

## *CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO Y ATENCIÓN PRIMARIA DE TERUEL*

Inés Hernández Armengod  
TRABAJO FIN DE GRADO 2015-2016  
Director: Antonio Minguillón Serrano

### RESUMEN

**Introducción.** La calidad de vida laboral tiene una gran importancia en el sistema sanitario debido a su repercusión en la productividad y efectividad de los cuidados que se ofrecen a la población. Por ello se debe analizar el estado de los profesionales en su trabajo y así poder corregir aquellos puntos en los que es necesario mejorar para asegurar un adecuado ambiente laboral y unos servicios de calidad.

**Objetivos.** El objetivo principal de este estudio es conocer la calidad de vida profesional percibida por el personal de enfermería de Quirófano y Atención Primaria. Además, saber qué factores la condicionan y si existen diferencias entre ambos servicios.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de tipo transversal. El presente estudio investigó la calidad de vida profesional de los enfermeros de la Unidad de Quirófano del Hospital Obispo Polanco de Teruel y los Centros de Salud Teruel Ensanche y Urbano. Se llevó a cabo entre Diciembre de 2015 y Abril de 2016. Para ello se entregó el cuestionario validado CVP-35 y se utilizó el programa SPSS para el análisis de las distintas variables y la comparación de medias.

**Resultados.** La tasa de respuesta fue alta. Los enfermeros valoran su calidad de vida laboral global con una media de 7 sobre una puntuación de 10. Se percibe mayor CVP en AP (8; IQ=1.76). La CVP se ve influida por la dimensión de Apoyo Directivo. Respecto a las variables sociodemográficas y laborales, el sexo es la única que influye significativamente en la percepción de la calidad de vida laboral.

**Discusión.** Existen numerosos estudios sobre la CVP, pero casi todos se centran en la AP. Nuestros resultados coinciden con la mayoría de estos estudios. En nuestra área la CVP se desconoce.

**Conclusiones.** El personal de enfermería percibe una buena calidad de vida profesional, sin embargo, manifiestan recibir poco apoyo directivo.

### PALABRAS CLAVE

Calidad de vida profesional. Personal de enfermería. Cuestionario CVP-35. Atención Primaria. Bloque quirúrgico. virus de la hepatitis C, síntomas, diagnóstico, historia natural

## **PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE OF THE NURSING STAFF OF THE OPERATING ROOM AND PRIMARY CARE OF TERUEL**

### ABSTRACT

**Background.** The quality of working life has a great importance in the health care system because of his impact on the productivity and effectiveness of cares provided to the population. Therefore, it must analyze the state of professionals in their work and thus correcting those points which are necessary to improve in order to ensure a suitable working environment and quality services.

**Objectives.** The main objective of this study is to know the quality of professional life perceived by the nursing staff in operating room and primary care. In addition, knowing what factors affect it and if there are differences between both services.

**Materials and methods.** Retrospective descriptive study of transverse type. The present study investigated the quality of professional life of nurses in the surgical unit of the Hospital Obispo Polanco in Teruel and health Teruel

Ensanche and Urban centers. This study was held from December of 2015 to 2016 April. For this purpose the validated questionnaire CVP-35 was delivered and SPSS program was used for the analysis of different variables and the comparison of means.

**Results.** The response rate was high. The nurses value their quality of their working life globally with an average of 7 out of 10 points. A greater CVP is perceived in AP (8; IQ=1.76). The CVP is influenced by the dimension of the management support. Regarding the socio-demographic and labour variables, gender is the only one that significantly influences on the perception of the quality of working life.

**Discussion.** There are numerous studies on the CVP, but almost all of them focus on the AP. Our results agree with the majority of these studies. In our area the CVP is unknown.

**Conclusions.** The nursing staff perceives a good quality of professional life, however, they state to receive little management support.

### KEY WORDS

Quality of professional life. Nursing staff. Questionnaire CVP-35. Primary care. Surgical block.

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad los profesionales sanitarios trabajan en un entorno cada vez más demandante. Esto hace que pase a un segundo plano la calidad de vida profesional, aumente la creciente responsabilidad clínica y administrativa y se minimice la autonomía en la toma de decisiones y capacidad resolutoria<sup>1</sup>.

La mejora de la satisfacción de los profesionales y las condiciones de vida laboral en el sistema sanitario es imprescindible para garantizar una buena calidad de los servicios prestados a la población<sup>2-4</sup>.

La administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad asistencial y el grado de satisfacción del paciente, sin embargo, hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que su bienestar laboral influye en la efectividad y rendimiento de su trabajo<sup>3,5-8</sup>.

En un estudio elaborado por el grupo de investigación AQR de la Universidad de Barcelona en el año 2011, titulado "Manpower Profesional. Calidad laboral y productividad", concluyeron que es la calidad laboral lo que determina la productividad<sup>9</sup>.

La profesión de enfermería es una de las más expuestas a situaciones crónicas de estrés laboral, representando un importante problema tanto para el sistema de salud como para la persona que lo padece<sup>3</sup>.

Entre los factores asociados a esta situación se señalan: los ambientales, los personales (la edad, el sexo, las características de afrontamiento e incluso la personalidad)<sup>5,10</sup>, los familiares (el estado civil y el apoyo familiar) y los aspectos laborales, como la retribución, la carrera profesional y la percepción de autonomía<sup>11,12</sup>.

Es un proceso cambiante debido al contexto que lo rodea, en donde la familia junto con el trabajo son las principales preocupaciones de los trabajadores<sup>12</sup>.

Estos factores pueden conducir a una situación de insatisfacción laboral, de menor rendimiento, de frustración personal y sobre todo de un bajo nivel de calidad de vida profesional<sup>13</sup>.

La "calidad de vida profesional" (CVP) se define como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas<sup>6</sup>, comprendiendo todas aquellas condiciones del puesto de trabajo que pueden afectar a la motivación y al rendimiento<sup>3</sup>, y provocar, en caso de desequilibrio, la aparición de estrés laboral<sup>5</sup>.

En nuestra área, la percepción respecto a la CVP de los profesionales de enfermería se desconoce, y es por ello que atendiendo a la importancia de la repercusión personal de cada enfermero y a la repercusión en la atención al usuario, sea imprescindible analizar el estado de los

profesionales de enfermería en este ámbito.

No debemos descuidar cómo se sienten estos profesionales para así poder reflexionar sobre su actividad laboral y proponer estrategias de mejora en este campo que garanticen una adecuada calidad de vida profesional y un mejor ambiente laboral.

### OBJETIVOS

#### Generales

Conocer la calidad de vida profesional percibida por el personal de enfermería que integra la Unidad de Quirófano y Atención Primaria.

#### Específicos

– Determinar la CVP actual del personal de enfermería mediante la aplicación del cuestionario específico CVP-35.

– Conocer los factores influyentes en la CVP global.

– Comprobar si hay diferencias entre la Unidad de Quirófano y Atención Primaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Para alcanzar los objetivos deseados, se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de tipo transversal acerca de la calidad de vida laboral percibida entre los profesionales de enfermería.

La población de estudio fue todos los profesionales de enfermería que trabajaban en la Unidad de Quirófano del Hospital Obispo Polanco de Teruel y los Centros de Salud Teruel Ensanche y Urbano. El periodo de estudio fue de Diciembre del 2015 a Abril del 2016.

Se incluyó a todo el personal de enfermería que estuviera trabajando en dichas unidades durante el tiempo de estudio y que quisiera participar de forma voluntaria, independientemente del tipo de situación laboral (fija, interina, eventual o de sustitución); un total de 56 enfermeros. Se excluyó del estudio al personal con cargos directivos (supervisores).

El instrumento de medida utilizado para recoger información sobre la calidad de vida profesional fue el cuestionario CVP-35, entregado

personalmente a cada uno de los profesionales de enfermería incluido en el estudio.

Este cuestionario autoadministrado fue complementado con preguntas sobre datos sociodemográficos y laborales de cada enfermero. Además, aportaba información adicional sobre la utilidad, importancia y confidencialidad del mismo (Fig. 1).

En nuestro medio, ha sido ampliamente utilizado en el contexto sanitario, especialmente en Atención Primaria<sup>3, 6, 13-16</sup>, y sus propiedades métricas permiten proponerlo como una herramienta adecuada para la medición de la calidad de vida de los enfermeros<sup>3,5</sup>. Se trata de un cuestionario validado en España por Carmen Cabezas<sup>17</sup>, quién años más tarde realizó una nueva validación junto con Simon Dolan y Salvador García Sánchez<sup>16, 18</sup>.

El cuestionario consta de 35 ítems, 33 de ellos agrupados en tres grandes dimensiones: "Apoyo Directivo" (valorado mediante 13 ítems: 2,3,4,5,10,11,14,16,20,22,23,28 y 30), "Cargas de Trabajo" (11 ítems: 1,6,7,8,17,18,19,21,24,25 y 33) y "Motivación Intrínseca" (9 ítems: 9,12,13,26,27,29,31,32 y 35). Hay otros 2 ítems independientes de estas 3 grandes dimensiones: la calidad de vida laboral global (ítem 34) y la capacidad de desconexión al acabar la jornada laboral (ítem 15).

Las preguntas se responden en una escala de 1 a 10, con la siguiente ponderación: «nada» (valores 1 y 2), «algo» (valores 3, 4 y 5), «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10).

En cuanto a las variables sociodemográficas y laborales del cuestionario se describen en la Figura 2.

Los datos recogidos, así como las puntuaciones del cuestionario del CVP-35 y los datos sociodemográficos y laborales, fueron introducidos y analizados con el programa estadístico SPSS para Windows.

Los gráficos y tablas se realizaron tanto con el programa SPSS como con Microsoft Excel.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas recogidas en el estudio, representándolas mediante Box-plot y diagramas de barras.

Para la comparación de las medias de las

## Cuestionario anónimo para el personal de enfermería

Estoy realizando un estudio sobre Calidad de Vida Profesional, su participación será anónima, respetando siempre su confidencialidad, y de forma voluntaria.

Este cuestionario consta de 35 preguntas en las que solamente ha de marcarse una puntuación del 1 al 10 y una parte para completar los datos sociodemográficos y laborales de cada profesional de enfermería.

Gracias por colaborar con el trabajo fin de grado de una alumna de enfermería.

### Datos sociodemográficos y laborales

Señale la opción correcta.

1) Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

2) Fecha de nacimiento:.....

3) Estado civil: 1. Soltero 2. Casado/con pareja 3. Divorciado/separado 4. Viudo

4) Nº hijos:.....

5) Situación laboral: 1. Fijo 2. Interino 3. Otras:.....

6) Turno: 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche

7) Lugar del ejercicio profesional:.....

8) Antigüedad en la profesión (nº años trabajados en el actual servicio):.....

Fig. 1. Cuestionario.

variables cuantitativas con variables cualitativas dicotómicas se utilizó la prueba de la T de Student: en el análisis de la CVP percibida por el personal (ítem 34 del cuestionario CVP-35) según los distintos servicios del estudio y en el análisis de las tres dimensiones “Apoyo Directivo”, “Cargas de Trabajo” y “Motivación Intrínseca” según los servicios.

En la comparación de variables cuantitativas con variables cualitativas con más de dos categorías se utilizó ANOVA: análisis de la variable calidad de vida global percibida según: el estado civil, la situación laboral y el turno de trabajo. Y para analizar la relación entre dos variables cuantitativas fue utilizada la regresión lineal simple: en el caso de saber si la calidad de vida percibida presenta diferencias según la edad del personal, el número de hijos, el número de años trabajados en el actual servicio del estudio y según las tres dimensiones del cuestionario.

En los casos que no cumplieron las condiciones de normalidad, usamos las pruebas no paramétricas correspondientes a su análisis: U de Mann Whitney (en el análisis de la calidad de vida laboral percibida según servicios) y Kruskal-Wallis (en el análisis de la calidad de vida laboral percibida según el estado civil del personal y su situación laboral).

## RESULTADOS

Se entregaron personalmente 56 encuestas, obteniendo finalmente 51 respuestas (91.07%). De los profesionales que participaron en el estudio el 86.3% eran mujeres. Las frecuencias de las variables cualitativas de los sujetos de estudio se representan en la tabla 1.

La edad media del estudio fue 49,34 años (DE=10.55); 44.34 años (DE=9.25) en Quirófano y 57.51 (IQ=11.01) en Atención Primaria. Con una media de años trabajados en el actual servicio de 14.49 (DE=11.70). Con una media de 2.16 hijos (DE=1.06).

Un alto porcentaje estaba casado o con pareja (86.3%), lo que puede influir en la calidad de vida profesional, pese a que estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en la percepción de ésta según el estado civil ( $p>0.05$ ; 0.68).

La valoración global sobre la calidad de vida profesional percibida por los profesionales de enfermería de ambos servicios del presente estudio en Teruel fue de un 7 (IQ=3) sobre 10, lo que se considera una buena percepción sobre su calidad laboral; 6.41 (DE= 1.09) en la Unidad de Quirófano y 8 (IQ=1.76) en Atención Primaria.

## Cuestionario CVP-35

Marque con una cruz la casilla correspondiente.

NOTA: «nada» (valores 1 y 2); «algo» (valores 3, 4 y 5); «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10)

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Cantidad de trabajo que tengo										
2. Satisfacción con el tipo de trabajo										
3. Satisfacción con el sueldo										
4. Posibilidad de promoción										
5. Reconocimiento de mi esfuerzo										
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo										
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo										
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo										
9. Motivación (ganas de esforzarme)										
10. Apoyo de mis jefes										
11. Apoyo de mis compañeros para realizar mis actividades										
12. Apoyo de mi familia										
13. Ganas de ser creativo										
14. Posibilidad de ser creativo										
15. Desconecto al acabar la jornada laboral										
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo										
17. Tengo conflictos con otras personas de mi trabajo										
18. Falta de tiempo para mi vida personal										
19. Incomodidad física en el trabajo										
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito										
21. Carga de responsabilidad										
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto										
23. Tengo autonomía o libertad de decisión										
24. Interrupciones molestas										
25. Estrés (esfuerzo emocional)										
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo										
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual										
28. Variedad en mi trabajo										
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas										
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas										
31. Lo que tengo que hacer queda claro										
32. Me siento orgulloso de mi trabajo										
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud										
34. Calidad de vida en mi trabajo										
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)										

Fig. 1. Cuestionario.

Sexo (masculino/femenino)	Variable cualitativa nominal dicotómica
Edad	Variable cuantitativa continua recogida como fecha de nacimiento
Estado civil	Variable cualitativa nominal politómica de cuatro categorías (soltero/casado o con pareja/divorciado o separado/viudo)
Número de hijos	Variable cuantitativa discreta
Situación laboral	Variable cualitativa nominal politómica de cuatro categorías (fijo/interino/eventual o sustituto)
Turno laboral	Variable cualitativa nominal politómica de cinco categorías (mañana/tarde/noche/rotatorio/mañana y tarde)
Lugar o servicio en el que trabaja (quirófano/centro de salud)	Variable cualitativa nominal dicotómica
Número de años trabajados en el actual puesto	Variable cuantitativa discreta

Fig. 2. Descripción de las variables sociodemográficas y laborales.

	N	%	% Quirófano	% AP
<b>SEXO</b>				
masculino	7	13.70	3.70	25
femenino	44	86.30	96.30	75
Total	51	100	100	100
<b>ESTADO CIVIL</b>				
Soltero	5	9.80	7.40	12.50
Casado/con pareja	44	86.3	88.90	83.30
Divorciado/separado	2	3.90	3.70	4.20
Total	51	100	100	100
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>				
Fijo	35	68.6	55.6	83.3
Interino	9	17.6	25.9	8.3
Eventual	3	5.9	11.10	0
Sustituto	4	7.8	7.4	8.3
Total	51	100	100	100
<b>TURNO LABORAL</b>				
Mañana	34	66.70	48.10	87.50
Rotatorio	9	17.60	33.30	0
Mañana y tarde	8	15.70	18.50	12.50
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabla 1. Variables cualitativas sociodemográficas y laborales globales y frecuencias según servicios.

A pesar de tener una valoración más alta en Atención Primaria (AP), tras los resultados obtenidos en la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de muestras independientes se comprobó que las diferencias entre las medias de ambos grupos se deben al azar, aceptando la hipótesis nula de que no existen diferencias en la percepción de la calidad de vida laboral según el servicio, con una  $p > 0.05$  (0.111).

En la tabla 2 se representan los resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario CVP-35. Los valores más altos se obtienen en los ítems que valoran la Motivación Intrínseca,

además del ítem de “apoyo de mis compañeros” con una puntuación de 8 (IQ=2) y “satisfacción con el tipo de trabajo” con un 8 (IQ=2). Destacamos la alta puntuación en los ítems “cantidad de trabajo que tengo” (8; IQ=1), “carga de responsabilidad” (8; IQ=3) y “estrés” (8; IQ=3).

Por el contrario, de los ítems con una puntuación más baja destacamos: “posibilidad de promoción” (3.98; DE=2.42), “mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto” (4.45; DE=2.46) y “reconocimiento de mi esfuerzo” (5.35; DE=2.05).

Ítems	Media	Desv. Típ.	Mediana	IQ (Percentil 75 - percentil 25)
29. Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	8,67	1,57	9,00	2,00
12. Apoyo de mi familia	8,61	1,95	9,00	2,00
32. Me siento orgulloso de mi trabajo	8,33	2,19	9,00	2,00
27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	8,27	1,42	8,00	1,00
26. Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	7,96	1,57	8,00	1,00
2. Satisfacción con el tipo de trabajo	7,88	1,53	8,00	2,00
31. Lo que tengo que hacer queda claro	7,53	2,13	8,00	3,00
1. Cantidad de trabajo que tengo	7,49	1,33	8,00	1,00
9. Motivación (ganas de esforzarme)	7,49	2,23	8,00	3,00
11. Apoyo de mis compañeros para realizar mis actividades	7,33	2,47	8,00	2,00
28. Variedad en mi trabajo	7,25	2,15	8,00	3,00
21. Carga de responsabilidad	7,18	2,30	8,00	3,00
13. Ganas de ser creativo	7,10	2,54	8,00	3,00
25. Estrés (esfuerzo emocional)	7,06	2,20	8,00	3,00
15. Desconecto al acabar la jornada laboral	7,00	2,50	8,00	4,00
3. Satisfacción con el sueldo	6,80	1,63	7,00	2,00
35. Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	6,75	2,69	8,00	2,00
34. Calidad de vida en mi trabajo	6,73	2,00	7,00	3,00
20. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	6,51	2,40	7,00	3,00
7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	6,41	2,40	7,00	3,00
8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	6,41	2,26	7,00	3,00
6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	6,04	2,57	6,00	3,00
14. Posibilidad de ser creativo	6,04	2,30	6,00	3,00
30. Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	6,04	2,34	7,00	4,00
10. Apoyo de mis jefes	5,90	2,22	6,00	3,00
23. Tengo autonomía o libertad de decisión	5,76	2,42	6,00	4,00
16. Recibo información de los resultados de mi trabajo	5,59	2,38	6,00	3,00
33. Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	5,43	2,48	6,00	5,00
5. Reconocimiento de mi esfuerzo	5,35	2,05	6,00	3,00
24. Interrupciones molestas	5,20	2,20	5,00	4,00
19. Incomodidad física en el trabajo	5,02	2,76	5,00	6,00
18. Falta de tiempo para mi vida personal	4,71	2,92	5,00	6,00
22. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	4,45	2,46	5,00	4,00
4. Posibilidad de promoción	3,98	2,42	4,00	4,00
17. Tengo conflictos con otras personas de mi trabajo	3,22	2,48	2,00	4,00

Tabla 2. Resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario ordenados de mayor a menor según las medias

Hemos encontrado una percepción de la CVP global diferente según el Apoyo Directivo recibido, con una  $p < 0.05$  (0.001), con una correlación positiva moderada ( $r = 0.458$ ). (Gráfico 1)

En relación con las tres dimensiones valoradas del cuestionario, la media más alta global de ambos servicios se encuentra en la dimensión Motivación Intrínseca con 7.85 (DE=1.02). (Gráfico 2) La comparación entre las puntuaciones-totales de cada una de las tres dimensiones del

cuestionario CVP-35 y de los ítems “calidad de vida en mi trabajo” y “desconecto al acabar la jornada laboral” en función de la unidad de trabajo se muestra en la tabla 3.

Estadísticamente la media de la dimensión de Cargas de Trabajo presentó diferencias significativas según la unidad laboral con una  $p = 0.05$  en la prueba T de Student. La interpretación del IC95% no englobaba el cero, así pues, podríamos confirmar la existencia de diferencias de las car-

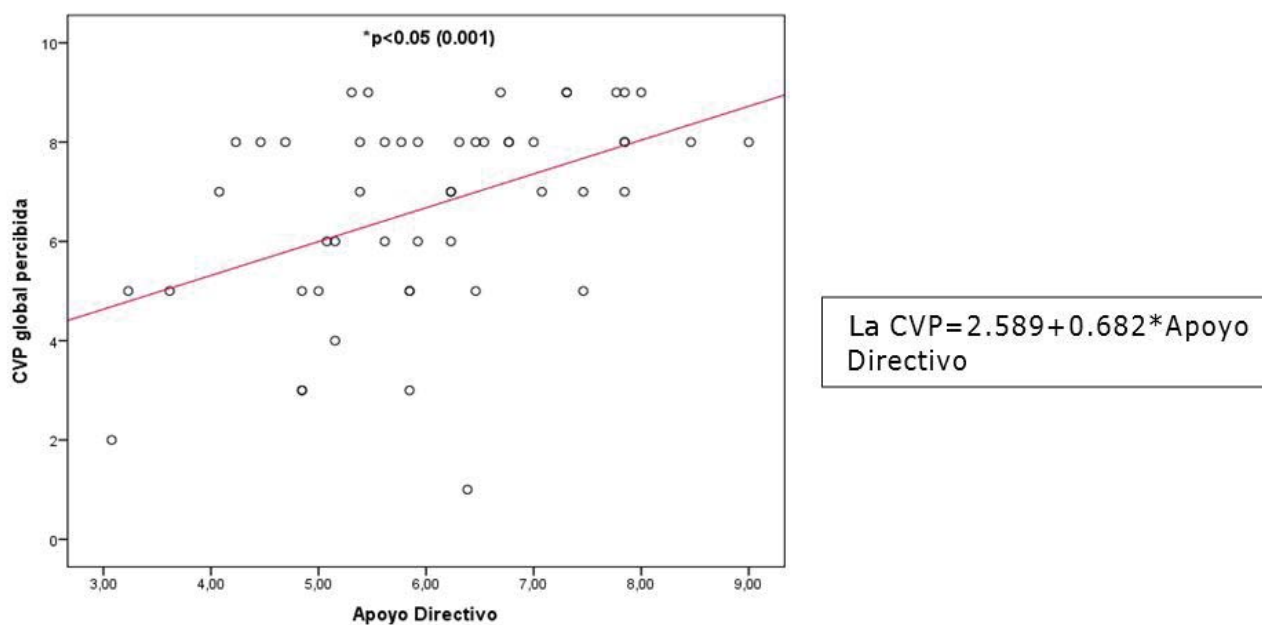


Gráfico 1. CVP global según el Apoyo Directivo recibido.

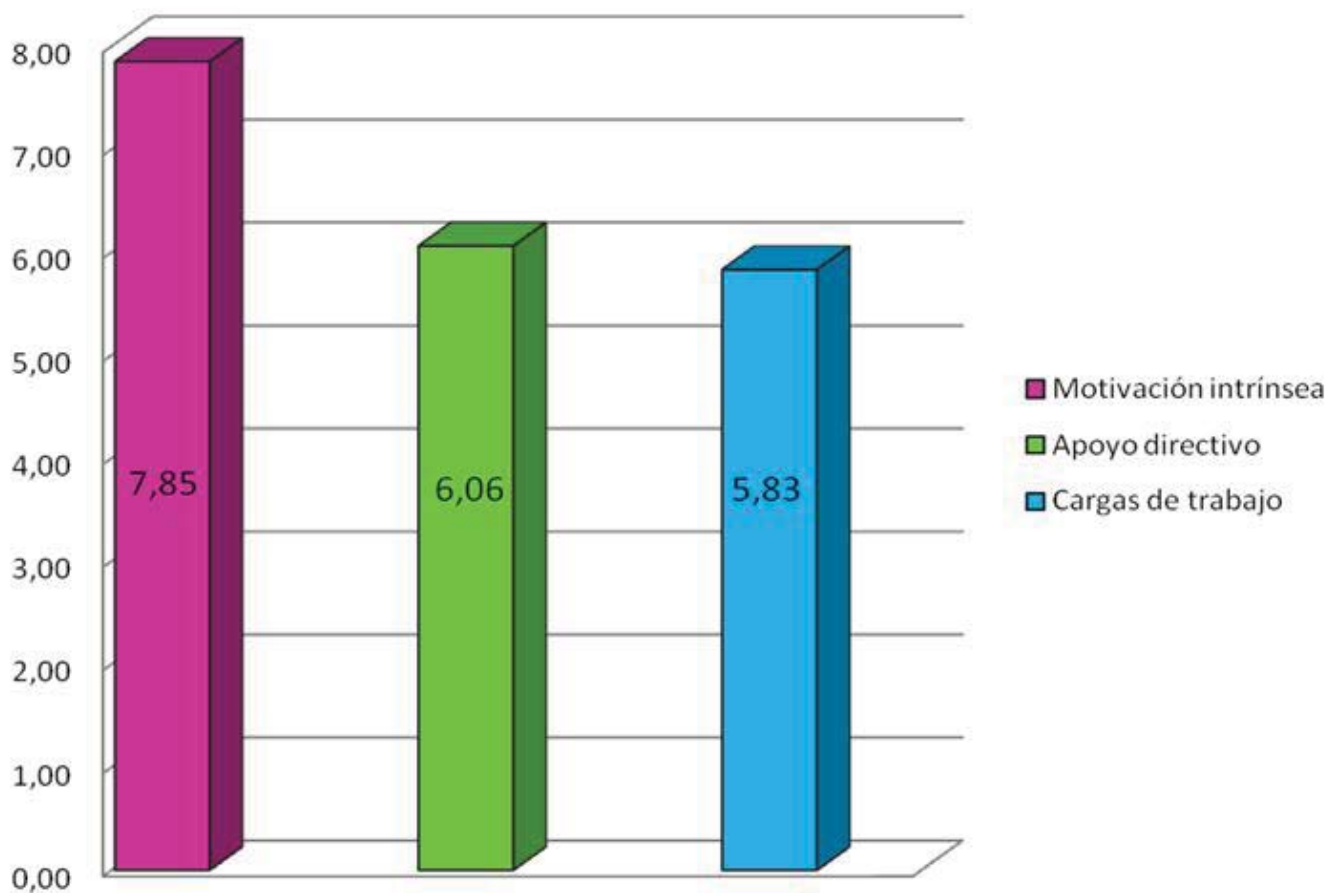


Gráfico 2. Dimensiones de la CVP.



Dimensiones de CVP-35	N	Media	Desv. Tip.	Mediana	IC95% para la media		P
					Lim. inf	Lim. Sup.	
<b>Apoyo directivo</b>							
Quirófano	27	5.80	1.40	5.84	5.24	6.35	0.135
Atención Primaria	24	6.36	1.23	6.57	5.84	6.89	
<b>Cargas de trabajo</b>							0.050
Quirófano	27	6.21	1.01	6.45	5.81	6.62	*
Atención Primaria	24	5.39	1.73	5.13	4.66	6.12	
<b>Motivación Intrínseca</b>							
Quirófano	27	8.00	0.94	8.11	7.63	8.37	0.280
Atención Primaria	24	7.68	1.11	7.83	7.21	8.16	
<b>Calidad de vida en mi trabajo</b>							
Quirófano	27	6.41	1.90	7.00	5.65	7.16	0.111
Atención Primaria	24	7.08	2.08	8.00	6.20	7.96	
<b>Desconecto al acabar la jornada laboral</b>							
Quirófano	27	7.59	1.94	8.00	6.82	8.36	0.194
Atención Primaria	24	6.33	2.91	7.00	5.10	7.56	

Tabla 3. Comparaciones entre las puntuaciones totales de cada una de las tres dimensiones y de los dos ítems independientes en función de la unidad de trabajo.

gas de trabajo entre los servicios (Gráfico 3).

Las medias de las dimensiones de Motivación Intrínseca y Apoyo Directivo según la unidad de trabajo no mostraron diferencias significativas en la prueba T de Student con una  $p > 0.05$  (0.280 y 0.135 respectivamente).

En cuanto al análisis de la calidad de vida laboral percibida según las variables sociodemográficas y laborales recogidas en el cuestionario, no se encontraron diferencias significativas, excepto en el grupo de hombres con respecto al de mujeres, con una  $p < 0.05$  (0.002) en el Test Welch (prueba de T de Student), quienes perciben una mayor calidad.

El estado civil presentó en la prueba de Kruskal-Wallis una  $p = 0.68$  ( $> 0.05$ ) y la situación laboral una  $p = 0.71$  ( $> 0.05$ ). El turno laboral mostró una  $p = 0.88$  ( $> 0.05$ ) en la prueba ANOVA.

La edad del personal mostró una correlación positiva débil (0.048) con una  $p > 0.05$  (0.737) respecto a la CVP, el número de hijos una correlación negativa débil (-0.083) con una  $p > 0.05$  (0.564) y el número de años trabajados una correlación positiva débil (0.009) con una  $p > 0.05$  (0.948). Se aceptaron de esta manera las hipóte-

sis nulas de que las pendientes son 0 y que no existe relación estadísticamente significativa entre la CVP y las variables analizadas.

## DISCUSIÓN

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con la posible influencia del entorno laboral local y que los resultados no se pueden

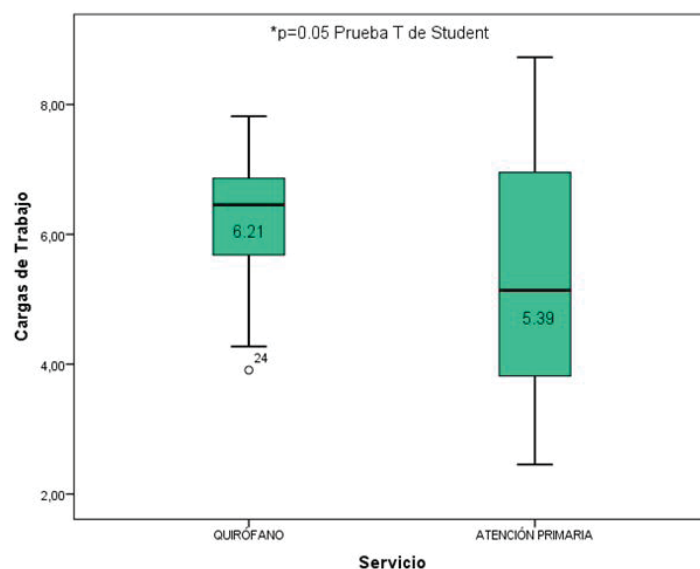


Gráfico 3. Cargas de Trabajo percibidas según la unidad laboral.

extrapolar con los resultados de otros sectores.

El porcentaje de respuesta al cuestionario CVP-35 (91.07%) ha sido mayor al de otros estudios<sup>1, 6, 14,17</sup>.

Los resultados obtenidos han demostrado una buena calidad de vida laboral percibida por el personal de enfermería, con una valoración global de 7 sobre una puntuación 10, a pesar de que los profesionales trabajan en un entorno cada vez más demandante.

Hay estudios sobre la CVP en el ámbito sanitario en nuestro país, pero casi exclusivamente de Atención Primaria<sup>4,6,13-17</sup>. Si comparamos nuestros resultados con otros obtenidos en el ámbito sanitario con el mismo cuestionario, analizando el ítem “calidad de vida en mi trabajo”, en la mayoría de los estudios se obtienen valores inferiores a los del nuestro<sup>1,2, 4, 6, 15-18</sup>.

La dimensión mejor percibida fue la Motivación Intrínseca (7.85/10) en ambos servicios, lo que demuestra conductas motivadas dirigidas a la satisfacción personal y la realización de las actividades del servicio por el placer de realizarlas, así como una percepción disminuida de la carga laboral (5.83/10) en AP, lo que evidencia calidad. Coincidimos con un estudio realizado en Asturias en base a un modelo de gestión clínica<sup>18</sup>.

La existencia de una correlación positiva entre CVP y el Apoyo Directivo ( $p<005$ ;  $r=0.458$ ), nos muestra que aquellos profesionales de enfermería que perciben un mayor Apoyo Directivo, perciben también una mejor CVP. Esta asociación significativa también ha sido reportada en el estudio realizado en la Unidad de Urgencias del Hospital “Miguel Servet” de Zaragoza<sup>19</sup>.

Dentro del factor de apoyo directivo, los ítems peor valorados fueron “posibilidad de promoción” (3.98, DE=2.42) y “mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto” (4.45, DE=2.46), que coinciden con lo observado en otros estudios<sup>2,4,14,15</sup>. La promoción profesional también fue la pregunta peor valorada en el estudio de Sánchez et al (14). Este efecto desmotivador da la existencia de un “techo profesional” ha sido claramente demostrado en profesionales de enfermería en Estados Unidos<sup>4</sup>.

Entre las posibles variables sociodemográficas y laborales influyentes en la CVP, sólo afec-

taba de forma significativa la variable sexo: los hombres perciben una mejor calidad de vida que las mujeres. Esto podría ser por las propias características de las personas. No obstante, se ha demostrado que quien tiene una situación laboral fija con turno de mañanas percibe una mayor CVP, independientemente de la edad, del número de hijos y de los años trabajados en el actual servicio. Podría ser porque la mayor estabilidad laboral de este grupo profesional motivaría una mejor calidad de vida.

Por otro lado, existen estudios que concluyen que el desarrollo de la inteligencia emocional es una de las variables que influye en la salud laboral del profesional, y en definitiva, en la eficiencia de las actividades laborales. Los profesionales que tienen una mejor comprensión y regulación emocional perciben una mayor CVP<sup>20</sup>.

Otros autores han encontrado relación entre calidad de vida laboral y sueño. El trabajo por turnos, y particularmente el turno de noche, tiene un poderoso impacto en la salud, la seguridad y el bienestar de las personas. Tiene efectos negativos en la salud, lo que genera una deficiente calidad de vida<sup>12</sup>. La privación de sueño causa un déficit en la atención que podría poner en riesgo a los pacientes. En nuestro estudio apenas hubo variaciones de la calidad de vida entre quienes trabajaban de turno solo de mañanas o de turno rotatorio: mañanas, tardes y noches.

El quirófano es uno de los servicios del hospital que presenta mayor dificultad para los profesionales, tanto por la complejidad de las tareas que realizan como por los riesgos laborales a los que están expuestos. Si éstos no se evitan, o no se dispone de medios para su evaluación, control y corrección adecuados, podrían ocasionar un compromiso importante para su salud personal y laboral<sup>21</sup>. Esto conlleva a estar sometido a mayor presión durante la actividad laboral y a permanecer en un estado de alerta constante que dependiendo de la capacidad de afrontamiento de cada uno, puede desencadenar consecuencias negativas como agotamiento y menor rendimiento laboral<sup>22</sup>.

Esta situación podría explicar las diferencias significativas encontradas entre la Unidad de Quirófano y los Centros de Salud en cuanto a las cargas de trabajo, con una menor percepción de éstas en AP.

Hasta la actualidad no se han encontrado estudios en el área de Teruel que midan la CVP de los profesionales de enfermería, mediante el cuestionario CVP-35, lo que imposibilita hacer una comparación y seguimiento de la misma.

El presente estudio permite disponer de datos actuales de la calidad de vida profesional del personal de enfermería de Teruel tanto de AP como de la Unidad de Quirófano. La aplicación práctica de estos resultados podrá servir de referencia a futuros trabajos sobre la CVP. Además, abre la posibilidad de realizar planes de mejora orientados a corregir los factores con peor puntuación en estos servicios estudiados.

Sería interesante continuar con futuras investigaciones incluyendo a otros profesionales sanitarios como médicos, auxiliares de enfermería, etc. y así poder establecer comparaciones entre las distintas categorías laborales.

En un estudio de Madrid sobre la Calidad de Vida de los trabajadores de AP en el Área 10 del INSALUD concluyeron que la percepción de la CVP era significativamente peor entre el personal médico que en el resto debido a la excesiva carga de trabajo y los pocos recursos aportados por el sistema sanitario<sup>14</sup>.

Como sugieren Sánchez et al.<sup>14</sup>, las organizaciones sanitarias deben plantearse la utilización habitual de este tipo de cuestionarios para evaluar la percepción que tienen sus trabajadores de su CVP, con el objetivo de introducir mecanismos correctores destinados a mejorar el clima laboral y prevenir el estrés y el agotamiento profesional, que repercuten de forma negativa en la calidad de la atención a los usuarios.

### CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería perciben como “buena” su calidad de vida profesional.

Existe relación entre la CVP percibida y el Apoyo Directivo.

El sexo, ha sido la única variable sociodemográfica que influye en la percepción de la CVP.

Los profesionales de la Unidad de Quirófano perciben mayor carga de trabajo respecto al personal de AP, pero sin diferencias significativas en la percepción de la CVP.

### AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de enfermería que ha participado y colaborado en el presente estudio, al profesor Santiago Valdearcos por atenderme y aclararme cualquier duda en cuanto a la metodología, e indudablemente, a mi tutor, Antonio Minguillón, por su tiempo y dedicación a este trabajo.

### GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

- CVP: Calidad de Vida Profesional

- AP: Atención Primaria

- Inteligencia emocional: se define como la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; para comprender emociones y el conocimiento emocional y para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (22).

- Techo profesional: se refiere a la limitación del ascenso en la carrera profesional. La existencia de una “barrera” que imposibilita avanzar a cargos de mayor responsabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puello Y, Quintero N, Canova C, Camargo Y, Amaya L, Guzmán Y et al. Calidad de vida percibida por el personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de una clínica privada de la ciudad de Santa Marta. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2014; 16(1): 87-99.
2. Hanzelíková A, García MV, Pomares MD, Pardo MJ, Monte J. La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enferm. glob [Internet]* 2011[consultado 26 de Febrero de 2016]; 10(4): 145-157. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/127451> .
3. Tomás-Sábado J, Sánchez C, Maynegre M, Porcel V, Isidro R, Tor A. Estructura factorial de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en enfermeras de Atención Primaria. *Psicología.com [Internet]* 2011 [consultado 28 de febrero de 2016]; 15(23): [1-7]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4289> .
4. Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria:¿qué hay que mejorar?. *Aten Primaria.*2003; 32(5): 288-95.
5. Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit.* 2004; 18(2): 129-36.
6. Fernández AM, Santa E, Casado MI. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en Atención Primaria de Soria. *Biblioteca Las Casas-Fundación Index.* 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/las-casas/documentos/lc0213.php> .
7. Fernández O, García B, Hidalgo C, López C, Martín A, Moreno S. Percepción de las calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia (And).* 2007; 7(2): 83-90.
8. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Routh U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future?. *Fam Pract.* 2000; 17(5):364-371.
9. Grupo de investigación AQR de la Universidad de Barcelona. Estudio Manpower Professional Calidad laboral. AQR-IREA. 2011.
10. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de salud. *Rev Calid Asist.* 2010; 25(6): 318-320.
11. Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria.* 2006; 37(4): 209-214.
12. Grimaldo MA, Reyes M. Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Rev Latinoam Psicol.* 2015; 47(1): 50-57.
13. Martín-Fernández J, Gómez-Gascón T, Beamud-Lagos M, Cortés-Rubio LA, Alberquilla-Menendez-Asenjo A. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Serv Research.* 2007; 7(1):101.
14. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam.* 2003; 13(4): 291-296.
15. Garrido S, García E, Viúdez I, López C, Más E, Ballarín M. Estudio de la Calidad de Vida Profesional en trabajadores de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid. *Rev Calid Asist.* 2010; 25(6): 327-333.
16. Villarín A, Méndez T, Zuzuárregui MS, Sánchez S, Conejo R. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Rev Calid Asist.* 2015; 30(1): 4-9.
17. Martín J, Gómez T, Martínez C, Del Cura MI, Cabezas MC, García S. Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Aten Primaria.* 2008; 40(7): 327-336.
18. Díaz C, Suárez Ó, Fueyo A, Mola P, Rancaño I, Sánchez AM et al. Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias. *Gac Sanit.* 2013; 27(6): 502-507.
19. Fernández A, Cuairán M, Curbelo R. Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enferm. glob [Internet]* 2016 [consultado 7 de Mayo de 2016]; 15(2): 376-385. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/235781> .
20. Macías AJ, Gutiérrez-Castañeda C, Carmona FJ, Crespillo D. Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Aten Primaria.* 2015.
21. Oses M. Riesgos derivados del trabajo en quirófano. Encuesta de evaluación de riesgos laborales al personal sanitario. [Trabajo de máster]. Universidad pública de Navarra. 2012.
22. Díaz A. Adaptación y estrés laboral en el personal de las unidades médico-quirúrgicas. *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas.* 2013; 2(3).

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

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

### RESUMEN

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

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

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

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

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

### PALABRAS CLAVE

Bailarines, trastornos del comportamiento alimentario, prevención.

## SCREENING OF EATING BEHAVIOR DISORDERS IN BALLET DANCERS

### ABSTRACT

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

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

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

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

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

### KEY WORDS

dancers, eating behavior disorder, prevention.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (T.C.A.), constituyen la tercera enfermedad crónica, entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas<sup>1</sup>.

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

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

Son enfermedades crónicas y complejas debido a su multicausalidad, ya que la etiopatogenia es muy variada y heterogénea<sup>3</sup>.

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

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

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

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

ma, inestabilidad emocional, personalidad insegura, etc.)<sup>3,4</sup>.

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

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

Se les considera grupo de riesgo, ya que bailarinas y bailarines son proclives de sufrir T.C.A., aunque aparece con menor frecuencia en estos últimos.<sup>7, 8</sup> Pero en todos ellos, los porcentajes de grasa e Índice de Masa Corporal (I.M.C.) suelen ser más bajos que en la población general<sup>9</sup>.

El ambiente dancístico, es lo que les acerca al riesgo de poder padecer estos trastornos, entre estos, podemos encontrar<sup>10</sup>:

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

Además, la característica que más prima en esta disciplina de baile, es el extremo perfeccionismo. Esto les convierte en más vulnerables a padecer estos trastornos<sup>12</sup>.

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

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

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

## MATERIAL Y MÉTODOS

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

No definimos criterios de exclusión.

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

Se estudiaron las siguientes variables:

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

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

ropa ligera como maillots, mallas ajustadas, etc.

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

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

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

Estableciendo los límites de delgadez actuales<sup>2</sup>:

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

Como instrumento de medida, para analizar el cribado de los T.C.A., se utilizó el cuestionario Eating Attitude Test 26 (E.A.T.- 26) autoadministrado. Estableciendo como punto de corte  $\geq 201$ <sup>5,16</sup>.

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

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

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

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

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

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

**Interpretación E.A.T.-26:**

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

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



**AUTORIZACIÓN:**

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

En , a de del\_2016\_.

Fdo.:

¡Muchas gracias por su colaboración!

Fig. 1. Autorización

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1,7 al cumplir un año más.

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

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

## DISCUSIÓN

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

**Resultado E.A.T.-26 según edad**

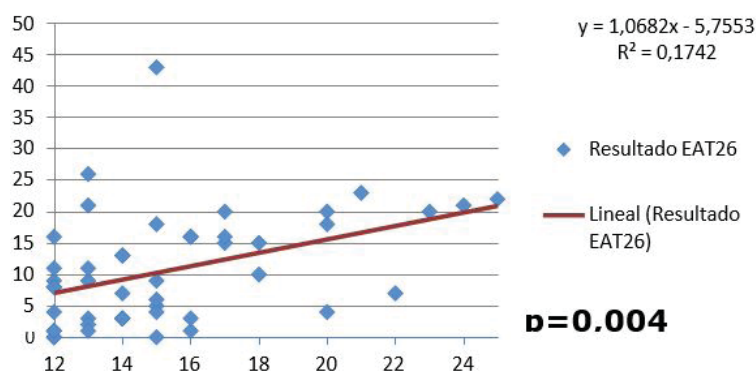


Gráfico 1. Distribución de los resultados del test según la edad de los bailarines.

**Resultado E.A.T.-26 según el I.M.C.**

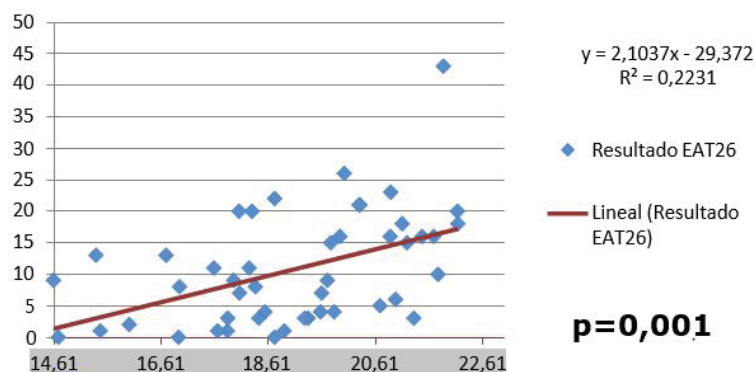


Gráfico 2. Distribución de los resultados del cuestionario según el I.M.C. de los bailarines.

cidad predictiva del instrumento.<sup>18</sup> Fue validado por Garandillas en el año 2003, el cual evalúa actitudes, no puede establecer una prevalencia, sino que identifica conductas de riesgo para desarrollar el trastorno<sup>19</sup>.

Utilizamos este cuestionario porque es útil en atención primaria, aplicado en población de riesgo como bailarines, para poder derivar con fines de confirmación diagnóstica<sup>15,17</sup>.

El punto de corte se establece de la siguiente manera<sup>16</sup>;

- $\geq 20$  puntos en población general.
- $> 30$  puntos en población de riesgo.
- $> 50$  en población clínica.

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

La prevalencia en nuestro estudio, fue del 19,1%, sugiriendo que nuestra población de bailarines de ballet, tiene riesgo considerable de padecer estos trastornos<sup>4,20</sup>.

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

En la revisión sistemática Arcelus J, et al., se halló una prevalencia global del 16,4% de bailarines con riesgo, similar a nuestro resultado, utilizando la mayoría de los estudios como instrumento de medida cuestionario E.A.T.-40 y E.A.T.-26 y población solamente femenina de edades superiores respecto a nuestro estudio<sup>7</sup>.

Nuestros resultados también se acercan a los encontrados en el estudio realizado en bailarinas de Colombia de una escuela no profesional, en el que se identificaron un 17,71% con riesgo de T.C.A. Con la diferencia de utilizar como instrumento de cribado Eating Disorder Inventory (E.D.I.-2), participar solo bailarinas del sexo femenino y la edad comprendida era mayor a la de nuestro estudio<sup>21</sup>.

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

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

La gran mayoría de los estudios encontrados, se realizaron sobre población femenina. Excepto, el estudio realizado en la compañía de ballet de Cuba, realizado en bailarines de ambos sexos con edades superiores a nuestros bailarines. Encontramos una prevalencia de 33% de bailarinas con riesgo, y un 26% de los bailarines varones, utilizando nuestro mismo cuestionario de cribado. Siendo todas características parcialmente similares con nuestro estudio, exceptuando el grado de exigencia de la población de estudio. Ya que no es lo mismo, afición que profesión<sup>8</sup>.

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

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

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

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

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

Se encontraron pocos estudios donde los bailarines tuviesen sobrepeso<sup>21</sup>, ya que el valor máximo encontrado de I.M.C. en bailarines profesionales de ballet gira en torno a 20 kg./m.<sup>2</sup> <sup>24</sup>. En nuestro estudio, todos los bailarines se encontraban con infrapeso o normopeso.

Se encontró asociación estadísticamente significativa, en la que I.M.C. mayores aumenta el riesgo de padecer T.C.A. Lo mismo ocurrió en otro estudio<sup>24</sup>.

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

En relación, al aumento del riesgo con la edad, en el que el riesgo no cede sino que aumenta, para padecer dichos trastornos a medida que aumenta la edad. Al contrario ocurre en la población general, donde la insatisfacción tiende a normalizarse. Este resultado concuerda con otro estudio realizado en bailarinas<sup>6</sup>.

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

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

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

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

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

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

## CONCLUSIÓN

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

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Benítez AM. Hábitos alimentarios de riesgo en la población universitaria extremeña. Tesis doctoral. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología; 2016.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5<sup>®</sup>). 5ª ed. Arlington, VA: panamericana; 2014.
3. Veses AM. Factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes españoles. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de ciencias biológicas departamento de zoología y antropología física; 2015.
4. Jiménez AI, González MJ, Gimeno P, Ortega RM. Problemática nutricional de la población femenina adolescente. *Nutr Hosp.* 2015;32 Supl 1: 5-9.
5. Barrionuevo N. TRASTORNOS EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN COMPROMISO MULTISISTÉMICO. *FCM.* 2014; 71(4): 154-157.
6. Torres-Pérez I, García-Dantas A, Beato-Fernández L, Borda-Más M, Sánchez-Martín M, Del Río- Sánchez C. Insatisfacción corporal y conductas concurrentes. Estudio comparativo entre mujeres adolescentes y jóvenes de población general, bailarinas y con diagnóstico de TCA. *APCS.* 2013; 9: 29-35.
7. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchel AJ. Prevalence of Eating Disorders amongst Dancers: A Systemic Review and Meta-Analysis. *John Wiley & Sons.* 2014; 22: 92-101.
8. Díaz ME, Mercader O, Blanco J, Way I, Moreno V, Romero MC, et al. Un enfoque de género en la conducta alimentaria de bailarines de ballet. 2010; 12: 1216-1329.
9. Arroyo M, Serrano L, Ansótegui L, Rocandío AM. Alimentación y valoración del estado nutricional en bailarines de ballet. *Osasunaz.* 2009; 10: 29-39.
10. Estanol E, Sheperd C, MacDonald T. Las destrezas mentales como atributos protectores frente al riesgo de los trastornos alimentarios en bailarines. *Salud mental.* 2013; 36: 267-268.
11. Márquez S. Trastornos alimentarios en el deporte: factores de riesgo, consecuencias sobre la salud, tratamiento y prevención. *Nutr Hosp.* 2008; 23(3): 183-190.
12. Penniment KJ, Egan SJ. Perfectionism and Learning Experiences in Dance Class as Risk Factors for Eating Disorders in Dancers. *Eur. Eat. Disorders.* 2012; 20: 13-22.
13. García A, Del Río C, Averages ML, Borda M, Sánchez M. Riesgo de padecer Trastornos de la Conducta en un conservatorio en función de la especialidad de danza. *APCS.* 2013; 9: 81-83.
14. World Health Organization. Global database on body mass index. BMI classification [Internet]. 2006 [acceso 14 de Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).
15. Monterrasa-Castro A, Yépez-Bonev DJ, Muñoz-Méndez JT, Almanza- Obredor PE. Trastornos del comportamiento alimentario: Escalas para valorar síntomas y conductas de riesgo. *Cienc biomed.* 2012; 3(1): 99-111.
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de la Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009.
17. Constaín GA, Ricardo C, Rodríguez-Gázquez MA, Álvarez M, Marín C, Agudelo C. Validez y utilidad diagnóstica de la escala EAT-26 para la evaluación del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina de Medellín, Colombia. *Aten Primaria.* 2014; 46(6): 283-289.
18. Garner D, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine.* 1982; 12; 871-878.
19. Garandillas A, Zorrilla B, Sepúlveda AR. Trastornos del comportamiento alimentario. Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Cuarter S.A; 2003.

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