (Garner y Garfinkel, 1979), el cuestionario sobre insatisfacción corporal *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) y el *Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF)* (Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006).

Para el grupo de familiares, contaríamos con la Escala de observación de conducta anoréxica para padres/esposos *Anorectic Behaviour Observation Scale for parents (ABOS)* (Vandereycken, 1992).

Los beneficios de la realización de esta propuesta de prevención y sensibilización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el ámbito de la danza se basan en incidir en una de las poblaciones deportivas de mayor incidencia en cuanto a conductas de alimentación y de imagen alteradas, como hemos podido observar al realizar el análisis de los diferentes estudios y en la revisión de la diferente bibliografía presentada a lo largo del trabajo. La Danza corresponde a una de las modalidades deportivas clasificadas como “deportes de estética”, en la que hemos podido ver cómo el canon estético relacionado con esta práctica deportiva, así

como la relación de delgadez como mayor eficacia en el desempeño, pueden jugar un papel crítico en el desarrollo o mantenimiento de un trastorno alimentario.

Los beneficios entonces, residirían entonces, en poder mejorar el conocimiento de estas enfermedades, así como su relación con la danza y los modelos estéticos, promoción de una alimentación y hábitos saludables y una mejor detección por parte de jóvenes, padres y entrenadores, y así disminuir el nivel de prevalencia en los Centros de Danza de adolescentes entre los 12 y 20 años.

En cuanto a los resultados esperados, se espera una mejora en cuanto al conocimiento de los TCA, desarrollo de la visión crítica sobre los cánones estéticos, ruptura de mitos en cuanto al deporte e imagen corporal, y a la alimentación. Por otro lado, promocionar entre los jóvenes una mejor autoestima y mejor autoconcepto de sí mismos, y favorecer habilidades de detección de los Trastornos de la Conducta Alimentaria entre padres y entrenadores. Véase anexo 1 Y 3.

En la actualidad, existen programas de intervención dedicados a la prevención de los TCA que se están llevando a cabo en el ámbito de la danza. Un ejemplo de protocolos encontrados son: la *Guía para las Compañías Profesionales de Danza en Nutrición Saludable (Guidelines for Professional Dance Companies on Healthy Nutrition, 2010)*, dedicada a todas las personas que trabajan en las compañías de danza, con la premisa de no promover en ningún caso la extrema delgadez y no ser tolerada cuando ocurra, enfatiza en la sensibilización de la prevalencia, consecuencias y gravedad de los TCA, así como indicaciones de buenas prácticas con los alumnos en relación a comentarios con el peso y la figura.

Por otro lado encontramos la *Política para la Prevención, Identificación y Acción de TCA en Centros de Entrenamiento Avanzado (Policy for the Prevention, Identification and Action on Disordered Eating Centres for Advanced Training, CAT, 2009)*, dedicado también a centros profesionales de danza, el protocolo pretende promocionar rutinas de hábitos saludables, proporcionar procedimientos de detección en los TCA y protocolos de información sobre cómo comunicar la sospecha a familiares (citados en García-Dantas y Del Río Sánchez, 2017).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition)* (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Báez-Ávila, L. (2006). Una mirada a la investigación de la psicología deportiva en Puerto Rico: Recorrido de los últimos 20 años. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 17, 551-569.
- Baile, J. I. (2005). *Vigorexia: Cómo reconocerla y evitarla*. Madrid: SÍNTESIS.
- Baum, A. (2006). Eating disorders in male athletes. *Sport Medicine*, 36, 1-6.
- Byrne, S., y McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94.
- Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Planeta prácticos.
- Castro-López, R., Cachón, J., Valdivia-Moral, P., y Zagalaz, M. L. (2015). Estudio descriptivo de trastornos de la conducta alimentaria y autoconcepto en usuarios de

- gimnasios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10(2), 251-258.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire (BSQ). *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Danis, A., Jamaludin, A., Majid, H., y Isa, K. (2016). Body Image Perceptions among Dancers in Urban Environmental Settings. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 222, 855-862. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.05.196
- Díaz, I. (2005). Propuesta de un Programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(1/2).
- Dosil, J. (2004). *Psicología de la actividad física y del deporte*. McGraw-Hill, Madrid.
- Dosil, J., y Casáis, L. (2008). Eating disorders in different sports. En J. Dosil (Ed.), *Eating disorders in athletes*, 99-122. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fairburn, C. G., y Harrison P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(935), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Fox, K. R. (1997). The physical self and processes in self-esteem development. En K. R. Fox (Ed.): *The physical self. From motivation to well-being*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- García-Dantas, A. M., y Del Río, S. C. (2017). Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en danza: Programa IPASDA. En L. P. Ruiz, P., P. J. Velilla, y F. E. González (Eds.), *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria*, 177-193. Madrid: PIRÁMIDE.
- Garner, D. M. (2000). *Inventario de Trastornos Alimentarios-2 (EDI-2)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptado por Corral, S., González, M., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998).
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). *Cuestionario de actitudes ante la alimentación (EAT)*. Madrid: TEA Ediciones. Adaptado por Castro, J., Toro, J. y Salamero, M. (1991).
- Goltz, F. R., Stenzel, L. M., y Schneider, C. D. (2013). Disordered eating behaviors and body image in male athletes. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(3), 237-242. doi:10.1590/1516-4446-2012-0840
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Liberal, A. (2004). El autoconcepto físico y su media. Las propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(2), 195-213.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la adolescencia. *Apunts: Educación Física y Deportes*, 77, 18-24.
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S., y Rodríguez, A. (2006). *Cuestionario de Autoconcepto Físico: CAF. Manual*. España: EOS.
- Hernández-Martínez, A., González-Martí, I., y Contreras, J. O. (2017). La Dismorfia Muscular en diferentes deportes: fútbol, gimnasia, halterofilia, natación y triatlón. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(2), 123-130.
- Hernández-Martínez, A., González-Martí, I., y Sáez-Gallego, N. M. (2017). Síntomas de Dismorfia Muscular y Autoconcepto Físico en ciclistas varones. *Sportis. Revista Técnico-Científica del Deporte Escolar, Educación Física y Psicomotricidad*, 3, 173-186. doi:10.17979/sportis.2017.3.1.1788

- Hernández-Mulero, N., y Berenguí, R. (2016). Identidad deportiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria: Estudio preliminar en deportistas de competición. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 37-44.
- Jáuregui-Lobera, I., Bolaños-Ríos, P., Valero-Blanco, E., y Ortega-de-la-Torre, A. (2016). Eating attitudes, body image and risk for eating disorders in a group of Spanish dancers. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1213-1221.
- Kenealy, P., Gleeson, K., Frude, N., y Shaw, W. (1991) The importance of the individual in the "causal" relationship between attractiveness and self-esteem. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 1, 45-56.
- Martín, J., Padierna, A., González, N., Aguirre, U., Lafuente, I., Muñoz, P., y Quintana, J. M. (2013). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Anorectic Behaviour Observation Scale, *International Journal of Clinical Practice*, 68, 83-93. doi:10.1111/ijcp.12223
- Mockede, C., Fernandes, J., Berbert, P. H., Sousa, S., y Caputo, M. E. (2016). Body dissatisfaction among artistic gymnastics adolescent athletes and non-athletes. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 18, 82-92. doi:10.5007/1980-0037.2016v18n1p82
- Musitu, G., y García, F. (2001). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.
- Organización Mundial de la Salud, (1993). *Clasificación Internacional de Trastornos mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (Décima Edición)* (CIE-10). Madrid: Meditor.
- Phillipou, A., Blomeley, D., y Castle, D. J. (2015). Muscling in on body image disorders: what is the nosological status of muscle dysmorphia? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 380–381. doi:10.1177/0004867415615951
- Pope, H. G., Katz D. L., y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders, *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409. doi:10.1016/0010-440X(93)90066-D
- Requena-Pérez, C. M., Martín-Cuadrado, A. M., y Lago-Marín, B. S. (2015). Imagen corporal, autoestima, motivación y rendimiento en practicantes de danza. *Revista de Psicología del Deporte*, 24, 37-44.
- Rosen, J. (1993) Body image disturbances in eating disorders. En T. F. Crash y D. Pruzinsky (Ed.) *Body Image Development, Deviance and Change*. NY London: The Guilford Press.
- Ruiz Lázaro, P. J. (1998). Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Zaragoza, España: Grupo Zarima.
- Rutzstein, G., Armatta, A. M., Leonardelli, L., Lievendag, L., Maglio, A. L., Marola, M. E., Murawski, B., Diez, M., Otalora, J., y Sarudiansky, M. (2007). Trastornos alimentarios en estudiantes de ballet: identificación de casos con riesgo. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación y tercer Encuentro de Investigadores del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de Psicología*, 15(2), 251-260.
- Torales, J., et al. (2017). "Body Satisfaction in Female Dancers and Non- Dancers." *Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud*, 15(2), 79–84. doi:10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(02)79-084

- Tornero-Quiñones, I., Sierra-Robles, Á., Carmona Márquez, J., Gago Sampedro, J. (2015). Implicaciones didácticas para la mejora de la imagen corporal y las actitudes hacia la obesidad desde la Educación Física. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (27), 146-151.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen Corporal; Revisión Bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226055004.pdf>
- Vaquero-Cristóbal, R., Kazarez, M., y Esparza-Ros, F. (2017). Influencia de la modalidad de danza en la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal en bailarines preadolescentes, adolescentes y jóvenes. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1442-1447. doi: 10.20960/nh.1091
- Vandereycken, W. (1992). Validity and reliability of the Anorectic Behavior Observation Scale for parents (ABOS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(2), 163-166.
- Vásquez, R., Ángel, L., Moreno, N, García, J., y Calvo, J. (1998). Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con anorexia nerviosa. *Actualizaciones pediátricas*, 8, 7-14. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>



## ANEXOS

### ANEXO 1

Grupos	Objetivos	Actividades	Beneficios	Evaluación	Duración Sesiones
Padres, entrenadores y deportistas en danza	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejorar el conocimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.</li> <li>-Prevenir el desarrollo y/o mantenimiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria.</li> <li>-Aumentar el conocimiento acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en relación con la práctica deportiva.</li> <li>-Fomentar el desarrollo de una autoestima y autoconcepto positivo.</li> <li>-Formar a padres/entrenadores en la prevención de conductas de riesgo y promoción de la salud.</li> <li>-Informar sobre el protocolo de actuación en caso de detectar un Trastorno de la Conducta Alimentaria en el hogar/en el aula.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar un planteamiento de psicoeducación nutricional saludable.</li> <li>-Sensibilizar sobre la gravedad y consecuencias de los TCA así como de la prevención de conductas de riesgo.</li> <li>-Mejorar el conocimiento sobre prácticas deportivas saludables.</li> <li>-Promover la búsqueda de ayuda en caso de ser identificadas conductas de enfermedad.</li> <li>-Mejorar en padres y entrenadores habilidades de comunicación que promuevan buenas prácticas deportivas y estilos saludables.</li> <li>-Romper mitos relacionados con la imagen, la nutrición y el deporte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mejora del conocimiento de estas enfermedades, así como su relación con la danza y los modelos estéticos.</li> <li>-Mejora de la detección por parte de jóvenes, padres y entrenadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-EDI-2</li> <li>-EAT-40</li> <li>-BSQ</li> <li>-CAF</li> <li>-ABOS</li> </ul>	8 sesiones de 75-90 minutos por grupo.

\*EDI-2= inventario de trastornos alimentarios; EAT-40= escala de actitudes alimentarias; BSQ= cuestionario de forma corporal; CAF= cuestionario autoconcepto físico; ABOS= Anorexic Behaviour Observation Scale for parents.

## ANEXO 2

### Criterios DSM-5

A) Restricción de la ingesta energética con relación a los requerimientos que lleva a una significativa pérdida de peso teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. El peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, menor del mínimamente.

B) Intenso temor a ganar peso o convertirse en obeso, o conducta persistente que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando con un peso significativamente bajo.

C) Alteración en el modo en que uno experimenta su peso o forma corporal, inadecuada influencia de dicho peso o forma en la auto-evaluación o persistente falta de reconocimiento de la severidad del actual bajo peso.

*Especificar si:*

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los 3 últimos meses, el individuo no ha participado en episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso se logra principalmente a través de la dieta, el ayuno, y / o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo purgativo: Durante los 3 últimos meses, el individuo ha participado en episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, el vómito autoinducido o el mal uso de laxantes, diuréticos o enemas).

*Especificar si:*

En remisión parcial.

En remisión total.

*Especificar la gravedad actual:*

El nivel mínimo de gravedad se basa, para los adultos, en el índice de masa corporal actual (IMC), para los niños y adolescentes, en el IMC percentil. Los rangos se derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en los adultos; para los niños y adolescentes, se deben utilizar los percentiles del IMC correspondientes.

Leve:  $IMC \geq 17 \text{ kg / m}^2$

Moderada:  $IMC 16 \text{ a } 16,99 \text{ kg / m}^2$

Servere:  $IMC 15 \text{ a } 15,99 \text{ kg / m}^2$

Extreme:  $IMC < 15 \text{ kg / m}^2$

### ANEXO 3

#### SECUENCIACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN DE LAS UNIDADES DIDÁCTICAS

1º MES		2º MES		3º MES		4º MES		5º MES		6º MES	
UD 1 Nutrición y Alimentación	6 ses.	UD 2 Imagen corporal y crítica al modelo estético	7 ses.	UD 3 Autoestima y Autoconcepto	9 ses.	UD 4 Asertividad y habilidades sociales	4 ses.	UD 5 Prevención TCA	4 ses.	UD 6 Sesión familias	1 ses.



## SECUENCIACIÓN DE LAS SESIONES

SESIONES	UD 1	UD 2	UD 3
Verdades y mentiras			
Alimentación sana			
¿Qué comí ayer?			
Pirámide			
Dietas			
Danza saludable			
¿Qué es la imagen corporal?			
Cambios inevitables			
Críticas al modelo estético			
Medios de comunicación y redes sociales			
Anuncio crítico			
Mitos modelo estético en el deporte			
Relajación y estiramientos			
Explicación autoestima y autoconcepto			
Mente, Cuerpo y Danza			
Tortugas			
Anuncio personal			
Carteles en positivo			
Baile de cualidades			
Relajación y meditación			
Caricias interpersonales			
El baile de la autoestima			

SESIONES	UD 4	UD 5	UD 6
Explicación asertividad y habilidades sociales			
Estilos de comunicación			
Técnicas asertivas			
Juego de roles			
Repaso de señales de alarma y detección			
Gravedad TCA			
Protocolo detección			
Pedir ayuda, donde acudir			
Puesta en común con las familias			



<b>UNIDAD DIDÁCTICA 3: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO</b>				<b>FECHA:</b> 04-06-2018
<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Mejorar el autoconcepto y autovaloración de los alumnos de Danza en edades de 12 a 20 años.				
<b>CONTENIDOS:</b> Relación positiva entre danza, cuerpo y mente, cualidades positivas personales y de los demás, expectativas alcanzables, valoración de las capacidades y cualidades, expresión de emociones positivas a través de la danza y el cuerpo.				
<b>ACTIVIDADES</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>MATERIAL</b>
- <b>¿Qué son? ¿Para qué sirven? Autoestima y Autoconcepto</b>	El entrenador explicará los conceptos de Autoestima y Autoconcepto, comentando para qué sirven y cómo puede afectar su presentación negativa. Se pretende generar debate y propiciar la participación de los alumnos.	-Aumentar el conocimiento de los jóvenes acerca de las variables psicológicas Autoestima y Autoconcepto. -Informar sobre las consecuencias de tener una Autoestima y Autoconcepto negativos.	30 minutos después del entrenamiento	Pizarra o proyector
- <b>Mente, cuerpo y Danza</b>	El entrenador explicará los beneficios de la Danza en relación a la Autoestima y el Autoconcepto positivo. Se propiciará una visión positiva entre danza, cuerpo y mente. Así como fomentar la autoconfianza a través del ejercicio físico. Debate.	-Fomentar una visión positiva entre la danza con el cuerpo y la mente. -Informar sobre los beneficios de la danza sobre la autoconfianza y la relación con el propio cuerpo.	30 minutos después del entrenamiento	Pizarra o proyector

<p><b>- Tortugas</b></p>	<p>Se mostrará una lámina donde aparece el dibujo de dos tortugas. Una pequeña y otra grande. La pequeña sueña con convertirse en una tortuga grande, mientras que la grande desea correr como un caballo. El entrenador abrirá el debate para que los alumnos comenten qué ven en la lámina y qué significado tiene. Se creará un ambiente de debate donde todos participarán y se explicará la importancia de la generación de expectativas reales, frente a las irreales, así como los beneficios y consecuencias de una y otra.</p>	<p>-Informar a los alumnos de qué son las expectativas y de qué nos sirven.          -Aumentar el conocimiento sobre las consecuencias negativas de las expectativas irreales.          -Mejorar conocimiento de los alumnos sobre la repercusión de estas consecuencias negativas en nuestro autoconcepto y autoestima.          -Propiciar un ambiente de debate para fomentar la participación, cohesión grupal y habilidades sociales.</p>	<p>20 minutos después del entrenamiento.</p>	<p>Pizarra o proyector, hojas de papel</p>
<p><b>- Anuncio personal</b></p>	<p>Los alumnos deberán crear un “anuncio personal”, como si fuera de la televisión o radio. En él deben mostrar sus mejores cualidades y habilidades, al igual que pasa en los anuncios. Deberán “venderse” hacia sus compañeros/as. Podrán acompañarlo de pasos de baile.</p>	<p>-Potenciar un autoconcepto más positivo en cada alumno/a.          -Fomentar una visión positiva hacia sí mismos y capacidad para apreciar las cualidades positivas.          -Mejorar la cohesión grupal y participación en las clases.          -Trabajar la autoestima personal desde el juego.</p>	<p>30 minutos después del entrenamiento</p>	
<p><b>- Carteles en positivo</b></p>	<p>El entrenador colocará a cada alumno una hoja de papel en la espalda. Mientras la música</p>	<p>-Generar un clima de confianza y afecto entre los alumnos y alumnas.</p>	<p>15 minutos después del entrenamiento</p>	<p>Hojas de papel, rotuladores, equipo de música</p>

	<p>suenan deberán moverse alrededor de la clase e ir escribiendo a cada compañero que se crucen una frase positiva hacia esa persona. Ejemplo: “Me pareces una persona muy divertida que consigue alegrarnos a todos”, “Me encanta tu manera de reír, es muy sincera”.</p> <p>Después, debatir sobre las cualidades que ha recibido cada uno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Minimizar las creencias de competitividad entre los/as jóvenes y buscar la empatía entre ellos.</li> <li>-Potenciar una visión positiva hacia los demás.</li> <li>-Reforzar la autoestima personal al observar las cualidades que son capaces de ver los demás.</li> <li>-Ser capaces de mejorar el autoconcepto al observar cualidades que la propia persona no imagina.</li> </ul>		
<p><b>- Baile de cualidades</b></p>	<p>Sonará la música y todos deben bailar. Cada uno podrá bailar estilo libre, sintiendo la música, excepto que el entrenador dé la indicación de seguir todos una misma coreografía. El entrenador parará la música y un nombre al azar. La persona nombrada debe detenerse y decir en voz alta qué cualidad le define, después volverá la música y continuará bailando hasta que todos los alumnos/as sean nombrados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzar el autoconcepto positivo entre los alumnos/as.</li> <li>-Fomentar la autoestima positiva a través de las cualidades de cada uno.</li> <li>-Mejorar el autoconocimiento y autoaceptación de cada joven.</li> </ul>	<p>15 minutos antes del entrenamiento.</p>	<p>Equipo de música</p>

<p><b>- Relajación y Meditación</b></p>	<p>Se comenzará el ejercicio de pie junto a una colchoneta. El entrenador guiará paso por paso la actividad de relajación por medio de ejercicios de respiración y estiramientos. Posteriormente, mediante instrucciones guiadas, se realizará un ejercicio de meditación en el que los alumnos/as traten de conectar con sus propios cuerpos y su estado emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potenciar conexión mente-cuerpo a través de la relajación y la meditación.</li> <li>-Mejorar la capacidad de relajación para reducir los niveles de ansiedad y estrés.</li> <li>-Mejorar la percepción del cuerpo a través de la realización de estiramientos.</li> <li>-Fomentar la introspección emocional.</li> <li>-Potenciar la autoestima y autoconcepto corporal, a través del reconocimiento de las emociones y el control guiado del propio cuerpo.</li> </ul>	<p>30 minutos después del entrenamiento</p>	<p>Colchoneta o esterilla, equipo de música,</p>
---	--	---	---	--

<p><b>- Caricias interpersonales</b></p>	<p>Sentados todos en círculo, incluido el entrenador. Se comenzará con la rueda de “caricias interpersonales”, por orden, comenzará un alumno/a y deberá nombrar una cualidad o característica positiva de la persona de su derecha física y otra psicológica o de personalidad. Después se debatirá sobre la importancia de los comentarios positivos hacia los demás, y reducir los negativos y las conductas comparativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Intentar romper creencias comparativas y negativas hacia uno mismo y los demás.</li> <li>-Mejorar las habilidades interpersonales, empatía y cohesión grupal.</li> <li>-Fomentar una visión positiva hacia las cualidades de los demás.</li> <li>-Mejorar el conocimiento de las propias cualidades.</li> <li>-Fomento de la autoestima y autoconcepto a través del descubrimiento de cualidades positivas.</li> <li>-Fomento de la autoestima y autoconcepto a través de una mejor confianza y comunicación con los demás.</li> <li>-Reducir conductas comparativas hacia los demás.</li> </ul>	<p>20 minutos después del entrenamiento</p>	<p>Esterillas</p>
<p><b>- El baile de la autoestima</b></p>	<p>Los alumnos/as deberán crear una coreografía. Esa coreografía deberá expresar a través del cuerpo, el movimiento y la danza, cómo se sienten ellos cuando perciben una autoestima positiva. Deberán reflejar todo lo que sienten y piensan de su autoestima a través de la creación de una</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reforzar las habilidades de expresión emocional a través del lenguaje no verbal.</li> <li>-Conectar la danza con la introspección emocional y corporal.</li> <li>-Potenciar el autoconcepto y la autoestima a través de la introspección, reconocimiento y expresión emocional.</li> </ul>	<p>15 minutos antes del entrenamiento</p>	<p>Equipo de música, cintas, pelota</p>

	composición de baile.	-Potenciar la práctica de la danza como una forma de ver el cuerpo en positivo. -Fomento de la autoconfianza y autoconocimiento a través de la danza y el ejercicio físico.		
--	-----------------------	--	--	--



Biblioteca  
UNIVERSITAS Miguel Hernández