



Artículo Original / 050505-2012

Antropometría, imagen corporal, autoestima y calidad de la dieta de brasileñas practicantes de baile flamenco

Anthropometry, body image, self-esteem and dietary quality of Brazilian female flamenco dancers

Ingrid Sayumi Nakamura (1)

PhD. Claudia Ridel Juzwiak (2) Email: claudia.juzwiak@unifesp.br

Daniela Hummel de Almeida (1)

Fábio Tadeu Montesano (3)

(1) Curso de Nutrição. Universidade Federal de São Paulo. Santos, Brasil.

(2) Departamento Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal de São Paulo. Santos, Brasil.

(3) Sector de Estadística. Universidade Federal de São Paulo. Santos, Brasil.

Recibido: 10 febrero 2012 Revisión editorial: 16 febrero 2012 Revisión por pares: 21 marzo 2012 Aceptado: 9 abril 2012 Publicado online: 15 abril 2012

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron evaluar el perfil nutricional, la percepción de la imagen corporal y la autoestima de 17 brasileñas adultas practicantes de flamenco. Los métodos utilizados fueron: índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal y porcentaje de grasa corporal, la Escala de Siluetas de Stunkardt para la percepción corporal y la Escala de Rosenberg para la autoestima. La ingesta de alimentos fue clasificada según el Índice de Calidad de la Dieta (ICD). Los valores promedios encontrados fueron: edad de $39,2 \pm 8,3$ años, tiempo de practica de $16 \pm 11,5$ meses y $2,2 \pm 0,9$ horas/semanales. La mayoría (76,5%) fue clasificada como eutrófica, sin embargo 88,2% presentaron porcentaje de grasa elevado. El IMC está correlacionado con el porcentaje de grasa ($r=0,681$; IC [0,298-0,875]) y asociado a la silueta actual ($p=0,018$). Aunque todas las practicantes presentaron elevada autoestima, se encontró que 64,7% presentaron insatisfacción corporal. El consumo energético habitual fue subestimado en 41,2% de la muestra y no se correlacionó a la autoestima o al IMC. La dieta del 88,2% de la muestra fue calificada como sana según el ICD. Se concluyó que las mujeres se autoevalúan correctamente según el IMC y que, aunque presenten elevada autoestima, hay insatisfacción corporal.

Palabras Claves

danza, percepción corporal, autoimagen, hábitos alimenticios, composición corporal.

Abstract

The objectives of this study were to evaluate the nutritional profile, the body image perception and self-esteem of 17 Brazilian adult female flamenco dancers. The methods used were: Body Mass Index (BMI), fat percentage, waist circumference, the Stunkard Figure Rating Scale for body perception and the Rosenberg Scale for self-esteem. Food intake was classified by the Healthy Eating Index (HEI). The average values found were: age 39.2 ± 8.3 years, practice time of 16 ± 11.5 months and 2.2 ± 0.9 hours a week. Although the majority of women (76.5%) had an adequate BMI, 88.2% they showed a high percentage of fat. The BMI was related to the percentage of fat ($r=0,681$; IC [0.298-0.875]) and associated with the current silhouette ($p=0.018$). Even though all dancers had a high self-esteem, 64.7% were not satisfied with their body. Underreporting was identified in 41.2% of the cases and it was not related to self-esteem or BMI. According to the HEI, the diet of 88.2% was classified as healthy. It was concluded that the women correctly evaluate their BMI

and, despite their high self-esteem, they are not fully satisfied with their body.

Key words

Flamenco dance, flamenco dance shoe, high heeled shoe, injure.

Introducción

La danza forma parte de la vida del hombre desde los principios del tiempo, y aunque su origen sea imprecisa, es considerada una de las más antiguas formas de arte, registrada en las pinturas rupestres conservadas hasta los días actuales^{1,2}. El arte de mover el cuerpo, generalmente acompañados por música, puede producir efectos positivos en la salud, como la mejora de la resistencia cardiovascular, del equilibrio, de la fuerza, de la agilidad, de la flexibilidad y la reducción de grasa corporal³. Además, facilita la comunicación e interacción, y, a través de la expresión corporal, se revelan sentimientos, deseos, prejuicios, experiencias anteriores y la propia personalidad del individuo⁴.

El arte flamenco, resultante de un proceso de manifestación sociocultural de diferentes pueblos y culturas a lo largo de la historia, gradualmente ha estado adquiriendo espacio, integrando elementos distintos, extrapolando los límites del folclore, adquiriendo sus propias características y técnicas, y difundándose a nivel mundial^{5,6}. Se caracteriza como un arte completo, que implica la integración entre música, danza y teatralidad. A nivel profesional es una actividad física vigorosa que exige preparación física adecuada, con énfasis en el trabajo muscular y de estiramiento, pudiendo afectar positivamente al proceso de envejecimiento, manteniendo la flexibilidad muscular y articular, combatiendo el proceso de osteoporosis a través principalmente del impacto creado por el zapateado^{7,8}.

El dinámico proceso de formación de la imagen corporal es influenciado por factores físicos, psicológicos y culturales⁹. La auto-imagen refleja las percepciones, pensamientos y sentimientos que se construyen sobre la estructura corporal y apariencia física^{10,11}. Estudios con niños, adolescentes y adultos de ambos sexos han indicado que la insatisfacción corporal puede ser afectada por la exposición al "cuerpo perfecto" idealizado por los medios y por la gran presión social en alcanzarlo^{9,10,12}. Esta insatisfacción es mayor en mujeres que en hombres, y incluso entre

aquellas que presentan esa insatisfacción, hay casos cuyas medidas antropométricas se encuentran dentro de los límites de normalidad¹⁰.

La autoestima representa los valores que se atribuyen a las características individuales, atributos y limitaciones, engloba una actitud de auto-proyección/autocrítica y está íntimamente relacionada a una auto-imagen corporal negativa^{10,13}. Según Camacho y col.¹⁴, la práctica de actividad física propicia el desarrollo de la conciencia y de la imagen corporal que puede favorecer la construcción de la autoestima.

En muchos casos, la distorsión de imagen corporal y la baja autoestima están asociadas al exceso de peso⁹, que también es considerado uno de los factores para las distorsiones en la subestimación de la ingesta alimenticia. El comportamiento involucrado en la subestimación alimenticia es complejo y ocurre de forma inconsciente, consciente o relacionada a limitaciones del método utilizado. La omisión inconsciente puede ser justificada por la falla en la memoria, por la incomprensión de los cuestionamientos hechos por el entrevistador o por la dificultad en referenciar las cantidades consumidas y/o los ingredientes/forma de preparo de los alimentos. La omisión consciente de alimentos o cantidades consumidas ocurre intencionalmente y puede estar relacionada a la vergüenza, constreñimiento o sentimiento de culpa por considerarse el alimento consumido como "no adecuado"¹⁵. El deseo de aceptación social también contribuye para la subestimación de la ingesta, pues el individuo contesta lo que considera la respuesta más deseada y aceptada por la sociedad, independiente de ser verdadera o no.

Considerando que el flamenco se ha convertido en una opción atractiva de actividad física, con impacto positivo en aspectos físicos y emocionales y que puede potencialmente contribuir a la mejora de la percepción de la imagen corporal, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar el perfil antropométrico, nutricional y la percepción de imagen corporal y autoestima de practicantes de la danza flamenca.

Material y Métodos

Sujetos

Para este estudio transversal, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São Paulo, (parecer número

1240/11), fueron invitadas a participar todas las alumnas de una escuela de flamenco del municipio de Santos, Brasil. De un total de 30 alumnas,¹⁷ aceptaron la invitación y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Todas las evaluaciones fueron realizadas en un único día en que no tenían clase, en la propia escuela de flamenco.

Material, Método y Diseño de la investigación

La evaluación antropométrica y de composición corporal siguió las técnicas y puntos anatómicos descritos por Heyward y Stolarczyk¹⁷ para las medidas de masa corporal, estatura y pliegues cutáneos y los descritos por la World Health Organization-WHO¹⁸ para la circunferencia abdominal, utilizándose respectivamente los siguientes equipamientos: balanza electrónica Tanita® modelo UM-080A con capacidad para 150kg y precisión de 100g, estadiómetro Personal Caprice Sanny®, con extensión hasta 210cm y graduación en milímetros, cinta métrica inelástica y flexible y adipómetro Lange®.

A partir de las medidas se calculó el índice de masa corporal [IMC = masa corporal (kg)/estatura (m²)] y se clasificó el estado nutricional según los puntos de corte propuestos por WHO¹⁸. La circunferencia abdominal se clasificó como elevada cuando superior a 80cm¹⁸.

A partir de los pliegues cutáneos (tricipital, supra-iliaco y de muslo) se estimó la densidad corporal a partir de la ecuación de Jackson, Pollock y Ward¹⁹ que posteriormente se convirtió en porcentaje de grasa (%G) por la ecuación de Siri²⁰. Fueron utilizados los puntos de corte propuestos por Lohman y cols.²¹ para la clasificación de la adiposidad corporal.

Para la evaluación de la percepción corporal y autoestima las practicantes de flamenco indicaron entre nueve siluetas de la Escala de Silueta de Stunkard²², validada por Scagliusi y cols.²³, cuál correspondía a su imagen corporal actual (SA), cuál desearían tener (SD) y cuál clasificaban como ideal (SI). La diferencia entre SA y SD indicó el grado de insatisfacción corporal. Su autoestima fue valorada a través de la escala de Rosenberg validada por Dini y cols.²⁴, que contiene 10 cuestiones y una escala de cuatro puntos para cada respuesta. Cuanto más baja la puntuación, mayor la autoestima.

Para la evaluación dietética, los datos de consumo fueron colectados a través de registro de dos

días, siendo uno de los días de fin de semana y el otro de un día laboral. Informaciones complementares sobre la identificación, escolaridad y antecedentes de salud fueron obtenidas a través de anamnesis. La energía y los nutrientes se calcularon en el software NutWin, versión 1.5 y se analizó el patrón dietético a través del Índice de Calidad de Dieta (ICD)25, que considera 10 componentes (Tabla 1), y que permite la determinación de una puntuación final, que puede ser clasificada en dieta "inadecuada" (≥ 40 puntos), "que necesita modificación" (entre 41 y 64 puntos) o "sana" (≥ 65 puntos). Independiente de la puntuación final de la dieta, cuando un componente del ICD recibe la puntuación inferior a 5 es considerado como consumo inadecuado. En el caso de los componentes de grupos de alimentos y variedad, un score inferior a 5 representa consumo insuficiente, mientras que para los nutrientes (grasa, grasa saturada, colesterol y sodio) un score inferior a 5 representa un consumo elevado.

El gasto energético basal se estimó por la ecuación recomendada por el *Institute of Medicine*²⁶. La razón entre la ingesta energética (IE) de cada practicante y su tasa metabólica basal (TMB)15,27 permitió la identificación de sub-reportes cuando el resultado encontrado fue inferior a 1,0528.

Tabla 1: Componentes y puntuación para el cálculo Índice de Calidad de la Dieta

Componentes	Puntuación mínima (0)	Puntuación máxima (10)
1- Cereales, panes, tubérculos y raíces	sin consumo	5 a 9 porciones
2- Hortalizas	sin consumo	4 a 5 porciones
3- Frutas	sin consumo	3 a 5 porciones
4- Leche y Derivados	sin consumo	3 porciones
5- Carnes, huevos y leguminosas	sin consumo	1 a 2 porciones
6- Grasa Total	> 45% del VET	\leq 30% del VET
7- Grasa Saturada	> 15% del VET	\leq 10% del VET
8- Colesterol	450 mg o más	300 mg o menos
9- Sodio	4800 mg o más	2400 mg o menos
10- Variedad de la dieta	< 5 diferentes tipos de alimentos al día	15 o más diferentes tipos de alimentos al día

Fuente: Fisberg, Slater, Barros et al.²⁵; VET=Valor energético total.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el programa Excel, Microsoft Office® 2007 y para los análisis realizados se utilizó el programa estadístico "R" (<http://www.r-project.org/>). Los resultados se presentaron en promedio y desviación estándar. Para la asociación entre el IMC y las variables %G, autoestima e ICD, se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Para el estudio de la asociación entre el IMC y la silueta actual; la subestimación de la ingesta energética y el IMC y la subestimación de la ingesta energética y la puntuación de autoestima, se utilizó la prueba t-Student para muestras dependientes. Para estudiar la asociación entre las variables IMC y silueta actual, se utilizó el modelo de análisis de la varianza con un factor fijo y el método de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Resultados

Los valores promedios de edad, tiempo de práctica, frecuencia y horas semanales destinadas a la práctica de la danza flamenca se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2: Medidas descriptivas de las variables: edad, tiempo medio de práctica, frecuencia y horas de práctica semanal de practicantes de flamenco. Santos/ Brasil 2010.

	Edad (años)	Tiempo de práctica (meses)	Frecuencia (días/semana)	Horas/semana
Promedio	39,2	16,0	1,6	2,2
Desviación estándar	8,3	11,5	0,6	0,9
Mínimo	28,0	3,0	1,0	1,0
Máximo	55,0	48,0	3,0	4,0

Los datos de la anamnesis indican que la mayoría de la muestra (82%) posee enseñanza superior completada. En relación a los antecedentes de salud, los problemas reportados con mayor frecuencia fueron dolor en las espaldas en la región cervical y lumbar (58,8%), dislipidemia (23,5%) y bruxismo (11,8%).

En la Tabla 3 se presenta la distribución de la muestra, según el perfil antropométrico. La mayoría (88,2%) de las practicantes presentaron %G elevado. Observase que mismo entre las mujeres con IMC dentro de la normalidad,

el 76,5% presentaron %G elevado. Se verificó correlación moderada entre el IMC y el %G ($r=0,681$; IC [0,298-0,875]).

Tabla 3: Distribución de las practicantes de flamenco según el perfil antropométrico. Santos/ Brasil, 2010.

	Valores Adecuados	Bajo	Adecuado	Elevado
Índice de Masa Corporal - IMC (kg/m ²) ¹⁸	18,5-24,9	11,8%	76,5%	11,8%
Circunferencia Abdominal (cm) ¹⁸	< 80	*	70,5%	29,4%
Porcentaje de Gordura (%) ²¹	23	11,8%	0	88,2%

* No hay valores de punto de corte para valores considerados por debajo del recomendado^{18,21}

La autoestima fue elevada en todos los sujetos, con puntuación variando de 0 a 13. No se encontró correlación entre la puntuación final de autoestima y el IMC ($r=0,108$; IC [-0,560-0,392]).

Del total de practicantes, 47,1% indicaron la silueta 4 para representar su SA. Sólo las siluetas 2 y 3 han sido identificadas como ideales y deseadas, siendo la silueta 3 escogida como la deseada (53,9%) o ideal (58,8%) por la mayoría de la muestra. Se observó que el 29,4% de las practicantes eligió siluetas distintas para representar la SD y la SI.

Se comprobó un 64,7% de las practicantes de flamenco insatisfechas con su imagen corporal, siendo que el 47,1% deseaban tener una silueta menos, sólo una practicante (5,8%) deseaba tener dos siluetas menos y el 11,8% deseaban tener una silueta más. Asimismo, entre las insatisfechas, el 47,1% son eutróficas.

La Fig. 1 presenta la distribución del IMC según la silueta actual elegida por cada practicante. Fue observada asociación entre estas variables ($p=0,018$). Las mujeres que indicaron SA 1 o 2 tienen en media IMC más bajo que aquellas que tienen SA 4 ($p=0,015$), pero que no difiere de quienes eligieron SA 3 ($p=0,302$). Las medias de IMC de quienes escogieron SA 3 y 4 tampoco difieren ($p=0,836$).

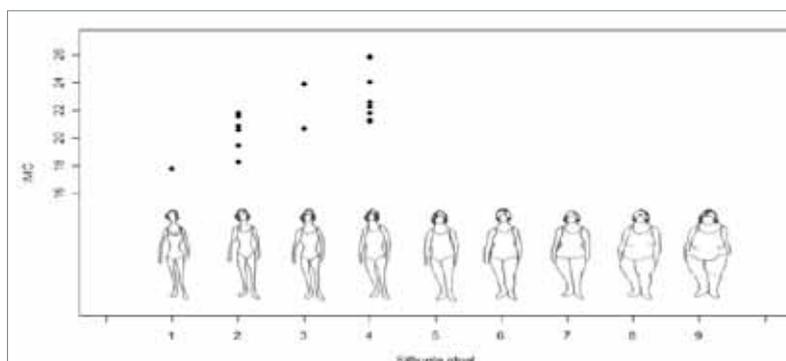


Fig.1 Distribución del IMC, según la silueta actual elegida por las practicantes de flamenco.

En relación al ICD, la dieta de la mayoría de la muestra (88,2%) fue clasificada como “sana”, incluyendo las practicantes que presentan sobrepeso o bajo peso, siendo la puntuación media obtenida de 76,5. Las dos practicantes que necesitan modificaciones en la dieta (11,8%) son eutróficas, pero presentan elevado %G. No se halló correlación entre el ICD y el IMC ($r=0,197$; IC [-0,312-0,619]).

La Figura 2 muestra el porcentaje de practicantes de flamenco con consumo inadecuado (calificación media inferior a 5) para cada componente del ICD. Cabe señalar que el componente “hortaliza” fue en el que el 64,7% de las practicantes tuvo dificultad para alcanzar la recomendación diaria.

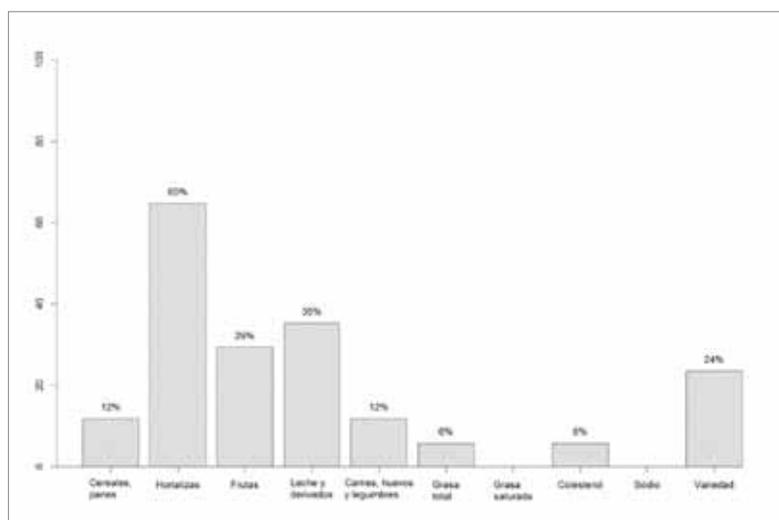


Fig.2 Porcentaje de practicantes de flamenco con calificación inferior a 5 para cada componente del ICD.

Se identificó la subestimación de la ingesta energética habitual en 41,2% de la muestra, siendo todas eutróficas y, a excepción de una, todas presentarían %G elevado. No se encontró correlación entre la ocurrencia de la subestimación y el IMC ($p=0,586$) o la autoestima ($p=0,627$).

Discusión

Aunque muchos estudios indiquen creciente insatisfacción con la imagen corporal en diferentes grupos y demuestren que posibles disturbios en la percepción corporal pueden ser investiga-

dos basándose en la relación de la percepción de la imagen corporal con las medidas y los índices antropométricos²⁹, todavía no hay estudios sobre el tema que enfoquen practicantes de flamenco. Por ello, este estudio contribuye a un mejor entendimiento del perfil antropométrico y nutricional, la percepción de la imagen corporal y la autoestima de practicantes de flamenco y las correlaciones existentes entre estas variables.

La caracterización de la muestra, con relación a los valores encontrados para la edad, frecuencia

y horas semanales de práctica y nivel de escolaridad fue semejante a la muestra estudiada por Costa y cols.³⁰, que evaluaron el patrón de hombres y mujeres con respecto a la práctica de actividades físicas en el tiempo destinado al ocio y encontraron tendencia de mayor práctica de actividad física entre mujeres de 31 a 40 años y con mayor escolaridad (enseñanza superior), siendo el caminar, la gimnasia y el baile las actividades preferidas por ellas.

Con relación a los antecedentes de salud, el "dolor en las espaldas" fue el problema mencionado con mayor frecuencia por las practicantes, hallazgo semejante al resultado encontrado en estudio realizado con bailarinas clásicas³¹. El dolor lumbar es considerado un problema de salud pública, ya que incide en cerca de 80% de la población en algún momento de su vida, y cuya ocurrencia está relacionada a posturas y movimientos corporales inadecuados, lo que demuestra la importancia de la realización, por parte de las practicantes de flamenco, de la técnica adecuada para evitar la intensificación de los dolores³².

En cuanto al perfil antropométrico y %G, los valores encontrados en este estudio son semejantes a los valores encontrados por Damasceno y cols.⁹, quienes evaluaron el nivel de insatisfacción corporal de practicantes de footing.

El elevado %G encontrado en la mayoría de las practicantes, incluyendo las que tenían un IMC normal es un hallazgo semejante al de Damasceno y cols.⁹. Este resultado refuerza la importancia de una evaluación antropométrica asociada a la estimativa de la adiposidad ya que cuando en exceso, principalmente con mayor distribución en la región abdominal, relacionase al surgimiento de comorbilidades³³.

La autoestima de todas las practicantes fue elevada. Algunos estudios demuestran que individuos que practican alguna actividad física presentan mejor autoestima que no practicantes^{34, 35,36}. Específicamente en relación al flamenco, Paiva y Romero³⁷ encontraron fuerte sentimiento de autoestima entre participantes de grupos de flamenco, generado a partir de la construcción de una identidad social. Así, se esperaba encontrar un número reducido de practicantes con baja autoestima. Sin embargo, por el tiempo medio de práctica no es posible afirmar si el flamenco contribuyó con este resultado, o si antes ya presentaban elevada autoestima, haciendo con que esto las llevara a practicar el baile. Aunque haya casos en que la baja autoestima

está asociada al sobrepeso y a la obesidad⁹, en el presente estudio, no se encontró correlación entre la calificación de autoestima y el IMC.

A pesar de la elevada autoestima, la evaluación de la percepción corporal a través de la escala de siluetas indicó insatisfacción corporal, siendo que casi la mitad de estas practicantes desean una silueta menor. La elección de las siluetas 4 o 3 por la mayoría de la muestra para representar respectivamente las SA y SD fue semejante a los resultados de Damasceno y cols.⁹ que mostraron que el 76% de las mujeres de su muestra estaban insatisfechas con su imagen corporal, identificando así la tendencia de las mujeres en seleccionar siluetas menores que la actual y el deseo por un cuerpo más delgado determinado culturalmente y considerado "ideal".

Entre las insatisfechas, 47,1% son eutróficas, lo que indica que, aunque hayan valores de IMC adecuados para la manutención de la salud, la búsqueda por el tipo físico "ideal" puede influenciar el modo como los individuos se perciben y generar el deseo por un cuerpo distinto¹⁴. Sin embargo, las siluetas seleccionadas por cada practicante para representar la autoimagen correspondieron al IMC estimado, indicando así, relación entre IMC y SA. Este hallazgo sugiere que las practicantes presentan buena percepción de su propio cuerpo.

Algunas mujeres (29,4%) seleccionaron siluetas distintas para representar SA y SD, sugiriendo una vez más que, aunque las practicantes tengan un modelo de silueta idealizado, parecen presentar buena percepción de su propio cuerpo, haciendo con que seleccionasen siluetas deseadas más cercanas a su condición nutricional actual.

Con relación al ICD, el patrón alimenticio de los sujetos fue superior al encontrado en los estudios de Morimoto y cols.³⁸, que evaluaron la calidad de dieta de adultos de la región metropolitana de São Paulo, de ambos sexos y que encontró calificación media de 60,4 y de Fisberg y cols.²⁵, en el cual 12% presentaron dieta sana.

Los componentes que recibieron calificación inferior a 5, considerado como bajo consumo, fueron "hortalizas", "leche y derivados" y "frutas". Cuanto al consumo de hortalizas y frutas, los resultados están consistentes con el diagnóstico realizado en estudio brasileño, que encontró que el 90% de la población presenta consumo bajo del preconizado (400g/día)³⁹. No obstante, el

estudio de Figueiredo y cols.⁴⁰ mostró que en mujeres, la frecuencia en el consumo de frutas y hortalizas se asocia al aumento de la edad y el nivel de escolaridad. El consumo insuficiente de frutas y hortalizas se considera como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y la promoción de su consumo ocupa un lugar destacado en las directrices mundiales de promoción de alimentación sana^{40,41}.

La leche y sus derivados son la principal fuente de calcio de la alimentación, nutriente fundamental para la formación y manutención de masa ósea y cuyo bajo consumo puede favorecer el apareamiento de fracturas. En estudios realizados con población mayor de 40 años, representativa de todas las regiones de Brasil, 15% de las mujeres relataron fracturas, siendo que el consumo de calcio fue, en media, 1/3 del recomendado⁴². En este estudio la calificación media del grupo "leche y derivados" fue de 1,7, inferior al hallado por Morimoto y cols.³⁸, cuya calificación media fue de 2,9.

La grasa saturada, el colesterol y el sodio fueron los componentes que alcanzaron las mejores calificaciones medias para todas las practicantes. Estos resultados son semejantes a los hallados por Goris y cols.⁴³, que evaluó la ocurrencia de la subestimación selectiva de macro-nutrientes, y que también demostró que individuos que subestimaran la ingesta presentaron bajo consumo de lípidos. Fisberg y cols.²⁵ también encontraron bajo consumo de grasa y colesterol en su estudio. Sin embargo, no fue posible obtener informaciones precisas sobre la sal de adición; luego, el sodio evaluado se determinó sólo por el sodio inherente a los alimentos y de los alimentos industrializados, exigiendo así cautela cuanto al análisis de este resultado.

Estudios demuestran que mujeres subestiman su consumo energético más frecuentemente que los hombres, y que este fenómeno también afecta a los individuos eutróficos^{27,44}. Este hecho fue observado en este estudio, ya que todas las practicantes que subestimaron su alimentación son eutróficas y no se halló correlación entre la ocurrencia de la subestimación de la ingesta y el IMC.

Subestimar la ingesta energética es un problema común a todos los métodos de evaluación de ingesta alimenticia que dependen del reporte individual. Los alimentos generalmente más subestimados son aquellos ricos en lípidos y carbohidratos, caracterizándose respuestas so-

cialmente aceptables¹⁵. La insatisfacción corporal puede ser un de los factores que contribuyen para que la ingesta alimentaria sea subestimada⁴³, sin embargo, en este estudio no se halló correlación entre la autoestima y la ocurrencia de la subestimación.

Debido a la pequeña muestra evaluada en este estudio, los resultados deben ser considerados con cautela. A pesar de esta limitación, nuestros resultados sugieren que, aunque las practicantes de flamenco presenten elevada autoestima y la mayoría haya sido clasificada como eutrófica, hay insatisfacción corporal, con predominancia del deseo de un cuerpo más delgado, lo que merece atención. El círculo vicioso que se desarrolla entre la insatisfacción y la distorsión perceptiva (la insatisfacción puede causar una distorsión perceptiva y la distorsión perceptiva causa la insatisfacción) puede influenciar la adopción de hábitos alimentares inadecuados. Se sugiere que más estudios sean realizados, con número mayor de participantes, una muestra más homogénea cuanto a la edad y a la práctica de la danza para el mejor entendimiento sobre la relación existente entre el perfil nutricional, la percepción de la imagen corporal y la autoestima en practicantes de flamenco.

Conclusiones

Se concluye que las practicantes de flamenco presentaron eutrofia, pero elevado porcentaje de grasa. Aunque se autoevalúen correctamente cuanto al IMC y que presenten elevada autoestima, hay insatisfacción corporal. El patrón alimentario se consideró adecuado, pero se identificó consumo abajo del adecuado de hortalizas, leche y derivados y frutas. Se espera que la práctica del flamenco influya positivamente la percepción corporal para que mantengan la elevada autoestima. Hay necesidad de intervenciones en educación alimentaria para garantizar un patrón alimenticio más adecuado.

Referencias Documentales

1. Ossona P (1988). *A educação pela dança*. (4. ed). São Paulo, Summus.
2. Markessinis A (1995). *Historia de la danza desde sus orígenes*. Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
3. Hui E, Chui BT, Woo J (2009). Effects of dance on physical and psychological well being in older people. *Arch Gerontol Geriatrics*, 49:e45-e50.

4. Brasileiro LT, Marcassa LP (2008). Linguagens do corpo: dimensões expressivas e possibilidades educativas da ginástica e da dança. *Pro-posições*, 19(3):195-207.
5. Silva IE (2007). Estudo para uma bailadora andaluza e os elementos do flamenco. *Nau Literária*, 3(2):1-5.
6. Washabaugh W (1997). Flamenco music and documentary. *Ethnomusicology*, 41(1):51-67.
7. Macías AV, Montesinos JL, Vicente JM, Lozano SG (2008). La necesidad de la preparación física en el baile flamenco. *Rev. Cent. Invest. Flamenco Telehusa*, 1(1):4-6.
8. Araque BL (2010). Benefícios de la práctica del baile flamenco en la vejez. *Rev Cent Invest Flamenco Telehusa*, 3(3):32-35.
9. Damasceno VO, Lima JPR, Vianna JM, Vianna VRA, Novaes JS (2005). Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Rev Bras Med Esporte*, 11(3):181-186.
10. Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Rev Bras Ciência e Mov*, 14(1):87-96.
11. Nanni D (2005). La enseñanza de la danza en la estructuración/expansión de la conciencia corporal y de la autoestima del educando. *Fitness & Performance Journal*, 14(1):45-57.
12. Bosi MLM, Luiz RR, Morgado CMC, Costa MLS, Carvalho RJC (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo do município do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*, 56(2):108-113.
13. Cardoso FL, Silveira RA, Zequinão MA, Martins C (2010). Autopercepção corporal e preferências motoras de praticantes de dança. *Movimento*, 16(1):97-112.
14. Camacho MJ, Fernandez E, Rodriguez MIR (2006). Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia de la modalidad deportiva. *Rev Int Ciencias Deporte*, 3(2):1-19.
15. Scagliusi FB (2007). Validade das Estimativas de Ingestão Energética de três métodos de avaliação do consumo alimentar, em relação à água duplamente marcada. São Paulo, 2007. Dissertação (Doutorado em Educação Física) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo.
16. Scagliusi FB, Cordás AT, Polacow VO, Coelho D, Alvarenga M, Phillipi ST, Lancha Júnior AH (2004). Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlawa & Crowne para a língua portuguesa. *Rev Psiq Clin*, 31(6):272-78.
17. Heyward VH, Stolarczyk LM (2000). Avaliação da composição corporal aplicada. São Paulo, Manole.
18. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report on WHO Consultation on Obesity, Geneva, 1997.
19. Jackson AS, Pollock ML, Ward A (1980). Generalized equations for predicting body density of women. *Med Sci Sports Exerc*, 12:175-82.
20. Siri WE (1961). Body composition from fluid spaces and density: analysis of methods. En: Brozek J, Henschel A (edit). *Techniques for Measuring Body Composition*, Washington, DC, National Academy of Sciences.
21. Lohman TG, Roche AF, Martorelli R (1991). *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, Abridged Edition.
22. Stunkard AJ, Sorenson T, Schlusinger F (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. En: Kety SS, Rowland LP, Sidman RL, Mat-thysse SW (editors). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York, Raven. pp115-120.
23. Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow VO, Cordás TA, Queiróz GKO, Coelho D (2006). Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted to Portuguese. *Appetite*, 47:77-2.
24. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM (2004). Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*, 19(1):41-52.
25. Fisberg RM, Slater B, Barros RR, Lima FD, Cesar CLG (2004). Índice de qualidade da dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Rev. Nutr Campinas*, 17(3):301-308.
26. Institute of Medicine (2002). Food and Nutrition Board. *Dietary reference intakes (DRIs): Estimated Average Requirements for Groups*. Washington, D. C. National Academies.
27. Scagliusi, F. B.; Lancha Jr. AHL (2003). Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. *Rev Nutrição*, 16(4):471-481.
28. Lafay L, Mennen L, Basdevant A, Charles MA, Borys J, Eschwege E, y cols. (2000). Does energy intake underreporting involve all kinds of foods or only specific food items? Results from the Fleurbaix Laventie Ville Sante (FLVS) study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24(7):1500-1506.
29. Pereira EF, Teixeira CS, Borgatto AF, Daronco LSE (2009). Relação entre diferentes indicadores antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas ativas. *Rev Psiq Clin*, 36(2):54-59.
30. Costa RS, Heilborn ML, Werneck EF, Faerstein E, Lopes CS (2003). Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad. Saúde Pública*, 19(Sup 2):325-333.
31. Feipel V, Dalenne S, Dugailly P, Salvia P, Rooze M (2004). Kinematics of lumbar spine during classic ballet postures. *Med Problems Performing Artists*, 19(4):174-180.
32. Caraviello EZ, Wasserstein S, Chamlian TR, Masiero D (2005). Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiatr*, 12(1):11-14.
33. Prentice AM, Jebb SA (2001). Beyond body mass index. *Obesity Rev*, 2:1-7.
34. Oliveira SMLP (2001). O impacto do exercício físico na autoestima, investimento corporal e sentimentos de autoeficácia em estudantes universitárias: estudo exploratório. Portugal. 30/01/2012 <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0010.PDF>
35. Hausenblas HA, Downs DS (2001). Comparison of body image between athletes and non athletes: a meta-analytic review. *J Appl Sports Psychology*, 13:323-39.
36. Godoy RF (2002). Benefícios do Exercício físico sobre a área emocional. *Movimento*, 8(2):7-15.
37. Paiva MAC, Romero E (2004). Identidade social e autoestima em participantes de grupos de dança flamenca: a contribuição pedagógica e psicológica ao ser do homem em movimento. *Fitness & Performance Journal*, 3(1):28-32.
38. Morimoto JM, Latorre MRDO, César CLG, Carandina L, Barros MBA, Goldbaum M, y cols. (2008). Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 24(1):169-178.

39. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009*. Rio de Janeiro, IBGE.

40. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA (2008). Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, 42(5):777-785.

41. World Health Organization (2002). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert Chronic Diseases*. Geneva, Switzerland.

42. Pinheiro MP, Schuch NJ, Genaro PS, Ciconelli RM, Ferraz MB, Martini L (2009). Nutrient intake related to osteoporotic fracture in men and women – the Brazilian Osteoporosis Study – BRAZOS. *Nutr J*, 8:6. 16/03/2011 <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-8-6.pdf>.

43. Goris AHC, Westerterp-Plantenga MS, Westerterp KR (2000). Under-eating and under-recording of habitual food intake in obese men: selective underreporting of fat intake. *Am J Clin Nutr*, 71(1):130-134.

44. Gomes AA, Leão LSCS (2011). Prevalência de sub-relato e super-relato de ingestão energética em população ambulatorial do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Coletiva*, 19(2):197-202.
