



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AFRONTAMIENTO Y REGULACIÓN
EMOCIONAL EN LESIONES DEPORTIVAS:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN BAILARINAS
DE DANZA CLÁSICA**

TESIS

PRESENTADA POR

PSIC. LETICIA ELIZABETH DUARTE COELLO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA APLICADA

EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MIRTA MARGARITA FLORES GALAZ

MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO

2021

Agradezco el apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme otorgado la beca No.967205 durante el periodo 2018-2020 para la realización de mis estudios de maestría que concluyen con esta tesis, como producto final de la Maestría en Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Declaro que esta investigación es de mi propia autoría, a excepción de las citas de los autores mencionadas a lo largo de ella. Así también declaro que este trabajo no ha sido presentado previamente para la obtención de ningún título profesional o equivalente.

Resumen

Las lesiones deportivas tienen consecuencias negativas que superan la salud física de los deportistas, afectando a su bienestar psicológico. La carga emocional y psicológica de las repercusiones que conllevan las lesiones se ve reflejado de igual manera en el rendimiento de los deportistas o bailarines. Casi una tercera parte de todas las lesiones que se producen en la infancia y adolescencia están relacionadas con los deportes y la danza. Dado que la aplicación de mindfulness tiene una trayectoria amplia y con resultados probados en otros campos de actuación, como la gestión del estrés y dolor, se recomienda su progresiva introducción en las intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención y rehabilitación de lesiones deportivas. El presente estudio tiene como objetivo explorar la frecuencia de las lesiones, así como las experiencias, las estrategias y el impacto emocional que se dan a partir de las lesiones, fue un estudio exploratorio-descriptivo que se realizó con 20 bailarinas del estado de Mérida, Yucatán, utilizando un cuestionario semiestructurado compuesto por preguntas abiertas. Los resultados reportaron que las bailarinas han tenido dificultades con su proceso de lesión, así como también mencionan un incremento en la frecuencia de estas. De igual manera los bailarines tienden a preocuparse emocionalmente cuando están lesionados. Además, emplean tanto estrategias de afrontamiento instrumental como de distracción y consideran que las emociones tienen un impacto importante en las lesiones, su rehabilitación y la ejecución posterior a la recuperación de esta. A partir de los resultados se propone un programa de intervención basado en el Mindfulness para trabajar el afrontamiento y la regulación emocional ante las lesiones en las bailarinas yucatecas. Se concluye que deben hacerse más estudios en la temática, así como también realizar estudios con pruebas adaptadas al contexto para obtener información cuantitativa.

Palabras clave: danza, lesiones, afrontamiento, regulación emocional

CONTENIDO

Resumen	4
1. Introducción	8
1.1 Planteamiento del problema. justificación y propósito general del trabajo final.	8
1.2. Justificación	11
1.3. Objetivo general	13
1.4. Marco teórico/Referencial.	14
1.4.1. La lesión deportiva.....	14
1.4.2. Líneas de investigación de las lesiones deportivas y perspectivas teóricas.	15
1.4.3. Afrontamiento.....	36
1.4.4. Mindfulness.	45
2. Diagnóstico	50
2.1. Metodología	50
2.1.1. Descripción del diseño, participantes y escenario.	50
2.1.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas.	50
2.1.3. Procedimiento.....	51
2.1.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.	51
2.1.5. Discusión del diagnóstico	56
3. Propuesta de intervención.....	60
3.1 Origen y fundamento de la propuesta.....	60
3.2 Objetivos y metas	69

3.2.1. Objetivo General.....	69
3.2.2. Objetivos específicos:	69
3.2.3. Metas.....	69
3.3 Planeación de la intervención	70
3.3.1. Marco institucional	70
3.3.2. Producto.	70
3.3.3. Beneficiarios.....	70
3.3.4. Determinación de los recursos necesarios.....	71
3.3.5. Estructura organizativa y de gestión.....	71
3.3.6. Funciones del personal del proyecto.....	72
3.3.7. Consideración ética y legal	72
3.3.8. Diseño de la evaluación	72
3.3.9. Indicadores	73
3.3.10. Instrumentos de evaluación.....	74
3.3.11. Factores externos condicionantes para el logro de efectos e impacto del proyecto.....	74
3.4 Implementación de la intervención	75
3.4.1. Especificación de las actividades y tareas.....	75
3.4.2. Calendario de actividades	82
4. Análisis.....	83

5. Conclusiones	85
5.1. Limitaciones y recomendaciones	86
Referencias	88

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema. justificación y propósito general del trabajo final.

Las lesiones deportivas son una de las consecuencias negativas más frecuentes que se derivan de la práctica deportiva, con repercusiones a nivel físico, psicológico y social (Udry y Andersen, 2002). La ocurrencia de una lesión, dependiendo del tipo y severidad interfiere en las actividades y carrera del deportista (García Mas, et al. 2014).

La Unión Europea (Petridou et al.,2003 en Palmi, 2014) estima que existe entre once y doce millones de personas que anualmente sufren una lesión deportiva. De igual manera la organización Stanford Children's Health (s.f), menciona que casi una tercera parte de todas las lesiones que se producen en la infancia y adolescencia están relacionadas con los deportes; más de 30 millones de niños y adolescentes participan en algún deporte y sufren cerca de 3,5 millones de lesiones cada año.

El ámbito deportivo se expande también al mundo de las artes, tomando en cuenta la danza como una disciplina deportiva más, en la que muchos adolescentes se ven involucrados, con sus respectivas demandas y exigencias tanto físicas como psicológicas. Asimismo, en la danza se espera que los bailarines posean mucha flexibilidad, y para que esta flexibilidad no se convierta en un problema es importante fortalecer la musculatura, por lo que se requiere un trabajo físico con muchas horas de entrenamiento en donde suelen ocurrir muchas lesiones (Howse, 2011 en Valero, et al., 2017).

La naturaleza de la formación y profesión en la danza clásica permite un elevado nivel de exigencia tanto a nivel físico como psicológico, por lo que muchos bailarines terminan sufriendo lesiones y problemas emocionales de diversa índole (Sorignet, 2006). También el miedo a la lesión

siempre está presente y la necesidad de manejar y afrontar las lesiones es común en los bailarines (Colomé, 2007).

Al hablar de las consecuencias que tiene una lesión deportiva, se encuentra que la gran mayoría son negativas, ya que superan claramente la salud física de los deportistas, afectando su bienestar psicológico y comprometiendo así, el equilibrio de su salud mental. Es por esta razón que las emociones juegan un papel importante en la vida de los deportistas y tienen influencia en aquello que quieren llevar a cabo (Hanin, 2000). Un claro ejemplo del proceso emocional por el que pasan algunos bailarines es el estrés que se experimenta ante una lesión; el estrés emocional en deportistas lesionados puede alargar el proceso de rehabilitación (Brewer, 2001).

De este modo, las emociones resultantes a una lesión pueden tener un impacto significativo en la vida del deportista y contribuir a una mala adherencia al tratamiento, acompañado de una reducción del rendimiento deportivo en la fase de readaptación, provocando incluso el abandono de la práctica (Solé, et al., 2014). Esto destaca que el estado emocional y el afrontamiento durante el proceso de rehabilitación de una lesión son aspectos importantes para valorar (Mainwaring, Krasnow y Kerr, 2001).

Según Endler y Parker (1992), la manera en que un individuo afronta la enfermedad o condición de salud, en este caso las lesiones, es predictivo en su proceso de recuperación y su posterior ajuste psicológico, por lo que, las estrategias de afrontamiento juegan un papel mediador entre el estrés y la salud o enfermedad.

En la fase pre-diagnóstica del presente trabajo se pretendió investigar la importancia de la regulación emocional en el proceso de rehabilitación y afrontamiento de las lesiones deportivas. En ella, se exploró el papel de las emociones y su regulación en el proceso de lesión y el afrontamiento de estas específicamente en el contexto de la dancístico, lo que permitió visualizar

la influencia e impacto de las emociones en las lesiones y el afrontamiento en un grupo de bailarinas del sureste mexicano.

A través del análisis de los resultados y sus respectivas conclusiones, se pudo tener una orientación más clara hacia la elaboración de una propuesta de intervención durante el proceso de rehabilitación y prevención de futuras lesiones en bailarines. Asimismo, se abordó el papel de la psicología del deporte en la danza, particularmente desde perspectivas teóricas y empíricas sobre las lesiones deportivas, intervenciones realizadas y su relación con las emociones y el afrontamiento a las mismas, enfatizando así la importancia de la regulación emocional y la mejora del equilibrio personal en su afrontamiento; aportando de esta manera estrategias que brinden orientación al diseño de futuras intervenciones en el proceso de rehabilitación de las lesiones.

Para abordar la fase de intervención se propuso como modelo teórico-práctico el *Mindfulness*, ya que algunas variables que se consideran factores de riesgo para la lesión deportiva se han visto beneficiadas con intervenciones basadas en este modelo, enfocadas a mejorar el rendimiento del deportista (Gardner y Moore, 2004; Kauffman et al., 2009; Schwanhausser, 2009). Usualmente se utilizan técnicas de meditación y relajación para trabajar esta problemática en los deportistas, sin embargo, cabe destacar que, a pesar de ser un problema bastante abordado en el área del deporte, las intervenciones predominan en la parte médica y fisiológica, dejando a un lado la parte psicológica, pero sobre todo el aspecto emocional.

Según Baer (2003), las intervenciones en mindfulness mejoran la capacidad de regular las emociones, disminuye las disfunciones emocionales, mejora las pautas cognitivas y reduce la rumiación o exceso de pensamientos negativos. Por lo que, que en la propuesta de intervención también se pretende que este modelo se utilice en conjunto de un enfoque cognitivo conductual, apoyado de técnicas como la reestructuración cognitiva, lo cual permitirá identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se

reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros (Bados y García, 2010).

Una intervención durante un proceso de rehabilitación debe otorgar una atención integral, la cual debe ser multidisciplinaria y abarcar los aspectos más adecuados para abordar dicha problemática ya que en la actualidad los factores psicológicos han cobrado un mayor peso para la prevención y la rehabilitación (Cox, 2009).

Sharp (2007) indica que, la disponibilidad de los servicios psicológicos como parte de un equipo de salud multidisciplinario puede ayudar a los bailarines a afrontar una amplia gama de aspectos, entre ellos la lesión deportiva. Por esta razón se considera que las intervenciones psicológicas efectivas en lesiones deportivas deben realizarse desde una perspectiva especializada y multidisciplinar, tomando en cuenta los planteamientos e intervenciones de la medicina del deporte, en conjunto con los componentes psicológicos pertinentes, que deben ser evaluados e incorporados en todo el proceso, tanto en prevención como en rehabilitación, mejorando de esta manera los sistemas de evaluación, y los protocolos de intervención psicológica para cada situación específica (Palmi, 2014).

Para maximizar los beneficios del entrenamiento mental de los bailarines, estos deben conocer las relaciones existentes entre sus pensamientos, sus emociones, sus comportamientos y sus reacciones corporales (Sharp, 2007). Asimismo, Estanol (2004) menciona que el entrenamiento en habilidades mentales en bailarines puede incrementar la autoconfianza y disminuir los niveles de ansiedad que pueden provocar de alguna manera una situación de lesión.

1.1.1. Justificación

El trabajo constituye una aportación a la Psicología del deporte en Yucatán, ya que el estudio de las lesiones en ámbitos deportivos o dancístico principalmente está realizado con

médicos y fisioterapeutas con respecto a la parte física, sin embargo, la carga emocional y psicológica de las repercusiones que conllevan las lesiones y el trabajo que se realice con ellas son de gran importancia para la recuperación de esta. Asimismo, podría beneficiar a otras investigaciones que se quieran realizar en diferentes contextos deportivos, ya que aportará información actualizada y empíricamente comprobada en el contexto yucateco.

La relevancia metodológica de este trabajo consiste en la exploración del modelo de Mindfulness en relación con las lesiones en danza y utilizando las variables de afrontamiento y regulación emocional. Se espera que la información derivada de esta tesis contribuya a una mayor comprensión de la complejidad e importancia de trabajar con lesiones en el ámbito de la danza o en cualquier escenario deportivo.

El estudio del afrontamiento y regulación emocional es de un gran tema de interés personal, ya que durante mis años como bailarina he tenido la experiencia de estar inmersa en situaciones personales con respecto a las lesiones. De igual manera he trabajado durante mi licenciatura en temas relacionados con regulación emocional. Asimismo, tengo el interés en este tema ya que he trabajado a lado de investigadores que han aportado en el estudio de socialización de la familia y la crianza de hijos y me gustaría aportar de manera significativa estudios relevantes sobre los padres e hijos en el contexto del deporte.

Finalmente, la principal contribución del presente proyecto es una propuesta de intervención en la que se enfatiza la importancia de la regulación emocional en el proceso de rehabilitación a las lesiones y la mejora del equilibrio personal en su afrontamiento (acción, pensamientos, emociones y sensaciones corporales) en bailarines de danza clásica, con la finalidad de conseguir un estado más funcional y eficaz que le permita al deportista/bailarín conseguir sus objetivos y mejorar su rendimiento con un menor riesgo de lesión.

El propósito general de este estudio fue diseñar una propuesta de programa de intervención que ayude a prevenir las lesiones a través del afrontamiento y la regulación emocional mediante el trabajo con bailarinas yucatecas.

1.1.2. Objetivo general

Diseñar e implementar una propuesta de programa de intervención para mejorar la capacidad de regular las emociones y los recursos de afrontamiento ante las lesiones en los bailarines de danza clásica

1.1.2.1. Objetivos específicos.

1. Explorar el agrado a la danza
2. Explorar las dificultades de practicar la danza
3. Explorar la frecuencia de lesiones de las bailarinas
4. Explorar la experiencia que tienen con respecto a las lesiones.
5. Explorar las estrategias que las bailarinas utilizan para prevenir lesiones.
6. Explorar el impacto emocional de las bailarinas a partir de las lesiones.

1.3. Marco teórico/Referencial.

1.3.1. La lesión deportiva.

Algunos autores mencionan que la etiología de la lesión deportiva es múltiple, coincidiendo simultáneamente que en el momento de la lesión se dan diferentes factores: externos, internos y contextuales (Bahr y Krosshaug 2005; Gómez, 2008), que exigen una aproximación desde las distintas disciplinas científicas para su mejor comprensión y por tanto intervención (Kontos, Collins y Russo, 2004).

Los factores que pueden contribuir a la aparición de lesiones pueden ser clasificados en dos tipos: físicos (sobreentrenamiento, naturaleza del deporte, etc.) y psicosociales (estrés, capacidad de concentración, etc.). Estos factores pueden ser internos del deportista (fisiológicos y psicológicos) o externos (conductas de otros y factores deportivos). Los cuales también están determinados por factores psicológicos (acontecimientos vitales, rasgos de personalidad, estrés, etc.), y parecen tener cierta importancia en la vulnerabilidad del deportista a sufrir una lesión (Abenza-Cano, 2010).

Las consecuencias de la lesión sobre la actividad deportiva del individuo determinan el nivel de gravedad de la lesión (Heil, 1993): *lesiones leves* (requieren atención o tratamiento pero no se interrumpe la actividad deportiva); *lesiones moderadas* (es necesario el tratamiento y limitan la participación deportiva); *lesiones graves* (implican una interrupción prolongada de la actividad, a menudo con hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas); *lesiones graves de provocan un deterioro crónico* (imprescindible la rehabilitación permanente); y *lesiones graves que provocan una incapacidad permanente* (suponen el abandono deportivo).

La lesión deportiva también puede ser provocada por factores individuales (entrenamiento insuficiente, cansancio, una recuperación de lesiones o enfermedades deficiente, etc.) que siendo

controlados pueden disminuir la vulnerabilidad del deportista a las lesiones, o en su defecto, conseguir una recuperación óptima (Ramírez, 2001).

Asimismo, la lesión deportiva adquiere relevancia no solo por su influencia directa sobre el rendimiento sino por las consecuencias personales y sociales que rodean a ésta, entre las que se encuentra (Buceta, 2008):

- a. Cambios del entorno deportivo (reajustes, cambios de posiciones que repercuten en compañeros).
- b. Interrupción o limitación de las actividades extradeportivas habituales como la asistencia al trabajo o al centro de estudios.
- c. En general, cambios en la vida personal y familiar debido a la disminución de la posibilidad de realizar tareas (no puede vestirse solo, e incluso no puede estar solo).
- d. Alteración de otras variables psicológicas relacionadas con la lesión (mayor irritabilidad, hostilidad, pensamientos negativos, tristeza).

Estos aspectos resaltan el impacto en varias esferas de la vida del deportista, en las que la lesión desestabiliza su realidad y comprende un nuevo proceso hacia readaptarse a nuevas necesidades tanto en la parte deportiva como en su vida diaria.

1.3.2. Líneas de investigación de las lesiones deportivas y perspectivas teóricas.

1.3.2.1. Líneas de investigación

Las lesiones deportivas se pueden mirar y estudiar desde distintas áreas y para poder entenderlas mejor y cómo abordarlas desde las variables psicológicas que influyen en ellas, es necesario conocer las líneas de investigación desde dónde se han mirado o estudiado, para de esta manera comprender mejor el problema y saber desde dónde plantear y abordar de la manera más pertinente y óptima las líneas o propuestas de intervención.

Se pueden observar cinco líneas fundamentales de investigación. La primera enfocada al estudio de la relación entre factores psicológicos y la vulnerabilidad de los deportistas a sufrir lesión, cuyo objetivo fundamental es conocer qué variables psicológicas correlacionan con una mayor frecuencia de lesiones, analizando la gravedad de éstas y, a veces, el tipo de lesión (Galambos, et al., 2005; Kleinert, 2007; Nicholls y Polman, 2007; Noh, Morris y Andersen, 2005; Olmedilla, et al., 2009; Olmedilla, et al., 2008; Rozen y Horne, 2007).

La segunda relacionada al estudio de la percepción de los deportistas sobre la importancia del factor psicológico como causante de lesión, con el objetivo de determinar cuál es el nivel de influencia otorgado al factor psicológico por parte del deportista (Olmedilla, Ortín y Ortega, 2004; Olmedilla, Ortega y Abenza, 2007; Reuter y Short, 2005).

La tercera encaminada al estudio de la relación entre la historia de lesiones de los deportistas y su influencia en variables psicológicas de éstos, con el objetivo de conocer el grado de influencia de la historia lesional, y en qué aspectos lo hace en la psicología del deportista (Short, et al., 2004).

La cuarta relacionada al estudio de las reacciones emocionales y psicológicas ante la lesión, con el objetivo de relacionar estos aspectos con las conductas de adherencia del deportista a la rehabilitación (Abenza, et al., 2009; Ali, et al., 2006; Carson y Polman, 2008; Evans, et al., 2008; Hockey, 2005; Levy, Polman y Clough, 2008; Niven, 2007; Newcomer y Perna, 2003; Thatcher, et al., 2007; Vergeer, 2006), y el estudio del papel que desempeñan los profesionales de la salud (Arvinen-Barrow, et al., 2007; Bricker y Fry, 2006; Jeansonne, Hoenig y Hollander, 2008; Scherzer y Williams, 2008), o los entrenadores y compañeros (Corbillon, Crossman y Jamieson, 2008), en la recuperación de los deportistas y su influencia en el aspecto psicológico de aquellos. Además, algunos trabajos (Podlog y Eklund, 2006; Young, Pain y Pearce, 2007) han estudiado la experiencia de los deportistas en su vuelta a la competición tras una lesión grave, el miedo a la recaída y sus

consecuencias psicológicas (Kvist, et al., 2005) y, en algunos casos, el papel de los entrenadores en esta vuelta a la práctica deportiva (Podlog y Eklund, 2007).

La quinta está relacionada a la implementación de programas de intervención psicológica para la prevención de lesiones (Gaoua, Rejeb y Chtara, 2005; Ekengren y Andersen, 2005; Kolt, et al., 2004; Maddison y Prapavessis, 2005; Noh, Morris y Andersen, 2007), o para la rehabilitación de deportistas lesionados (Abenza, Bravo y Olmedilla, 2006; Christakou y Zervas, 2007; Driediger, Hall y Callow, 2006), con el objetivo de ratificar en el ámbito aplicado los aspectos derivados de la investigación empírica. En esta línea también se pueden considerar aquellos trabajos publicados que presentan intervenciones psicológicas más amplias, no solo dirigidas a la prevención o rehabilitación, como asesoramiento a entrenadores, preparadores físicos y deportistas (Vernacchia y Henschen, 2008).

Estas líneas de investigación permiten conocer la problemática desde las distintas perspectivas y variables psicológicas desde las cuáles se han abordado las lesiones deportivas y también los contextos que cada una de estas variables involucra. Igualmente se puede observar que es una problemática desde la cual se puede mirar de una manera multidisciplinaria y que se enriquece de otras áreas para comprender mejor su proceso.

1.3.2.2. Perspectivas teóricas de la lesión deportiva.

La relación lesión-psicología, no suele estar muy clara o delimitada, por lo que existen teorías que pretenden explicar esta relación de manera más estrecha. La teoría más completa sea la de Wiese-Bjornstal et al. (1998) que propone un *Modelo Integrado de la Respuesta Psicológica a la Lesión y al Proceso de Rehabilitación*, en el que se integran teorías basadas en el proceso de estrés y otras centradas en el proceso de dolor. La valoración cognitiva y los modelos del proceso de dolor no se excluyen mutuamente, sino que éstos, aplicados a la lesión, pueden ser subsumidos

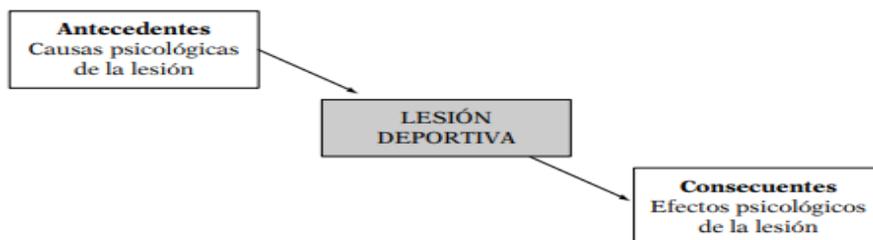
por un modelo de estrés más amplio e integrador, mostrando la naturaleza dinámica del proceso de recuperación: las valoraciones cognitivas pueden afectar las emociones y éstas a las conductas; a su vez las emociones afectan a las conductas y éstas a las valoraciones cognitivas; y así sucesivamente; las consecuencias psicológicas se relacionan con toda la experiencia de la lesión, en torno a los tres componentes del modelo: la valoración cognitiva, la respuesta emocional y la conductual.

1.3.2.2.1. Modelo Global Psicológico de las Lesiones Deportivas de Olmedilla y García-Mas (2009).

Los tres ejes del Modelo Global Psicológico de las Lesiones que lo definen, tanto desde el punto de vista de la investigación como del de la aplicación son el: eje causal, eje temporal y eje conceptual. En el eje causal (ver figura 1), el MGPsLD se organiza en función de la existencia de variables psicológicas actuando como antecedentes (causas psicológicas que contribuyen a la prevención o a la aparición de una LD), y como consecuentes (efectos psicológicos de una LD, actual o pasada).

Figura 1.

Representación gráfica del Eje Causal del Modelo Global Psicológico de las Lesiones Deportivas



En el eje temporal (ver figura 2), fundamentalmente situacional, se organizan aquellas variables, psicológicas o no, con peso y relevancia significativamente distintas, según el momento en que se estudian o en que aparecen. Así, existen las siguientes «etapas» en este eje: anteriores a

la LD, presentes durante el tiempo de vigencia de la LD y presentes después de la curación médica morfológica-entrenamiento de la LD.

Figura 2.

Representación gráfica del Eje Temporal del Modelo Global Psicológico de las Lesiones Deportivas



En el eje conceptual (ver figura 3), se organizan las variables y conceptos psicológicos relacionados mediante la investigación con las LD, en función de sus propias relaciones, es decir variable-variable, y de las relaciones con la LD, variable-LD. Desde la propuesta teórica de Andersen y Williams (1988), y la formulación de WieseBjornstal, et al. (1998) respecto al análisis durante la lesión, en las que el estrés era el núcleo explicativo fundamental, otras variables han sido estudiada. Así, los investigadores se han centrado en el estudio de la ansiedad competitiva (Olmedilla et al., 2009), el estrés psicosocial (Díaz, Buceta y Bueno, 2004), las conductas de riesgo (Griffith, et al., 2006), los procesos emocionales (Brewer, 2003), los recursos de afrontamiento (Abenza et al., 2009) y la motivación (Kerr, Au y Lindner, 2004). Desde una perspectiva comprensiva y globalizadora, esencia del modelo que proponemos, se podría representar éste según se aprecia en la figura 4, y teniendo en cuenta los tres ejes del MGPsLD.

Figura 3.

Representación gráfica del Eje Conceptual del Modelo Global Psicológico de las Lesiones Deportivas



Las variables psicológicas más estudiadas, lo son en muchas ocasiones en función del eje temporal. Desde la perspectiva anterior a la lesión, los estudios se centran en variables directamente implicadas en la vulnerabilidad del deportista a lesionarse, como la ansiedad competitiva (Aslan, Aslan y Alparslan, 2000; Olmedilla et al., 2009), el estrés psicosocial (Díaz et al., 2009; Junge, 2000; Rogers y Landers, 2002, 2005), la motivación (Kerr et al., 2004), y los recursos de afrontamiento (Abenza y et al., 2009; Chase, Magyar y Drake, 2005).

El estudio de las relaciones entre factores psicológicos y LD durante el padecimiento de éstas por parte del deportista, se han centrado en la relación entre la propia lesión y el estado de ánimo y los procesos emocionales (Abenza et al., 2009; Brewer, 2003; Carson y Polman, 2008; Coté, Ericsson y Law, 2005; Evans et al., 2008; Niven, 2007; Quinn y Fallon, 2000; Udry, Shelbourne y Gray, 2003; Weiss, 2003), y qué aspectos psicológicos son los que más se relacionan con las conductas de adherencia a la rehabilitación (Brewer, 2003; Levy, Polman, Clough y McNaughton, 2006; Pizzari, et al., 2002; Rock y Jones, 2002; Thatcher et al., 2007).

Las variables psicológicas más representativas de estos estudios son ansiedad, estrés, motivación, autoestima y recursos de afrontamiento (Ali, et al., 2006); sin olvidar, la importancia de variables psicosociales como el apoyo social (Brewer, 2003; Bricker y Fry, 2006; Carson y Polman, 2008; Jeanson et al., 2008; Niven, 2007; Quinn y Fallon, 2000). O bien, la relación entre los estados emocionales, la depresión y la ansiedad, con otras variables como el catastrofismo y el dolor que pueden tener gran relevancia en los procesos de lesión (Levy et al., 2008; Sullivan, et al., 2000).

Respecto a los estudios posteriores a la lesión, hay pocos trabajos, y éstos se centran en el análisis de las consecuencias psicológicas (Podlog y Eklund, 2006), o neuropsicológicas (Rutherford, et al., 2006). El estudio de la «huella psicológica» de las LD se ha centrado en la depresión (Mainwaring et al., 2004; Newcomer et al., 2009).

Por otro lado, el estudio de las variables incluidas en la intervención psicológica (prevención, rehabilitación) es importante, aunque la publicación de trabajos es muy poca (en prevención), donde solo siete estudios empíricos han ofrecido apoyo a la eficacia de las intervenciones para prevenir las LD (Johnson et al., 2005). En donde el estudio ofrece evidencia experimental para la reducción de lesiones, utilizando un programa basado en el control cognitivo del estrés. Respecto a la rehabilitación la investigación es mayor. Son muchos los profesionales que sugieren incorporar los servicios psicológicos en el ámbito de la rehabilitación de LD (Scherzer y Williams, 2008; Wrisberg, 2006).

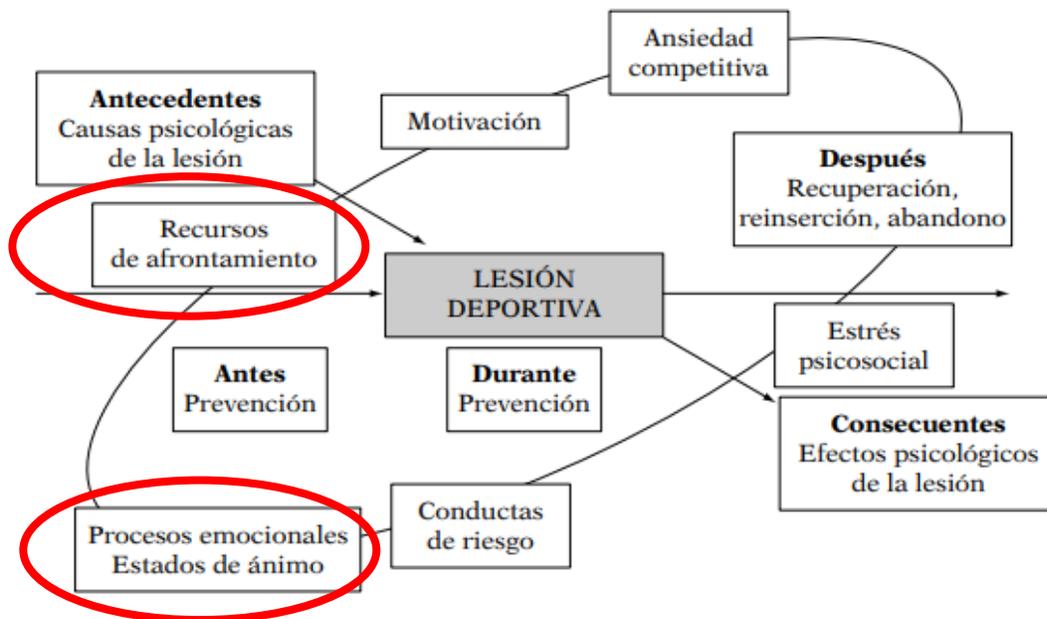
Las técnicas más descritas han sido la visualización, la relajación y las habilidades de afrontamiento (Hare, Evans y Callow, 2008; Milne, Hall y Forwell, 2005; Newsom, Knight y Balnave, 2003); también la utilización del modelado (vídeos) para reducir la percepción de ansiedad y dolor antes de la operación, y aumentar la autoeficacia ante la reconstrucción del LCA (Maddison, Prapavessis y Clatworthy, 2006), la influencia de entrenadores y fisioterapeutas en el

trabajo psicológico para la rehabilitación (Hamson-Utley, Martin y Walters, 2008; Ninedek y Kelt, 2000; Washington-Lofgren, et al., 2004), o la formación de éstos en psicología que ayudara a la recuperación (Scherzer y Williams, 2008).

Como indican Myers, Peyton y Jensen (2004) parece ser importante que el propio deportista acepte y crea en los beneficios del entrenamiento psicológico para que éste tenga una mayor eficacia. Una interesante revisión de los programas de adherencia a la rehabilitación se puede ver en el trabajo de Levy, et al., (2006).

Figura 4.

Representación gráfica del Modelo Global Psicológico de las Lesiones Deportivas y las variables psicológicas a abordar en la propuesta de intervención.



En el presente trabajo, este modelo teórico permite situar en el proceso de lesión dos variables desde las que se pretende abordar la lesión deportiva durante la propuesta de intervención, en las que en el modelo se denominan: recursos de afrontamiento y los procesos emocionales (Ver figura 4). Situarlas en un modelo teórico facilita la comprensión de la variable en sí misma dentro del proceso de la lesión deportiva y de esta manera poder abordarlas de manera congruente.

1.3.2.3. Consecuencias psicológicas de la lesión deportiva.

Todos los procesos por los que pasa un deportista lesionado suponen un esfuerzo adaptativo en el que vivirá situaciones específicas de superación, sin la capacidad física habitual. El estrés del lesionado puede estar presente en cualquiera de las fases que se puedan pensar, desde el momento de la lesión, pasando por la rehabilitación, hasta la vuelta a entrenamientos y competición.

Además del estrés otros procesos psicológicos y emocionales se asocian a la lesión, y que influyen directamente en el proceso de rehabilitación del deportista (Abenza, Olmedilla, Ortega, Ato y García-Mas, 2010). Para comprender las relaciones que existen entre las lesiones deportivas y los factores psicológicos, podemos encontrar diversas investigaciones que, básicamente, se pueden resumir en dos modelos teóricos:

a) modelos centrados en las reacciones emocionales del deportista (Brewer, 1994; Heil, 1993).

b) el modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación de Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Morrey (1998), en el que se integran teorías basadas en el proceso de estrés y otras centradas en el proceso de dolor.

En definitiva, aunque la psicología de las lesiones deportivas es relativamente joven, la importante producción científica ofrece a los psicólogos e investigadores interesados en ella un amplio rango de actuación tanto en el ámbito de la prevención como en el de la recuperación.

La perspectiva multidisciplinar sirve para abordar la rehabilitación del deportista lesionado, donde la sinergia de todas las áreas científicas implicadas debe de dar respuestas para la optimización del proceso de recuperación (Arvinen-Barrow, Hemmings, Weigand, Becker y Booth, 2007; Nirven, 2007; Podlog y Eklund, 2007; Scherzer y Williams, 2008; Tracey, 2008). Además, ya que las respuestas psicológicas a la lesión frecuentemente llevan consigo una reacción de pérdida con ciertos estados de ánimo, pensamiento y conductas que agravan las dificultades

inherentes a la rehabilitación, los profesionales afines deberían tener información sobre estos aspectos (Ramírez, 2001). Según Milne, Mall y Forwell (2005) la autoeficacia en cuanto a las tareas a realizar durante la rehabilitación, así como la confianza en poder afrontar la situación, parecen ser aspectos claves para que el atleta se adhiera y cumpla el programa de rehabilitación propuesto.

1.3.2.4. Ciencias del deporte y la danza.

La ciencia de la danza investiga los aspectos cualitativos y cuantitativos del entrenamiento, el rendimiento y la salud de los bailarines, por lo que la investigación en este campo pretende tanto facilitar y mejorar el entrenamiento y la formación como maximizar su efectividad (García-Coll, et al., 2013). Sin embargo, como mencionan Nordin y McCalister (2007), la psicología en la danza puede aprender del conocimiento desarrollado en psicología del deporte, no obstante, deben tenerse en cuenta las especialidades de la danza y no adoptar de manera poco crítica los principios psicológicos del deporte.

Por consecuente, en las últimas décadas la psicología, es una disciplina que se desarrolla con rapidez como aspecto integral de la formación en la danza y como servicio de salud para los bailarines. Según Sharp (2007) el objetivo de la psicología del deporte enfocada a la danza es promover el desarrollo emocional saludable, ayudar a la independencia y fortalecer la resiliencia.

En la actualidad, el uso de habilidades de entrenamiento mental está creciendo en popularidad para optimizar su rendimiento durante el proceso de rehabilitación, o en momentos de estrés o a-motivación, por lo que cada vez es de mayor interés en los propios bailarines (Sanahuja, 2008; Twitthett, 2007; Taylor y Taylor, 2008).

En un estudio realizado por Sanahuja (2008) señaló la importancia del entrenamiento mental. Según Sanahuja (2008), los bailarines no están sólo interesados en el entrenamiento en habilidades mentales y técnicas de relajación, sino que también centran su interés en aspectos

emocionales del mundo de la danza. Asimismo, un entrenamiento en habilidades mentales en bailarines puede incrementar la autoconfianza y disminuir los niveles de ansiedad y los niveles de estrés (Estanol, 2004; Hamilton y Molnar, 2005).

1.3.2.5. Exigencias físicas y psicológicas de la Danza.

Los bailarines de ballet clásico están expuestos a niveles elevados de estrés y ansiedad en su vida profesional. La alta exigencia de excelencia artística, la presión por mantener un peso corporal bajo, horarios de ensayos y actuaciones cambiantes y exhaustivas, la competición, y la necesidad de poseer un alto nivel de tolerancia al dolor, genera que los bailarines consideren el control sobre sí mismos como una de las características esenciales de un bailarín profesional (Wulff, 2001).

Para comprender mejor el contexto de la realidad que experimentan los bailarines, se puede definir a la danza como combinación de dos campos amplios: el arte y el deporte, por lo que se le podría considerar una disciplina artística, cuyo desarrollo demanda del bailarín no solo un trabajo físico, sino también mental (Paparizos, et al., 2005).

1.3.2.6. Lesiones en la danza y sus factores de riesgo.

En la danza, como en cualquier otro deporte existen condiciones o circunstancias en las que se puede dar una situación de lesión, y es importante conocer tanto sobre la lesión en sí misma, desde qué se considera lesión en la danza y como se suelen clasificar hasta aquellos factores de riesgo que pueden propiciarla en un bailarín.

En un estudio de Liederbach, (2000) se define la lesión como el dolor o la disfunción física que afecta al sistema músculo-esquelético del bailarín y que le obliga a modificar de alguna forma las clases, ensayos o actuaciones o a no participar en ellos. Dadas las características de la patología músculo-esquelética en danza, se debe distinguir entre lesiones por sobrecarga y lesiones agudas.

Las primeras se originan por pequeños traumas repetidos en el tiempo que acaban ocasionando una fatiga en el tejido músculo-esquelético. Las lesiones agudas se producen por un trauma único e intenso, de gran magnitud.

Garrick y Requa (1993) consideran que el proceso de definir y clasificar las lesiones es más complejo en la danza que en el deporte ya que en la danza las lesiones no pueden valorarse únicamente en el contexto de las alteraciones físicas, sino que también deben tener presente el compromiso artístico. En este sentido los autores argumentan que saltar o elevar la pierna no es suficiente, sino que esos movimientos deben poder hacerse de manera estéticamente agradable, por lo que, en el transcurso de los años, se han considerado diferentes criterios para definir una lesión, entre ellos los siguientes:

- a. La necesidad de tener que cesar o modificar el movimiento en las clases, los ensayos o las actuaciones.
- b. Los días transcurridos sin bailar.
- c. El tener que consultar con un médico.
- d. El gasto económico.
- e. La severidad de la lesión.
- f. La frecuencia de los síntomas de la lesión.
- g. La ausencia de concentración, etc.

Liederbach y Richardson (2007) consideran que una definición basada en la pérdida de función puede ser una alternativa útil. Además, aparte de definir la lesión, las investigaciones deben prestar atención a otros factores que pueden ayudar a entender el porqué de las lesiones y generar hipótesis acerca de la prevención de estas. Por su parte, Smith, et al. (2016) basaron su estudio en determinar la prevalencia de los trastornos músculo-esqueléticos y regiones anatómicas que se lesionan con mayor frecuencia en los bailarines de ballet a través de una revisión sistemática y

meta análisis, eligieron 19 estudios en diferentes bases de datos de las cuales entre los resultados obtuvieron que la torcedura de tendón prevalece en un 51% de los bailarines, continuó la tendinopatía del tobillo con un 19% y el dolor de espalda baja generalizada con un 14%.

En algunas ocasiones, el origen de las lesiones puede ser mixto, de modo que las lesiones de trauma único pueden ocurrir sobre una parte del cuerpo que previamente ha sufrido microtraumas repetidos. Asimismo, cabe tener presente que la mayor parte de las lesiones en danza afectan al tejido blando en forma de distensiones, esguinces y tendinopatías (Hincapié, et al., 2006).

Es común que, a lo largo de su formación y durante el desarrollo de su profesión, los bailarines sufran más de una lesión (Lewis, Dickerson y Davies, 1997). La mayoría de las lesiones en la danza suelen producirse debido a un microtrauma repetitivo, de inicio gradual/insidioso, por sobrecarga de un mismo grupo muscular, tendinoso o articular (Bronner, Ojofeitimi, y Rose, 2003; Caine y Garrick, 1996). Algunas de las lesiones causadas por microtrauma repetitivo son la tendinitis, tenosivitis, bursitis, fracturas por estrés, sobrecargas y neuropatías.

En general, los bailarines sufren lesiones agudas en las extremidades superiores cuando hacen maniobras que implican levantar pesos, o en las inferiores durante los saltos o al volver a tomar contacto con el suelo (Motta-Valencia, 2006). Por ello, se debe tener presente que la prevalencia de lesiones es superior de la que se tiene constancia, puesto que el bailarín tiene tendencia a ocultar, a sí mismo y a los demás, sus lesiones con la finalidad de seguir bailando (Pozo, 2003).

La edad de inicio en la danza también puede ser un factor de riesgo. Por otra parte, los bailarines que empiezan su formación a una edad más tarde de lo habitual y/o a aquellos que incrementan repentinamente la cantidad de horas de trabajo, tienen mayor riesgo de padecer una fractura por estrés (Hamilton 1998). Los bailarines que se inician tardíamente en el mundo de la danza tienden precisar de más clases para compensar el retraso de años; y es precisamente este

entrenamiento excesivo, combinado con fatiga, ensayos no supervisados, e intentar pasos más allá de su capacidad técnica, que predispone significativamente a las lesiones durante esta temprana fase de sus carreras (Sanahuja, 2008).

En un estudio de Howse (2002), en más del 90% de las lesiones, el uso de una técnica incorrecta de danza juega un papel importante en la aparición de estas. En esta línea, Evans, Evans y Carvajal (1996) indicaron que un papel de alta exigencia física es un factor de riesgo. Por otro lado, en el estudio de Byhring y Bo (2002) el 61% de los bailarines pensaban que los factores relacionados con el entrenamiento incrementaban el riesgo de lesiones.

Asimismo, la distribución de tiempo de descanso y de trabajo de los bailarines tampoco favorece la recuperación física y mental para poder trabajar en condiciones óptimas; en períodos de formación la repetición de movimientos sin un descanso apropiado favorece la aparición de lesiones por sobrecarga (Batson, 2007).

Finalmente puede observarse que el contexto deportivo, en este caso de la danza, las exigencias psicofisiológicas de la danza clásica, así como los factores individuales y de personalidad del propio bailarín y sus antecedentes de lesiones, pueden resultar factores de riesgo para desembocar en una lesión.

1.3.2.7. Perfil del bailarín y la percepción de las lesiones.

Para hablar de una clasificación de acuerdo con el perfil del bailarín, Hamilton, et al. (1989) denominan *overachievers* a aquellos bailarines que nunca están satisfechos y se empujan a sí mismos más allá de sus límites, esta voluntad de perseguir el éxito puede llevar a los bailarines a trabajar muchas horas al día sin tener en cuenta las horas de descanso necesarias, con el consecuente riesgo de lesionarse.

Sin embargo, en la subcultura del mundo del espectáculo imperan una serie de valores o maneras de pensar y actuar, entre ellas, hallamos lo que anglosajones denominan *The show must go on* y hace referencia al lema de que la actuación debe continuar a pesar de cualquier contratiempo (Mainwaring et al., 2001). Esto es una creencia muy enraizada en la cultura de la danza que definitivamente influye en cómo los bailarines reaccionan ante los primeros síntomas de una lesión.

Según Wainwright, Williams y Turner (2005) los bailarines aceptan las lesiones como una parte inevitable de su vocación por la danza. De este modo muchos bailarines no buscan atención médica para su lesión y se resignan a vivir y trabajar con dolor y malestar. Así, incrementan el riesgo de padecer lesiones a largo plazo, pudiendo llegar a tener que abandonar su carrera profesional (Krasnow, Kerr y Mainwaring, 1994).

Por otro lado, en el estudio de Fortin y Trudelle (2006), se examina el concepto de salud de 15 bailarines profesionales de danza. Todos opinaron que sus vidas eran saludables y que tenían un buen estado de salud, pero que tenían algún punto débil, hecho que enfatizaban mientras describían los dolores y las lesiones presentes y pasadas. Por lo tanto, los autores señalan que la incomodidad y el sufrimiento son aspectos normales entre bailarines profesionales. También mencionaron que la experiencia de estar lesionado les permitía adquirir un conocimiento más profundo de su cuerpo y de sus limitaciones.

Uno de los conceptos que surgió en las entrevistas fue el ser funcional, refiriéndose a la habilidad de responder a las demandas coreográficas casi a cualquier coste. Los bailarines sentían que era una debilidad o un fracaso el hecho de no ser capaces de alcanzar las metas que se les pedían, y por lo tanto sentían culpabilidad. Indicaron que expresar el dolor sentido al ejecutar un movimiento o frenarse a uno mismo durante un ensayo para protegerse de una lesión no está bien tolerado (Fortin y Trudelle, 2006).

Por otro lado, en cuanto a los motivos que los bailarines tienen para no buscar tratamiento, Shah y Weiss (2005) se hallaron los siguientes en orden de importancia:

- 1) Que el bailarín pensaba que no le sería de ayuda;
- 2) Que el bailarín ya sabía el diagnóstico;
- 3) Que el bailarín pensaba que el médico no podía entenderle como bailarín;
- 4) Que el bailarín no tenía un seguro médico;
- 5) Que el bailarín pensó que tendría que dejar de bailar durante demasiado tiempo.

Por su parte, Kishida (2007) llevó a cabo un estudio sobre 86 bailarines profesionales en Japón de diversos estilos de danza. Estos dijeron que los bailarines tendían a no buscar tratamiento médico hasta que los síntomas de las lesiones habían empeorado, que la mayoría de los bailarines no podían dejar sus actividades para descansar la parte lesionada, y tendían a buscar tratamientos efectivos a corto plazo que les capacitasen para volver a bailar tan pronto como fuera posible.

Un bailarín lesionado continúa bailando, a menudo con el apoyo de fisioterapeutas, psicólogos del deporte, y profesores (Turner y Wainwright, 2003). Los bailarines optan por la incertidumbre sobre la lesión antes que ir al médico y a pesar de no tener suficiente información sobre ésta y su manejo, intentan cuidar la lesión por sí mismos (Mainwaring et al., 2003).

Dada la cultura de "miedo y evitación" que prevalece en el mundo del baile, en el que pocos bailarines pre-profesionales buscan atención médica o fisioterapéutica por temor a tener que dejar de bailar o perderse una actuación, es muy probable que los bailarines no se recuperen completamente de su lesión inicial (Amor-Roca, 2018). Por ello que se debe destacar la importancia de la rehabilitación de una lesión antes de regresar al entrenamiento de baile completo, ya que puede ser un ingrediente clave en la educación y prevención de lesiones de bailarines jóvenes (Kenny, Whittaker y Emery 2016).

1.3.2.8. Las lesiones en la danza y su relación con las emociones.

Las reacciones emocionales pueden estar influenciadas por el tipo y la gravedad de la lesión, así como por otros factores personales del deportista como la edad, los acontecimientos vitales, los estilos de afrontamiento utilizados, etc. (Fariña Rivera, et al., 2016).

Existen diversas emociones al experimentar momentos de estrés en la danza y las lesiones juegan un papel determinante en este contexto. Algunos resultados de una investigación hecha por Adam, et al., (2004) reportaron que la ausencia de los bailarines en actuaciones y ensayos debido a una lesión estaba significativa y positivamente correlacionada con estrés, y estados de ánimo negativos (como tensión, depresión, ira, fatiga y confusión).

Mayoral (2009) señala que las personas que presentan alta afectividad negativa son más propensas a experimentar angustia e insatisfacción en cualquier circunstancia; un alto afecto negativo predispone a las personas a tener percepciones negativas sobre sí mismas y el mundo que les rodea. Por otro lado, la afectividad positiva está relacionada con la presencia de gran cantidad de energía y entusiasmo, lo cual le permite al individuo tener una vida más activa, y lo predispone a tener percepciones positivas sobre su persona y sobre el medio en general.

La presencia de sintomatología emocional, tanto en bailarines lesionados como en los que no sufren lesiones, conduce al tema de la prevención y la detección. Los bailarines tienden a preocuparse emocionalmente cuando están lesionados (Sanahuja, 2008).

En el estudio de Fortin y Trudelle (2006), se examina el concepto de salud de 15 bailarines profesionales de danza. Todos opinaron que sus vidas eran saludables y que tenían un buen estado de salud, pero que tenían algún punto débil, hecho que enfatizaban mientras describían los dolores y las lesiones presentes y pasadas. Por lo tanto, los autores señalan que la incomodidad y el sufrimiento son aspectos normales entre bailarines profesionales. Uno de los conceptos que surgió en las entrevistas fue el *ser funcional*, refiriéndose a la habilidad de responder a las demandas

coreográficas casi a cualquier coste. Indicaron que expresar el dolor sentido al ejecutar un movimiento o frenarse a uno mismo durante un ensayo para protegerse de una lesión no está bien tolerado (Fortin y Trudelle, 2006).

Por otro lado, en el estudio de Macchi y Crossman (1996), al preguntar a los bailarines por el impacto de la lesión en su vida fuera del ballet, cinco indicaron que no tenían deseo de socializarse, dos socializaron más, y uno dijo que afectó negativamente a la manera en que actuaba con los demás. Seguidamente, cuando los autores se interesaron por el retorno de los bailarines a clase, el 60% dijeron que volvieron cuando se sintieron preparados, el 28% no se sintieron preparados y el 12% no estaban seguros, en la mayoría de los casos la decisión se tomó exclusivamente por parte del bailarín.

Smith, et al. (1993) se interesaron por el perfil emocional de atletas de competición y su autoestima antes y después de la lesión. Los autores hallaron diferencias significativas en las escalas de depresión, ira-hostilidad, y vigor en el perfil emocional de los deportistas antes y después de la lesión. Concluyeron que el impacto emocional después de la lesión puede ser atribuido a la lesión y su severidad, y que no se trata de un mero reflejo del estado emocional previo a la lesión.

Los modelos centrados en las respuestas emocionales de un deportista provienen de la secuencia de reacciones psicológicas descritas por Kubler-Ross (2003) en su clásico *On death and dying*. Estas reacciones, usualmente son: negación de la lesión; cólera (enfado); negociación (ambivalencia emocional); depresión provocada por la sensación de pérdida (funcional, deportiva, estatus, etc.) y aceptación. Las reacciones emocionales pueden estar influenciadas por el tipo de gravedad de la lesión, así como por otros factores personales del deportista como la edad, los acontecimientos vitales, los recursos de afrontamiento, etc. (Abezna, 2010)

1.3.2.9. Lesiones y su afrontamiento.

Los factores personales y situacionales mediatizan las apreciaciones cognitivas del lesionado y éstas, a su vez, influyen en la respuesta emocional y conductual obteniendo, finalmente, una respuesta psicológica del deportista lesionado (Ramírez, 2002). Por lo tanto, los deportistas han de tener recursos de afrontamiento ante la lesión (Abenza, et al., 2011), puesto que éstos influyen en su recuperación.

Para llevar el proceso de recuperación de una lesión se requieren de ciertos recursos, herramientas o estrategias para afrontar la experiencia. Lazarus y Folkman (1984, p.164) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Estos autores formulan la existencia de dos grandes dimensiones funcionales del afrontamiento. La evitativa, dirigida a regular la respuesta emocional producto del problema y la activa, destinada a modificar el problema (Márquez, 2006). El estilo de afrontamiento activo se asocia con una recuperación más rápida de las lesiones y con la evitación de las recaídas; mientras que el evitativo con una recuperación más lenta y mayor posibilidad de recaídas (Anie, Steptoe y Bevan, 2002; Olmedilla, Ortega y Abenza, 2013).

En un estudio sobre 960 bailarines, se halló que 9 de cada 10 bailarines lesionados manejan las lesiones solos, el 60% buscan atención médica sólo cuando no puede bailar en absoluto, y casi la mitad (49%) continúan bailando a pesar de la lesión (Hamilton, 1997).

Barr, et al. (2004) exploraron las estrategias de afrontamiento hacia las lesiones y el dolor en 35 estudiantes de danza, aunque no todos estaban lesionados en ese momento. Administraron el COPE Inventory (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que evalúa la manera en la que las personas responden al estrés. De los resultados se desprende que los estudiantes de danza emplean

estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y en el problema, al enfrentarse a lesiones y dolor.

Cabe mencionar que los centros donde se enseña danza disponen de recursos para aquellos bailarines que emplean las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, pero no parece haber suficiente apoyo para los estudiantes con tendencia al empleo de estrategias centradas en las emociones (Barr, et al., 2004).

En el mismo sentido Rip, Fortin y Vallerand (2006) se interesaron por el afrontamiento ante la lesión de los bailarines en función del tipo de pasión por la danza (armoniosa u obsesiva). Los autores hallaron que la pasión armoniosa (*HP*, del inglés *Harmonious passion*) por la danza estaba asociada a sufrir lesiones agudas de menor duración mientras que la obsesiva (*OP*, *Obsessive passion*) se asociaba con un sufrimiento prolongado de una o más lesiones crónicas.

La HP facilitaba respuestas de afrontamiento a la lesión y al dolor que promovían la salud, por ejemplo, una implicación flexible en actividades de danza al estar lesionados y tomar conductas preventivas. Asimismo, emplean estrategias de afrontamiento como buscar información sobre la lesión y su tratamiento y consultar con un profesor. Los bailarines con más HP ignoraban en menor medida el dolor asociado a la lesión y la ocultaban menos. Además, eran más propensos a descansar al estar lesionados, y a atender sus lesiones.

A diferencia de las expectativas de los autores, la HP no estaba relacionada con la tendencia a consultar con un profesional sanitario. De manera similar, en el estudio de Robson (2006), la primera reacción que los bailarines tuvieron frente a la lesión fue ignorarla (10), poner hielo (9), e intentar utilizar otros músculos para compensar (2).

Por otro lado, Anderson y Hanrahan (2008) se interesaron por estudiar el tipo de dolor experimentado en la práctica de la danza, ya sea habitual o debido a una lesión, y la percepción cognitiva del dolor. De los resultados se desprende que el tipo de dolor experimentado no

influenciaba en la percepción cognitiva del mismo ni en la estrategia de afrontamiento hacia el dolor. Por lo tanto, parece sugerir que los bailarines continuarán bailando y aguantarán el dolor independientemente de que éste sea debido a la práctica o a una posible lesión ya que posiblemente los bailarines no identifiquen una diferencia entre estos dos tipos de dolor.

En cuanto a la relación entre la percepción cognitiva y el estilo de afrontamiento empleado, el estudio indica que cuando los bailarines perciben el dolor como amenaza es más probable que empleen estrategias de afrontamiento pasivo ante él, como, por ejemplo, estrategias de evitación o de catástrofe (Anderson y Hanrahan, 2008). Los autores sugieren que esto puede ser una estrategia proactiva para protegerse de una lesión y dañarse más, así como para prevenir que el dolor agudo se convierta en crónico. En cambio, los bailarines que percibían el dolor como un reto que se debía superar, mostraban habilidad para continuar bailando con dolor.

Asimismo, Anderson y Hanrahan (2008) señalan la importancia de poder incrementar los programas educativos para que los bailarines aprendan a diferenciar entre el dolor asociado a la práctica de la danza y aquel asociado a las lesiones, puesto que les ayudaría a distinguir cuando es apropiado empujarse un poco más allá y bailar con dolor, o cuando hacer esto sería un riesgo para dañarse y lesionarse. También piensan que es importante educar a los bailarines para seleccionar las estrategias adecuadas de afrontamiento al dolor.

De igual forma, varios autores se han interesado por lo que hacen los bailarines cuando se lesionan. Se han realizado estudios basados en encuestas retrospectivas en países como los Estados Unidos (Hamilton, 1997; Shah y Weiss, 2005) Reino Unido (Brinson y Dick, 1996; Laws, 2005), Australia (Crookshanks, 1999; Geeves, 1990) y Japón (Kishida, 2006).

Otros autores también han abordado las conductas de los bailarines en sus estudios. Macchi y Crossman (1996) se interesaron por el cambio de actitud en el 42% de los bailarines hacia la danza como consecuencia de la lesión. Diez bailarines indicaron que ahora eran más cuidadosos al

bailar, 7 intentaron utilizar una mejor técnica, 5 modificaron los ejercicios y hacían más estiramientos para evitar volver a lesionarse y cuatro eran más conscientes de sus cuerpos.

Asimismo, en el estudio de Robson (2007), la primera reacción que los bailarines tuvieron frente a la lesión fue ignorarla (10), poner hielo (9), e intentar utilizar otros músculos para compensar (2). En relación con la actitud del médico, la mitad de los bailarines pensaban que era negativa alegando un estilo impersonal y falta de información sobre la lesión. De los fisioterapeutas, 9 tenían una visión positiva y profesional, 4 pensaron que era negativa, y 2 indicaron que fueron reprendidos por haber tardado demasiado hasta acudir a tratamiento.

Los resultados de los estudios ponen de manifiesto las dificultades que los bailarines se encuentran cuando están lesionados. Por una parte, la necesidad imperiosa de poder bailar, y por otra, la falta de comprensión de ciertos profesionales sanitarios sobre las necesidades psicológicas y físicas de los bailarines, complican el proceso de recuperación (Sanahuja, 2008).

1.3.3. Afrontamiento

Frydenberg (1997) define al afrontamiento como "las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas" (p. 13). Afirma que es posible hacer una distinción entre afrontamiento general y específico, es decir el modo con el que la persona encara cualquier situación (general) y una problemática particular (específico).

En sus investigaciones identificó 18 estrategias: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física.

Por otro lado, Márquez (2006) habla de afrontamiento para referirse a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Respecto a las dimensiones del afrontamiento, diversos investigadores se han basado en la distinción de Lazarus y Folkman (1984) que hablan de dos grandes dimensiones funcionales del afrontamiento. La primera dimensión, afrontamiento orientado a la tarea (*TOC*, del inglés *task-oriented coping*), se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante.

La segunda dimensión, afrontamiento orientado a la emoción (*EOC*, *emotion-oriented coping*), representa las acciones que se emplean con objeto de cambiar el significado de una situación y regular el resultado negativo de las emociones (Márquez, 2006). En este segundo caso la premisa básica es que se puede facilitar el ajuste o la adaptación por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresante, situándolo en un nuevo marco cognitivo o centrándose de forma selectiva en los aspectos positivos de la situación (Compas, 1987). Esta dimensión incluye estrategias específicas tales como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad o el reevaluar positivamente la situación (Márquez, 2006).

Distintos autores han propuesto la existencia de una tercera dimensión funcional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1994), apoyada en los resultados de análisis factoriales de segundo orden (Hudek-Knezevic, Kardum y Vucmirovic, 1999). Esta tercera dimensión, el afrontamiento de evitación, representa las acciones para desentenderse de la tarea y redirigir la atención a estímulos no relevantes para la misma, e incluye estrategias tales como la negación (Márquez, 2006).

1.3.1. Estrategias de afrontamiento

En relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es poco precisa, ya que su definición y clasificación ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de estas. Entre las diferentes clasificaciones del afrontamiento se encuentra la de Compas, Malcarne y Fondacaro (1988), que lo divide en:

1. Disfuncional (en este tipo de afrontamiento no hay un adecuado manejo y expresión de sentimientos. Incluye también aquellas situaciones en que la acción es inhibida).
2. Funcional (en este tipo de afrontamiento se generan soluciones alternativas y se realizan acciones concretas para resolver el problema).

Billing y Moos (1986) clasifican al afrontamiento según el tipo de estrategia utilizada, de la siguiente manera:

1. Estrategias activo comportamentales (aluden a los intentos comportamentales para resolver el problema planteado).
2. Estrategias activo cognitivas (hacen referencia a los esfuerzos por manejar la percepción del nivel de estrés producido).
3. Estrategias de evitación (son los intentos por evitar el problema, o reducir la tensión indirectamente a través de comportamientos como comer o fumar más).

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) identificaron dos tipos particulares de estrategias:

1. Estrategias enfocadas en el problema (Son las acciones concretas y directas que el sujeto realiza para cambiar la situación amenazadora).
2. Estrategias enfocadas en la emoción (Son aquellas que tienden a controlar los sentimientos para aminorar el impacto sobre el sujeto).

El aspecto clave del proceso de afrontamiento es la utilización por parte del individuo de estrategias conductuales o cognitivas para resolver el problema, bien sea de aproximación o de

evitación. Las estrategias de aproximación tienen como objetivo mejorar la comprensión o el control de la situación, o bien mejorar los recursos para enfrentarse a ella (Márquez, 2006).

Las estrategias de evitación reflejan un intento consciente de alejarse de la fuente del problema. Se suelen preferir cuando la situación se considera incontrolable, los recursos para enfrentarse a ella son limitados, no se dispone de tiempo suficiente o hay pocas probabilidades de lograr una aproximación efectiva (Márquez, 2006).

Entre los procesos post-afrontamiento, el deportista, tras un intento de afrontamiento de la situación, puede, en lugar de desarrollar y mantener una estrategia, también puede valorar la eficacia o efectividad de la estrategia aplicada (Márquez, 2006). Por último, puede realizar una nueva valoración que le lleve a concluir o bien que la situación es menos estresante, o que el estímulo resulta ahora irrelevante, benigno o positivo (Márquez, 2006).

En su tarea por cumplir con esas necesidades las personas actúan tratando de alcanzar el equilibrio dinámico más satisfactorio posible. La conducta es el conjunto de acciones que el ser humano acomete, de manera incesante, para cumplir con las numerosas exigencias que le demanda la realidad en que vive (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

Sus efectos o consecuencias pueden ser funcionales o disfuncionales según el grado en que lograr alcanzar un adecuado balance de satisfacción; esto dependerá de una compleja red de variables, pero siempre estará intencionalmente orientado a lograr la mayor adaptación posible a las circunstancias que le toca vivir (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

1.3.3.2. Intervención psicológica para la prevención de lesiones.

El modelo de estrés de Andersen y Williams (1988) ha servido como base de la mayoría de los programas de intervención propuestos en la literatura para reducir el riesgo de la lesión

deportiva. Tras demostrar que determinadas variables psicosociales, como el apoyo social, las estrategias de afrontamiento, tienen un papel moderador en la relación entre estrés y lesión.

De forma específica, los programas de prevención de lesiones integrarían 2 aspectos: a) aprendizaje de técnicas psicológicas, incluyendo estrategias de concentración, relajación, detención de pensamientos y autoinstrucciones; b) potenciación del apoyo social, a través de entrenamientos conductuales dirigidos a padres y entrenadores de los deportistas (Abezna, 2010).

Los programas de intervención psicológica para la prevención de lesiones se han centrado fundamentalmente en el entrenamiento psicológico de habilidades generales donde de manera indirecta se ha valorado su repercusión en la incidencia de lesiones deportivas (Davis, 1991; Fenker y Lambiotte, 1987; Kerr y Goss, 1996). Por otro lado, también se han llevado a cabo programas específicos encaminados exclusivamente a la prevención de lesiones (Johnson, et al., 2005; Maddison y Prapavessis, 2005; Noh, Morris y Andersen, 2007), tomando como aspecto fundamental el control del estrés y utilizando diferentes planteamientos de intervención.

Una de las formas de control del estrés por parte del deportista es el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, o el desarrollo de habilidades psicológicas básicas que, en muchos casos son las que utilizan para su ejecución deportiva. En este sentido, estas habilidades psicológicas que utiliza el deportista son verdaderos recursos de afrontamiento susceptibles de análisis en su relación con la vulnerabilidad a la lesión, por lo que la mayor parte de los programas propuestos van encaminados, también a optimizar esas habilidades.

Desde una perspectiva más general e integradora, Palmi (2001) propone contenidos de un programa de intervención psicológica para la prevención de lesiones deportivas:

1. Mejorar la formación de los técnicos
 - a) Información de factores de riesgo
 - b) Importancia de la preparación física

- c) Importancia de los hábitos deportivos
- 2. Entrenar recursos psicológicos
 - a) Control de activación
 - b) Control atencional
 - c) Control de imágenes y pensamientos
 - d) Ajuste de objetivos
- 3. Planificación bajo objetivos realistas
 - a) Progresión de exigencia
 - b) Variedad de ejercicios y situaciones
 - c) Ajuste del entrenamiento a la individualidad
- 4. Mejorar los recursos técnicos
 - a) Información post-ejecución
 - b) Análisis de videos: acciones exitosas y erróneas
 - c) Entrenamientos simulando condiciones de competición.

1.3.3.3. Los procesos cognitivos y su relación con las lesiones.

Los procesos cognitivos, así como las emociones y las conductas pueden estar presentes tanto en el origen de la lesión como durante el proceso de su rehabilitación (Hackfort y Kleinert, 2007). La teoría ABC reconoce la importancia de las emociones y de las conductas, pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos. La terapia racional-emotiva basada en un enfoque cognitivo conductual, plantea desarrollar un pensamiento más racional, sentir de forma más apropiada y actuar más funcionalmente (Ellis, Grieger y Marañón, 1990).

Tomando como referencia el modelo de Wiese-Bjornstal y Smith (1993), donde se planteaba que la adherencia estaba influenciada por la respuesta cognitiva y emocional de los

deportistas durante el proceso de recuperación, indican que la valoración cognitiva de su habilidad para afrontar la lesión estaba inversamente relacionada con las alteraciones del estado de ánimo y, éstas a su vez con la adherencia a la rehabilitación (Abezna, 2010).

Asimismo, en otro estudio posterior, Wiese-Bjornstal (2002) describe los beneficios saludables que reporta el pensamiento positivo frente al negativo, tanto en la respuesta inmediata, como en el periodo de recuperación de la lesión.

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual (TCC); en la cual la psicología cognitiva se dedicó a estudiar el guion entre el estímulo y la respuesta, relación entendida ahora a través de la metáfora del procesamiento de la información. La TCC postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, entre otras) son las causas de los problemas emocionales y conductuales (Coutiño, 2012).

Las principales críticas a la TCC se enfocan en que éstas pueden ser limitadas debido a su propia tendencia a estandarizar los casos, y a que se derivan de una filosofía que considera que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles; especialmente, enfatizando el empleo de estrategias o técnicas de control (eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc.) (Mañas, 2007; Tai y Turkington, 2009).

De allí se desprende que, en la medida que sea posible identificar los puntos en común entre las terapias de segunda y tercera generación será factible desarrollar estrategias terapéuticas integrativas utilizando principios extraídos de ambos enfoques (Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017).

Se puede apreciar que las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación vienen a suceder a las terapias conductuales de exposición y condicionamiento operante, a las técnicas

dinámicas de logro de insight, a las terapias humanistas y a las puramente cognitivo-conductuales. Dicha sucesión se da en el sentido de integrar en cierta forma a todas sus antecesoras, trabajando con un paradigma muy distinto, ya que no se trata tanto de “limpiar” de síntomas al sujeto sino de modificar su experiencia subjetiva y la conciencia que tiene de ella, de tal modo que los síntomas resulten obsoletos o irrelevantes (Hayes, 2004).

1.3.3.3. Regulación emocional.

Como se ha mencionado, las emociones juegan un papel relevante en el proceso de lesión de los deportistas que la sufren. Sin embargo, a pesar de que la inteligencia emocional y su relación con el rendimiento deportivo no ha sido ampliamente estudiada, se ha convertido en un constructo que recientemente está siendo estudiado con mucho interés en el contexto deportivo (Meyer y Fletcher, 2007).

El estudio científico de las emociones desde el punto de vista de la Inteligencia Emocional ha demostrado la existencia y relevancia de la regulación emocional para con la salud mental y física (Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003; Lieble y Snell, 2004; Salovey, et al., 2002).

La regulación emocional está es definida por Thompson (1994) como “el conjunto de procesos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente su intensidad y características en el tiempo, con el objetivo de alcanzar las propias metas” (pp. 27-28). Se concibe no solo como la modulación de afectos negativos, sino también la atención, comprensión y aceptación de las emociones, así como la capacidad de lograr objetivos, a pesar de experimentar un estado emocional negativo (Thompson, 1994).

Los investigadores en emociones han mostrado un interés creciente por hacer del término *regulación emocional* un constructo de carácter científico, a pesar de la confusión existente en cuanto a su definición (Cole, Martin y Dennis, 2004). Sin embargo, las definiciones encontradas

en la literatura son muy diversas (Cameron, et al., 2000; Gross, 1999; Rusting y Nolen-Hoeksema, 1998) y resulta frecuente encontrar posturas diferentes sobre los procesos emocionales y las estrategias utilizadas para el manejo afectivo (Gross y John, 2003; Stanton, et al., 2000).

La regulación emocional es la habilidad para manejar las emociones propias y ajenas, moderando las negativas e intensificando las positivas sin reprimir ni exagerar la información que comunican (Mayer y Salovey, 1997). Asimismo, las habilidades de regulación emocional han mostrado sus efectos positivos para la mejora de diferentes dominios de funcionamiento personal (González, et al., 2006).

La perspectiva teórica de Gross y John (2003) afirma que la regulación emocional se distingue de otras formas de regulación del afecto como el afrontamiento y las defensas psicológicas. Estos autores se centran en las estrategias de regulación emocional, clasificándolas en función del momento en el que se ponen en funcionamiento dentro del proceso emocional. En concreto, plantean dos tipos: el enfoque previo a la emoción (proceso cognitivo donde se daría una reevaluación o nueva interpretación de la situación) y el enfoque dirigido a la respuesta emocional (proceso de manejo de las emociones ya existentes).

De igual manera, estos autores, crearon un cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) que incluye dos dimensiones: la reevaluación cognitiva que hace referencia a un cambio cognitivo que modifique el impacto y la supresión emocionales que implica inhibir la conducta de expresión emocional. La razón fundamental por la que se habla de regulación emocional según el modelo de Gross y John (2003) es porque propone un acercamiento diferente al proceso emocional, el cual se acomoda a la perspectiva diferente desde la que se pretende abordar el proceso de las lesiones en la propuesta de intervención del presente trabajo.

Por regulación emocional se entiende como cualquier acto que influye en la experiencia y expresión de las emociones, lo que constituye una definición funcional. Se considera efectiva

cuando facilita el logro de objetivos a corto y largo plazo e inefectiva cuando resulta en la intensificación o inhibición de la experiencia y expresión emocional, de forma que se dificulta el logro de metas y objetivos personales a largo plazo.

Las habilidades de regulación emocional efectiva incluyen pausarse, observar la experiencia, nombrar la emoción experimentada, identificar una meta u objetivo situacional, y actuar de manera congruente con dicho objetivo y las demandas de la situación presente.

1.3.4. Mindfulness.

El Mindfulness es un concepto proveniente de la tradición budista que fue introducido en Occidente por Jon Kabat-Zinn (1982) y que lo conceptualizó como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”. Más recientemente Siegel (2010) ha definido mindfulness, que suele traducirse como “conciencia plena”, y hace referencia a “despertarse de una vida en piloto automático y ser sensible a la novedad en nuestras experiencias cotidianas” (página 27).

Entendiendo la práctica de mindfulness como un conjunto de competencias que pueden ser aprendidas sin que sea necesario ningún sistema de creencias místicas, los investigadores y clínicos han desarrollado diferentes propuestas basadas en esta metodología. Este tipo de intervenciones han experimentado un gran auge en los últimos tiempos y han sido utilizadas en ámbitos tan diversos como el hospitalario, el educativo, el terapéutico, o el deportivo, permitiendo a los sujetos que lo practican ejercitar un método activo de disminuir la reactividad emocional que es común en nuestras sociedades y sustituirlas por respuestas más conscientes (Kabat-Zinn, 2016).

La práctica repetida de la atención plena permite a la persona desarrollar la habilidad de, tranquilamente apartarse de los pensamientos y sentimientos durante las situaciones de estrés en lugar de engancharse en preocupaciones ansiosas u otros patrones negativos de pensamiento, que

de otra manera podrían elevarse en un ciclo de estrés reactivo (Bishop, 2002). Se logra estar presentes con nuestra experiencia, en un primer momento durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana.

Existe notable evidencia empírica, psicoterapéutica y neurofisiológica, que revela que las aplicaciones específicas de mindfulness mejoran la capacidad de regular las emociones, de combatir las disfunciones emocionales, optimizar las pautas cognitivas y reducir los pensamientos negativos. Se observa un mejorable funcionamiento del organismo, pues hace que los procesos de curación, de respuesta inmunitaria, la reactividad al estrés y la sensación general de bienestar físico funcionen más eficazmente (Delgado, et al., 2012).

La auto-regulación, tal y como menciona Delgado (2009) en diferentes estudios existe la relación entre mindfulness y regulación emocional. Ser conscientes de los pensamientos, emociones, dolor corporal o de las respuestas de estrés, tal como aparecen, permite al sujeto ejecutar diferentes respuestas de afrontamiento que faciliten el autocuidado. Promover la regulación natural del organismo, inhibiendo los mecanismos automáticos que en ocasiones la impiden (evitación del malestar, respuestas de huida, etc) es un aspecto fundamental que subyace a la práctica de mindfulness.

1.3.4.1. Aplicaciones del Modelo Mindfulness.

Entre las intervenciones basadas en conciencia plena Solé et. al (2014) destacan:

- a) La Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Stress Reduction-MBSR) de Kabat-Zinn (1982) y la Prevención de Recaídas Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Relapse Prevention, MBRP) de Marlatt y Donovan (2005), con mayor presencia de trabajo meditativo.

- b) La Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT) de Segal, Williams y Teasdale (2013), con mayor presencia de trabajo cognitivo-conductual.

Actualmente se considera que el trabajo de mindfulness o conciencia plena mejora la capacidad de regular las emociones, disminuye las disfunciones emocionales, mejora las pautas cognitivas y reduce la rumiación o exceso de pensamientos negativos (Baer, 2003).

Jon Kabat-Zinn introduce y estructura este concepto en Occidente a través de un método bien definido: el Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) o Reducción del Estrés a través de la Atención Plena (Kabat-Zinn, 2016). El contenido del programa implica el trabajo siguiente:

- a. *Respiración consciente*: es la base de todo el trabajo, el anclaje que nos permitirá centrar nuestra atención en el cuerpo. El participante se sienta con los ojos cerrados y va observando su respiración de forma consciente. Al distraerse, sin juzgar vuelve a la respiración consciente.
- b. *Body-Scan* (escáner corporal): se trata de una exploración corporal en la que los participantes se tumban boca arriba con los ojos cerrados y van recorriendo el cuerpo bajo la guía del terapeuta centrando su atención en las sensaciones físicas, sin desear ni rechazar ninguna sensación en concreto. Se busca ser más consciente del cuerpo y aceptar lo que va viniendo, sin juzgar ni poner objetivos.
- c. *Meditación de conciencia plena*: los participantes se sientan con los ojos cerrados y observan todo lo que va ocurriendo a su alrededor, en su cuerpo, en su mente, sin juzgar ni evaluar. Si se distraen vuelven a anclarse en la respiración para continuar con la meditación.
- d. *Yoga consciente*: se realizan una serie de estiramientos basados en el hatha yoga, combinando partes dinámicas con partes estáticas, observando de forma consciente las

sensaciones físicas, la respiración, los pensamientos, etc. Añade los beneficios de la atención plena y respiración a los estiramientos clásicos.

- e. *Meditación caminando*: los participantes van caminando muy despacio y en círculo, observando las sensaciones físicas que van sucediéndose.

1.3.4.2. Mindfulness y sus aplicaciones en la lesión deportiva.

La lesión deportiva tiene consecuencias negativas que superan claramente la salud física de los deportistas, afectando a su bienestar psicológico, comprometiendo el equilibrio y la salud mental. De este modo síntomas psicológicos resultantes (miedo, ira, autoestima baja, tristeza, ...) pueden tener un impacto significativo en la vida del deportista, y contribuir a una mala adherencia al tratamiento, una reducción del rendimiento deportivo en la fase de readaptación, y provocar, incluso el abandono de la práctica (Solé et al., 2014).

Birrer et al., (2012) afirman que resulta difícil conseguir que los deportistas controlen sus procesos mentales (reacciones emocionales) basándose sólo en este tipo de técnicas cognitivo-conductuales.

- a. Teoría del proceso mental irónico –Ironic mental process– (Janelle, 1999): donde se explica que existe una tendencia a sentir, a veces actuar y/o pensar en modo opuesto a la dirección que se pretende (Ej. “Sé que he de relajarme... pero no lo consigo”).
- b. Teoría de la reinversión –Reinvestment theory– (Masters, 1992): este proceso se activa cuando el rendimiento de un atleta no se corresponde con sus expectativas (Ej. “estoy bien preparado, pero no lo conseguiré nunca”).

Algunas variables que se consideran factores de riesgo para la lesión deportiva son el estrés, la ansiedad o la dificultad atencional (Díaz, et al., 2009; Heil, 1993; Olmedilla et al., 2009; Palmi, 2002) se han visto beneficiadas con intervenciones basadas en mindfulness enfocadas a la mejora

del rendimiento (Gardner y Moore, 2004; Kauffman et al., 2009; Schwanhausser, 2009), por lo que se puede formular la hipótesis de que este trabajo también podría mejorar las intervenciones para la prevención y rehabilitación de lesiones.

Dado que la aplicación de mindfulness tiene una trayectoria amplia y con resultados probados en otros campos de actuación, como la gestión del estrés y dolor, se recomienda su progresiva introducción en las intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención y rehabilitación de lesiones deportivas, siendo una aportación de gran utilidad ya que puede mejorar las siguientes variables: el equilibrio en la acción deportiva, la ansiedad pre-competicional., la reactividad emocional post-lesión, el control del dolor, la comunicación necesaria para que el deportista se sienta apoyado por su entorno y tenga una mejor relación con su equipo médico, la adherencia al programa de recuperación establecido, la capacidad atencional, y la mejora de recursos de afrontamiento que parece que no acaban de mejorar con las intervenciones consideradas clásicas (Solé et al., 2014).

2. Diagnóstico

2.1. Metodología

2.1.1. Descripción del diseño, participantes y escenario.

El tipo de diseño es un estudio exploratorio-descriptivo. Las participantes fueron 20 bailarinas de danza clásica seleccionadas mediante un *muestreo no probabilístico* de una academia de danza particular seleccionada por conveniencia. Sus edades fluctuaron entre 12 a los 16 años edad ($M=13.15$; $DE=1.13$). Es importante mencionar que los criterios para su inclusión fueron que estuvieran inscritas como alumnas regulares y que la disciplina de danza fuera ballet.

2.1.2. Instrumentos, técnicas y/o estrategias utilizadas.

Se utilizó un cuestionario semiestructurado compuesto por seis preguntas abiertas que exploran: si han sufrido alguna lesión durante la práctica de la danza, si conocen a alguien que la haya sufrido, experiencias de ella o de alguna compañera en cuanto a tener alguna lesión en la danza, la experiencia en relación con las lesiones en la práctica de la danza clásica de manera comportamental y emocional, así como las medidas que utilizan para prevenirlas. Además, del gusto y las dificultades en la práctica de la danza.

Las preguntas fueron las siguientes:

1. ¿Te gusta el deporte que practicas (danza)? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles consideras que son las principales dificultades de practicar ballet?
3. ¿Te has lesionado practicando este deporte? ¿Con qué frecuencia?
4. ¿Conoces a alguna compañera cercana que haya sufrido una lesión en la danza?
¿Cómo fue tu experiencia o en dado caso, la experiencia de tu conocido con la lesión?
5. ¿Qué medidas o estrategias utilizas para prevenir las lesiones?
6. ¿Consideras que existe un impacto emocional en las bailarinas a partir de una lesión?

2.1.3. Procedimiento.

En primer lugar, se realizaron las gestiones necesarias para poder realizar el estudio con las autoridades de la academia seleccionada y obtener la autorización necesaria para la aplicación. Posteriormente se acordó una fecha para ir a realizar la aplicación. Las alumnas a las que se les aplicó el cuestionario fueron alumnas que se encontraban en las instalaciones ese día en el horario de sus clases, a las que se les explico el objetivo del estudio y la importancia de su participación, así como también del anonimato y confidencialidad de sus respuestas.

Asimismo, la directora de la academia se encargó de informar a los padres sobre la aplicación del instrumento, así como la información general acerca de la investigación y con ello el consentimiento informado respectivo, cabe aclarar que cada alumna podía decidir si participar o no en el estudio. Es importante señalar que se siguieron las normas del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) para ello.

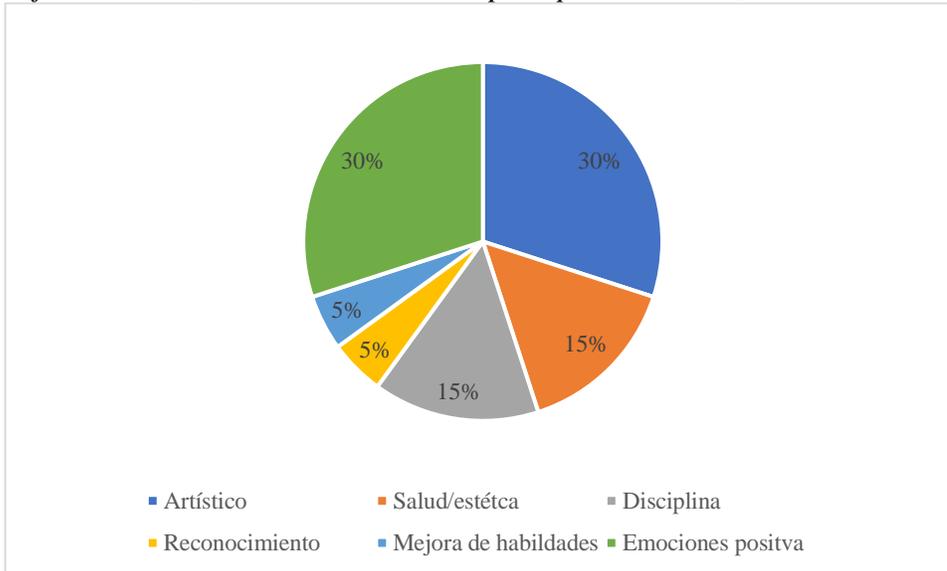
La aplicación de los cuestionarios tuvo una duración de 15 min y se realizó de manera colectiva con cada grupo (3), en su respectivo horario de clase. Se agradeció a las alumnas y a la academia en su participación dentro del estudio. Finalmente, se recopiló la información, y se transcribió para el posterior análisis de esta.

2.1.4. Informe de resultados de la evaluación diagnóstica.

Al tratarse de un estudio exploratorio con enfoque cuantitativo, se utilizó una técnica lógico-semántica en la que se realizó un análisis de contenido temático, en el cual se considera la presencia de términos o conceptos independientemente de las relaciones entre ellos. En este caso se realizó una lista de frecuencias de cada una de las respuestas de las bailarinas por cada pregunta del instrumento utilizado, presentados a continuación:

Figura 4.

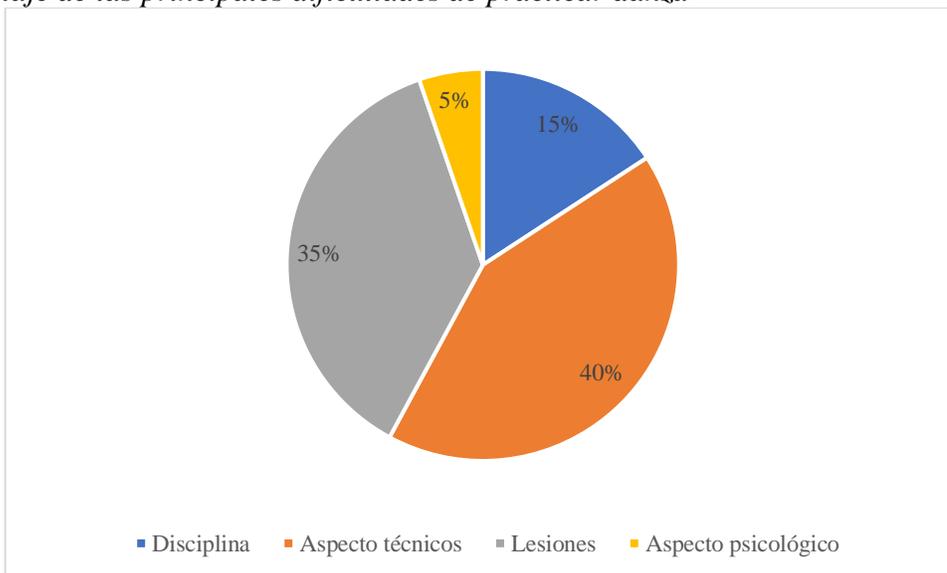
Porcentajes de las razones de las bailarinas para practicar danza



En relación con la pregunta 1: ¿Te gusta el deporte que practicas (danza)? y ¿Por qué?, el 100% de las bailarinas afirmaron de manera positiva a la pregunta, Asimismo, indicaron las principales razones por las cuales les gusta el deporte que practican fueron: *la artística* (30%; f=6), las *emociones positivas* (30%; f=6) y la *salud o estética* (15%; f=3) (ver figura 4).

Figura 5.

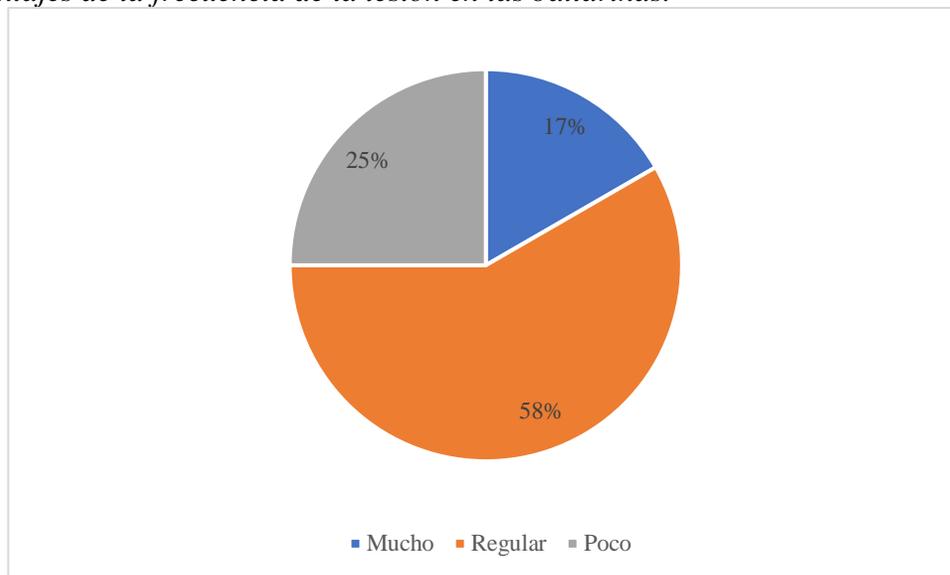
Porcentaje de las principales dificultades de practicar danza



En cuanto a la pregunta 2, acerca de ¿Cuáles consideras que son las principales dificultades de practicar danza? Las bailarinas respondieron que las dificultades principales para la práctica de la danza se encuentran con *aspectos técnicos* (40%; f=8), con *lesiones* (35%; f=7) y con la *disciplina* (15%; f=3) (ver Figura 5).

Figura 6.

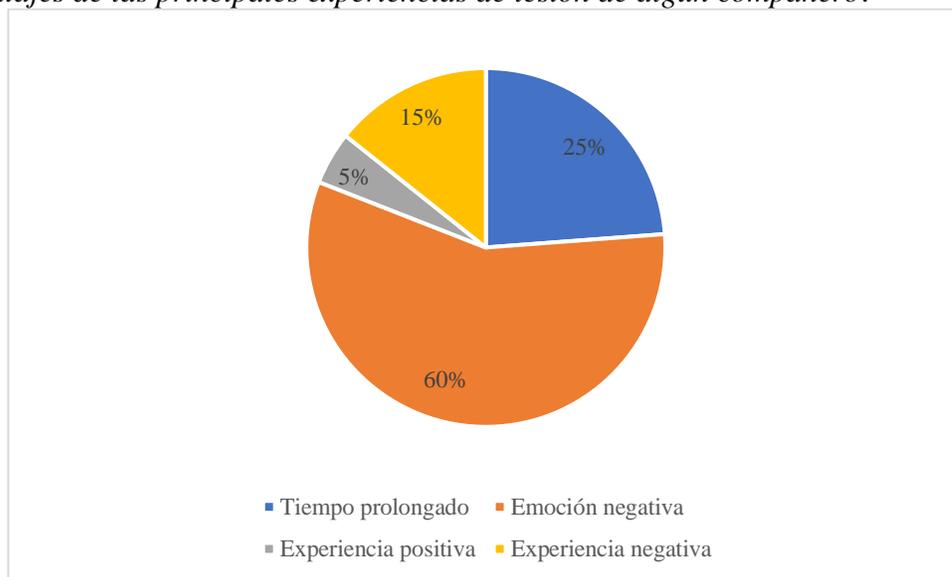
Porcentajes de la frecuencia de la lesión en las bailarinas.



En cuanto a la pregunta 3: ¿Te has lesionado practicando este deporte? y ¿Con qué frecuencia?, el 45% de la muestra indicó que no ha sufrido ninguna lesión, mientras que el 55% mencionó que sí; de las cuales respondieron afirmativo, la frecuencia con que se han lesionado ha sido: regular (58%; f=7), poco (25%; f=3) y mucho (17%; f=2) (ver Figura 6).

Figura 7.

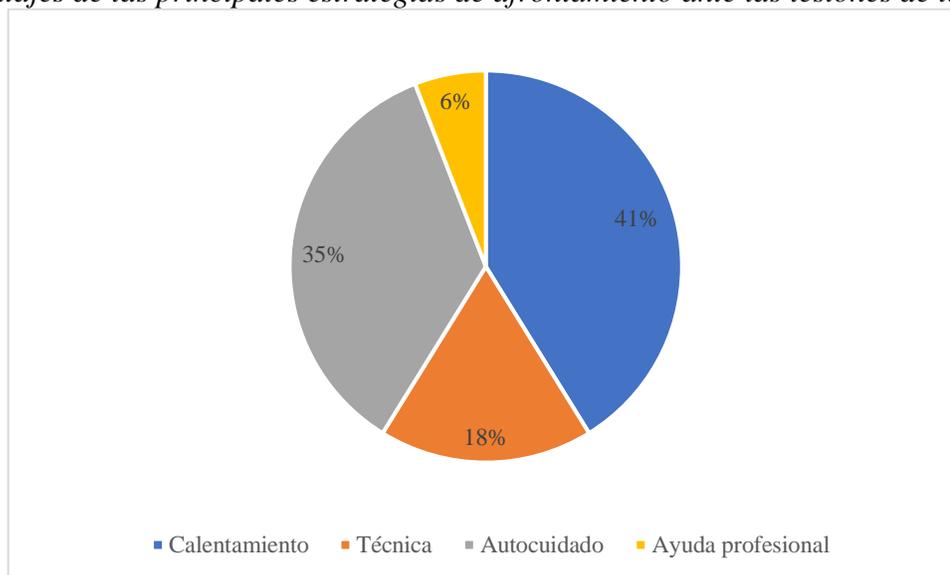
Porcentajes de las principales experiencias de lesión de algún compañero.



De igual manera en relación a la pregunta 4: ¿Conoces a alguna compañera cercana que haya sufrido una lesión en la danza? ¿Cómo fue tu experiencia o en dado caso, la experiencia de tu conocido con la lesión?, el 90% de las bailarinas mencionó que ha tenido algún compañero lesionado. De acuerdo con las principales respuestas sobre la experiencia que ha tenido con estas lesiones indicaron que fue: *emociones negativas* (60%; f=12), el *tiempo prolongado* (25%; f=5) y las *experiencias negativas* (15%; f=3) (ver *Figura 7*).

Figura 8.

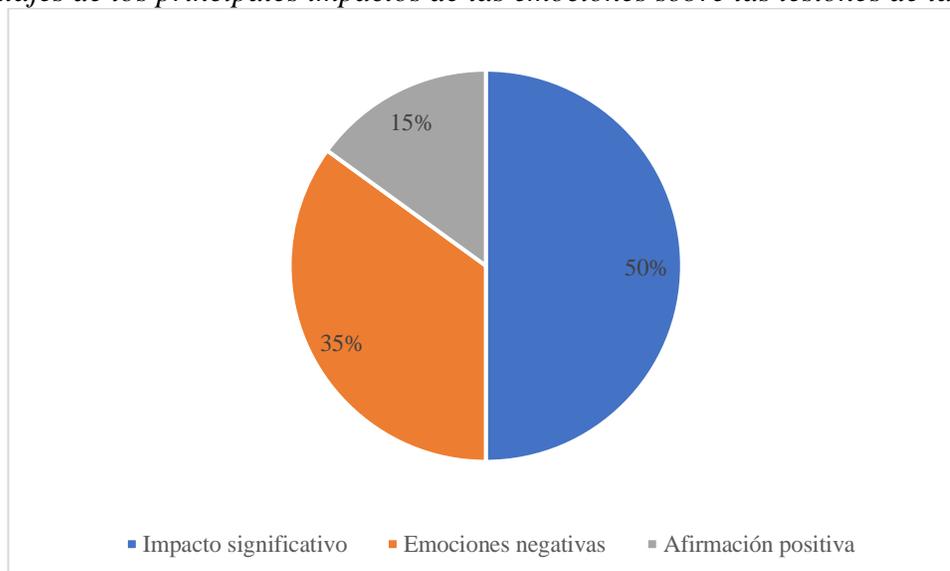
Porcentajes de las principales estrategias de afrontamiento ante las lesiones de las bailarinas



En la pregunta 5: ¿Qué medidas o estrategias utilizas para prevenir las lesiones?, las participantes indicaron entre las principales estrategias de afrontamiento que utilizan se encuentran: *el calentamiento* (41%; f=7), *el autocuidado* (35%, f=6) y *la buena técnica* (18%, f=8) (ver Figura 5).

Figura 9.

Porcentajes de los principales impactos de las emociones sobre las lesiones de las bailarinas.



Por último, en la pregunta 6 referida al impacto emocional ¿Consideras que existe un impacto emocional en las bailarinas a partir de una lesión?, los resultados mostraron que existe un *impacto significativo* con respecto a las emociones (50%; f=10), así como *emociones negativas* (35%; f=7) (ver *Gráfica 9*).

2.1.5. Discusión del diagnóstico

La frecuencia de las lesiones en la danza resultó indicar presencia, ya que más de la mitad ha presentado alguna lesión a lo largo de su vida artística, lo que confirma el subdirector médico de medicina del deporte del Instituto Nacional de Rehabilitación quien señaló en el 2016 que las lesiones deportivas son muy comunes entre los jóvenes, y se estima que entre el 10 y 15 por ciento de este sector las sufre.

En cuanto a la percepción sobre las dificultades que las bailarinas identifican en su disciplina, una de las respuestas de mayor cantidad también fueron las lesiones, lo que quiere decir que consideran que es una problemática importante de atender dentro de la danza, a lo que Wainwright, Williams y Turner (2005) confirman al decir que los bailarines aceptan las lesiones como una parte inevitable de su vocación por la danza.

Los bailarines sentían que era una debilidad o un fracaso el hecho de no ser capaces de alcanzar las metas que se les pedían, y por lo tanto sentían culpabilidad. Indicaron que expresar el dolor sentido al ejecutar un movimiento o frenarse a uno mismo durante un ensayo para protegerse de una lesión no está bien tolerado (Fortin y Trudelle, 2006). En este estudio, las bailarinas que mencionaron haber estado lesionadas fueron las mismas que reportaron seguirse lesionando con frecuencia, por lo que se puede decir que la incidencia a lesionarse es mayor cuando se ha sufrido una lesión previa.

En relación con la experiencia vivida con las lesiones, las bailarinas mencionaron tener emociones “negativas” relacionadas con angustia, frustración y tristeza ante esta situación, lo que puede reflejarse en la literatura, ya que se menciona que muchos bailarines experimentan pena y tristeza al estar lesionados y no poder bailar (Macchi y Crossman, 1996; Mainwaring, Krasnow y Kerr, 2001; Mainwaring et al., 2003; Robson, 2006; Wainwright, et al., 2005). Los bailarines lesionados también muestran sentimientos negativos al inicio de la lesión y que progresan hacia sentimientos más positivos a medida que avanza la recuperación, hecho que también se ha constatado en atletas lesionados (Mainwaring, et al., 2001).

De igual manera se puede corroborar con estudios que ponen de manifiesto las dificultades que los bailarines se encuentran cuando están lesionados. Por una parte, la necesidad imperiosa de poder bailar, y por otra, la falta de comprensión de ciertos profesionales sanitarios sobre las necesidades psicológicas y físicas de los bailarines, complican el proceso de recuperación (Sanahuja, 2008).

En cuanto al afrontamiento y sus estrategias para afrontar las lesiones los bailarines tienden a preocuparse emocionalmente cuando están lesionados. Además, emplean tanto estrategias de afrontamiento instrumental como de distracción, pero tienden a no utilizar en la misma medida estrategias paliativas (Sanahuja, 2008). En las respuestas que las bailarinas de este estudio comentaron, le dieron peso a prevenir las lesiones a través de un buen calentamiento y seguir las instrucciones del entrenador para ejecutar correctamente el ejercicio, lo que puede contrastarse con la teoría y mencionar que su afrontamiento fue paliativo. El afrontamiento paliativo describe una serie de actividades y respuestas de autoayuda empleadas para aliviar lo desagradable de la situación (Sanahuja, 2008). Y en el aspecto de seguir las instrucciones del maestro se relaciona con lo que menciona Howse (2002), en más del 90% de las lesiones, el uso de una técnica incorrecta de danza juega un papel importante en la aparición de estas, lo que ellas identifican y le dan peso

al querer prevenir futuras lesiones. Asimismo, mencionaron como estrategia ir al médico o profesional para atenderse, como una forma de prevención.

Por último, en sus respuestas las bailarinas consideran que las emociones tienen un impacto importante en las lesiones, su rehabilitación y la ejecución posterior a la recuperación de esta, que como se ha revisado en la teoría, las emociones juegan un papel importante en la vida de los deportistas y, directa o indirectamente y tienen influencia en aquello que quieren llevar a cabo (Hanin, 2000).

El análisis de los resultados de esta investigación permite considerar las emociones como foco central a trabajar en el aspecto de la psicología aplicada al deporte. Replantear el énfasis de futuras propuestas de intervención hacia la importancia de la regulación emocional en el proceso de rehabilitación a las lesiones puede permitir la mejora del equilibrio personal en su afrontamiento (acción, pensamientos, emociones y sensaciones corporales), con la finalidad de conseguir un estado más funcional y eficaz que le permita al deportista/bailarín conseguir sus objetivos y mejorar su rendimiento con un menor riesgo de lesión.

Las intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención y rehabilitación de lesiones deportivas pueden mejorar el equilibrio en la acción deportiva, la ansiedad pre-competitiva, la reactividad emocional post-lesión, el control del dolor, la comunicación, la adherencia al programa de recuperación establecido, la capacidad atencional, y la mejora de recursos de afrontamiento (Solé, Carrança, Serpa y Palmi, 2014). Se suelen utilizar técnicas de meditación y relajación para trabajar las lesiones en los deportistas (Gardner y Moore, 2004; Kauffman et al., 2009; Schwanhausser, 2009), sin embargo, cabe destacar que, a pesar de ser un problema bastante abordado en el área del deporte, las intervenciones predominan en la parte médica y física, dejando a un lado la parte psicológica y emocional.

Por tanto, se considera que las intervenciones psicológicas efectivas en lesiones deportivas deben realizarse desde una perspectiva especializada y multidisciplinar, tomando en cuenta los planteamientos e intervenciones de la medicina del deporte, en conjunto con los componentes psicológicos pertinentes, que deben ser evaluados e incorporados en todo el proceso, tanto en prevención como en rehabilitación, mejorando de esta manera los sistemas de evaluación, y los protocolos de intervención psicológica para cada situación específica (Palmi, 2014).

3. Propuesta de intervención

3.1 Origen y fundamento de la propuesta.

El análisis de los resultados del diagnóstico permite considerar las emociones como foco central a trabajar desde el enfoque de la psicología aplicada del deporte. La frecuencia de las lesiones en la danza resultó indicar presencia, ya que más de la mitad ha presentado alguna lesión a lo largo de su vida artística. Así como indica Udry y Andersen (2002), las lesiones deportivas son una de las consecuencias negativas más frecuentes que se derivan de la práctica deportiva.

Asimismo, la naturaleza de la formación y profesión en la danza clásica permite un elevado nivel de exigencia tanto a nivel físico como psicológico, por lo que muchos bailarines terminan sufriendo lesiones y problemas emocionales de diversa índole (Sorignet, 2006).

En cuanto a la percepción sobre las dificultades que las bailarinas identificaron en su disciplina, una de las respuestas de mayor cantidad también fueron las lesiones, lo que quiere decir que consideran que es una problemática importante de atender dentro de la danza, a lo que Wainwright, Williams y Turner (2005) confirman al decir que los bailarines aceptan las lesiones como una parte inevitable de su vocación por la danza.

De igual manera, las bailarinas que mencionaron haber estado lesionadas fueron las mismas que reportaron seguirse lesionando con frecuencia, lo que puede resaltar la importancia de trabajar sobre sus estrategias de afrontamiento para prever o evitar futuras lesiones. Esto puede observarse en la literatura, ya que, dada la cultura de "miedo y evitación" que prevalece en el mundo del baile, pocos bailarines buscan atención médica o fisioterapéutica por temor a tener que dejar de bailar o perderse una actuación, es muy probable que los bailarines no se recuperen completamente de su lesión inicial (Amor-Roca, 2018).

De igual manera se sabe que los bailarines optan por la incertidumbre sobre la lesión antes que ir al médico y a pesar de no tener suficiente información sobre ésta y su manejo, intentan cuidar la lesión por sí mismos (Mainwaring et al., 2003).

En relación con la experiencia vivida con las lesiones, las bailarinas mencionaron tener emociones “negativas” relacionadas con angustia, frustración y tristeza ante esta situación, lo que puede reflejarse en la literatura, ya que se menciona que muchos bailarines experimentan pena y tristeza al estar lesionados y no poder bailar (Macchi y Crossman, 1996; Mainwaring, Krasnow y Kerr, 2001; Mainwaring et al., 2003; Robson, 2006; Wainwright, et al., 2005). Los bailarines lesionados también muestran sentimientos negativos al inicio de la lesión y que progresan hacia sentimientos más positivos a medida que avanza la recuperación, hecho que también se ha constatado en atletas lesionados (Mainwaring, et al., 2001).

Los resultados de los estudios ponen de manifiesto las dificultades que los bailarines se encuentran cuando están lesionados. Por una parte, la necesidad imperiosa de poder bailar, y por otra, la falta de comprensión de ciertos profesionales sanitarios sobre las necesidades psicológicas y físicas de los bailarines, complican el proceso de recuperación (Sanahuja, 2008).

Estando de acuerdo con lo anterior, y con las perspectivas teóricas e intervenciones sobre la lesión deportiva, se propone el diseño de una propuesta de intervención, que incluye actividades encaminadas a enfatizar la importancia de la regulación emocional en el proceso de rehabilitación a las lesiones y la mejora del equilibrio personal en su afrontamiento (acción, pensamientos, emociones y sensaciones corporales) en los bailarines de danza clásica, con la finalidad de conseguir un estado más funcional y eficaz que le permita al deportista/bailarín conseguir sus objetivos y mejorar su rendimiento con un menor riesgo de lesión.

Un bailarín lesionado continúa bailando, a menudo con el apoyo de fisioterapeutas, psicólogos del deporte, y profesores (Turner y Wainwright, 2003). Así pues, la presencia de

sintomatología emocional, tanto en bailarines lesionados como en los que no sufren lesiones, conduce al tema de la prevención y la detección.

Lo que se busca con la intervención es que los bailarines sean capaces de evocar más emociones y afectos positivos para impactar de esta manera en sus estrategias de afrontamiento y tengan herramientas propias para poder prevenir futuras lesiones. Mayoral (2009) señala que las personas que presentan alta afectividad negativa son más propensas a experimentar angustia e insatisfacción en cualquier circunstancia; un alto afecto negativo predispone a las personas a tener percepciones negativas sobre sí mismas y el mundo que les rodea. Por otro lado, la afectividad positiva está relacionada con la presencia de gran cantidad de energía y entusiasmo, lo cual le permite al individuo tener una vida más activa, y lo predispone a tener percepciones positivas sobre su persona y sobre el medio en general.

Asimismo, los factores personales y situacionales desde los que se intervendrá en las sesiones y actividades mediatizan las apreciaciones cognitivas del lesionado y éstas, a su vez, influyen en la respuesta emocional y conductual obteniendo, finalmente, una respuesta psicológica del deportista lesionado (Ramírez, 2002). El impacto en sus conductas tendrá repercusiones en su afrontamiento, que, ante la lesión, influyen en su recuperación (Abenza, Olmedilla, Ortega y Esparza, 2011).

Es común que los bailarines que perciben el dolor como amenaza es más probable que empleen estrategias de afrontamiento pasivo ante él, como, por ejemplo, estrategias de evitación o de catástrofe (Anderson y Hanrahan, 2007), de igual manera, los autores sugieren que esto puede ser una estrategia proactiva para protegerse de una lesión y dañarse más, así como para prevenir que el dolor agudo se convierta en crónico. Por lo que la intervención procura que este afrontamiento no sea perjudicial en futuras ejecuciones de su disciplina y en el proceso de recuperación de su lesión, a través de las técnicas empleadas para regular sus emociones.

Ser conscientes de los pensamientos, emociones, dolor corporal o de las respuestas de estrés, tal como aparecen, permite al sujeto ejecutar diferentes respuestas de afrontamiento que faciliten el autocuidado. Anderson y Hanrahan (2007) señalan la importancia de poder incrementar los programas educativos para que los bailarines aprendan a diferenciar entre el dolor asociado a la práctica de la danza y aquel asociado a las lesiones, puesto que les ayudaría a distinguir cuando es apropiado empujarse un poco más allá y bailar con dolor, o cuando hacer esto sería un riesgo para dañarse y lesionarse.

Promover la regulación natural del organismo, inhibiendo los mecanismos automáticos que en ocasiones la impiden (evitación del malestar, respuestas de huida, etc) es un aspecto fundamental que subyace a la práctica de mindfulness. Por lo que abordar las lesiones en la intervención desde este modelo ayudará, ya que en la práctica repetida de la *atención plena* permite al bailarín desarrollar la habilidad de, tranquilamente apartarse de los pensamientos y sentimientos durante las situaciones de estrés en lugar de engancharse en preocupaciones ansiosas u otros patrones negativos de pensamiento, que de otra manera podrían elevarse en un ciclo de estrés reactivo (Bishop, 2002).

Delgado (2009), menciona la auto-regulación como prueba en diferentes estudios, de relación entre mindfulness y regulación emocional. Las habilidades de regulación emocional han mostrado sus efectos positivos para la mejora de diferentes dominios de funcionamiento personal (González y Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Extremera, 2006). Actualmente se considera que el trabajo de mindfulness o conciencia plena mejora la capacidad de regular las emociones, disminuye las disfunciones emocionales, mejora las pautas cognitivas y reduce la rumiación o exceso de pensamientos negativos (Baer, 2003).

Por otro lado, como se ha revisado los procesos cognitivos, así como las emociones y las conductas pueden estar presentes tanto en el origen de la lesión como durante el proceso de su

rehabilitación (Hackfort y Kleinert, 2007). Por lo que dentro de las sesiones se pretende abordar la teoría de los ABC, la cual reconoce la importancia de las emociones y de las conductas, pero enfatiza en particular el rol de las cogniciones en los problemas humanos y plantea desarrollar un pensamiento más racional, sentir de forma más apropiada y actuar más funcionalmente (Ellis y Grieger 1990).

En este sentido Wiese-Bjornstal (2002) describe los beneficios saludables que reporta el pensamiento positivo frente al negativo, tanto en la respuesta inmediata, como en el periodo de recuperación de la lesión, lo que puede justificar las técnicas empleadas en la intervención.

Habiendo dicho lo anterior, para abordar la fase de intervención se propone como modelo teórico-práctico el *Mindfulness*, ya que algunas variables que se consideran factores de riesgo para la lesión deportiva se han visto beneficiadas con intervenciones basadas en este modelo, enfocadas a mejorar el rendimiento del deportista (Gardner y Moore, 2004; Kauffman et al., 2009; Schwanhausser, 2009).

Asimismo, para maximizar los beneficios del entrenamiento mental de los bailarines, estos deben conocer las relaciones existentes entre sus pensamientos, sus emociones, sus comportamientos y sus reacciones corporales (Sharp, 2007). Por lo que Estanol (2004) menciona que el entrenamiento en habilidades mentales en bailarines puede incrementar la autoconfianza y disminuir los niveles de ansiedad que pueden provocar de alguna manera una situación de lesión.

Identificar los pensamientos y emociones, ayudará al deportista a regular mejor sus emociones y evocar afectos más positivos que impacten en sus recursos de afrontamiento y que a través de las técnicas de relajación, permita vivir y experimentar las sensaciones y de esta manera adaptarse de manera óptima a la práctica de su disciplina.

Finalidad

Lo que se espera con la intervención es que las bailarinas sean capaces de tener las herramientas y estrategias más adecuadas para el control emocional y afrontamiento a situaciones estresantes como es el caso de la lesión deportiva y que esto contribuya a la prevención de futuras lesiones, que como ya se sabe, la lesión deportiva tiene consecuencias negativas que superan claramente la salud física de los deportistas, afectando a su bienestar psicológico, comprometiendo el equilibrio y la salud mental.

Los síntomas psicológicos resultantes (miedo, ira, autoestima baja, tristeza, ...) pueden tener un impacto significativo en la vida del deportista, y contribuir a una mala adherencia al tratamiento, una reducción del rendimiento deportivo en la fase de readaptación, y provocar, incluso el abandono de la práctica (Solé et al., 2014).

Asimismo, hacer consciente al bailarín de la importancia de la regulación emocional en su vida deportiva y que esto ayuda a disminuir la rumiación de los pensamientos y emociones negativas resultantes de las situaciones estresantes. La auto-regulación tal y como refleja Delgado (2009), en diferentes estudios la relación entre mindfulness y regulación emocional permite ser más conscientes de los pensamientos, emociones, dolor corporal o de las respuestas de estrés, tal como aparecen, permite al sujeto ejecutar diferentes respuestas de afrontamiento que faciliten el autocuidado, el cual es un aspecto fundamental que subyace a la práctica de *mindfulness*.

De acuerdo con las pautas de la literatura consultada, un programa típico incluye 12 sesiones durante un período de 8 semanas aproximadamente (Macedo, Latimer, Maher, Hodges, McAuley, Nicholas y Stafford, 2012). Las sesiones con los bailarines se darán de manera grupal y serán 12 con duración de una hora cada una, esto con el fin de obtener mayor impacto en el proyecto.

Estará dirigido a las alumnas de ejecutantes de la disciplina de danza clásica hayan sufrido o no alguna lesión. Las sesiones se realizarán en espacios adecuados para la realización de las actividades del taller psico-educativo, así mismo se buscará que los bailarines tengan las condiciones necesarias para la ejecución de este.

Asimismo, dentro de las sesiones se tendrá en cuenta la asistencia de los bailarines y el cumplimiento de los objetivos de cada sesión a través de una lista de cotejo. Para finalizar, después de la última sesión se realizará la post-evaluación con los instrumentos descritos anteriormente para comparar y analizar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos al inicio y si existe una mejora en ellos. Se realizará análisis mediante el programa de SPSS, para comparar estos resultados y evaluar el impacto del programa de intervención en las alumnas lesionadas.

Instrumentos de evaluación

Los *instrumentos* aplicados pre y post intervención son los siguientes:

a) Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) de Watson, Clarck y Tellegen (1988) versión corta en español.

Consta de dos apartados de 20 reactivos de los cuales 10 miden el afecto positivo y 10 el negativo. En el primer apartado se evalúa la presencia de los afectos en las “últimas semanas” (estado), y en el segundo “generalmente (rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos y se contestan indicando un número en un rango del 1 al 5, donde 1 “muy poco o nada” y 5 “extremadamente”.

Afectividad positiva 0.85 (US) 0.90 (EG)

Afectividad negativa 0.81 (US) 0.85 (EG)

b) Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) Gross y John (2003).

Consta de 10 reactivos con un formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van del “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. La escala mide la habilidad de manejar y modificar las reacciones emocionales con la finalidad de alcanzar un objetivo mediante dos estrategias: 1) revalorando la situación para generar una emoción que cambie el impacto sobre la experiencia emocional (alfa=0.81) y 2) suprimiendo o inhibiendo la conducta expresiva emocional (alfa=0.74) (Dominguez, 2013).

c) Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003).

Consta de 42 ítems y evalúa 7 formas de afrontamiento (focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión). Estas se agrupan en dos factores: 1) dimensión relacionada fundamentalmente con el problema o la situación estresante y componentes racionales, y 2) factor que representa el componente emocional del afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003). Las dos dimensiones identificadas en el CAE son las planteadas por Lazarus y Folkman (1989).

Sus 7 dimensiones de afrontamiento han reflejado bajas correlaciones entre sí (Sandín y Chorot, 2003), lo que apoya la posibilidad de evaluar los estilos de afrontamiento de manera independiente. La fiabilidad medida por el alfa de Cronbach osciló entre 0,64 y 0,92 en los 7 factores.

La Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (versión adaptada de Sandin y Chorot, 2003) es una de las escalas más utilizadas para el estudio del afrontamiento, puesto que fue desarrollada por dos de los autores pioneros en el tema, Lazarus y Folkman. Con base en sus estudios, estos autores desarrollaron una escala tipo Likert, que consta de 67 ítems, donde el sujeto responde de acuerdo con cómo actuó ante la misma, eligiendo su respuesta de 0 a 3, donde cero significa “nunca” y 3 “siempre”. Para su evaluación, los ítems están clasificados en ocho subescalas. Al calificar la escala, se suman las puntuaciones obtenidas y con base en los totales se

determina el modo de afrontamiento que es utilizado con mayor frecuencia por el sujeto. Dichas subescalas son: Confrontación; Distanciamiento; Autocontrol; Búsqueda de apoyo social; Aceptación de la responsabilidad; Huida-avoidancia; Planificación; Reevaluación positiva. El instrumento posee un índice de confiabilidad interna (alfa de Cronbach) general de 0.86.

Métodos y técnicas para utilizar

Entre los métodos y técnicas que se van a utilizar se encuentran:

- 1. Autorregistros y formatos de reestructuración cognitiva:** es una técnica que consiste en primera instancia pretende observar emociones y pensamientos, para después modificar los pensamientos negativos y, en consecuencia, las conductas asociadas a estos.
- 2. Objetivos S.M.A.R.T:** es aquel con el que se definen las metas que debe seguir un equipo o persona para generar sinergia, esto con la finalidad de conseguir alcanzar los objetivos para los que se da forma una estrategia. Su nombre constituye una regla mnemotécnica que se asemeja al concepto de “Inteligente”.
- 3. Técnica de meditación (relajación y respiración en aquí y ahora):** respiración lenta, uniforme y profunda que puede ser acompañada por música, enfatizando la atención a las sensaciones del momento de manera guiada.
- 4. Visualización:** mediante esta técnica, se conectan una serie de imágenes imaginarias con emociones positivas, las cuales deben servir para poder, posteriormente, cambiar los pensamientos negativos y conseguir un estado de bienestar óptimo.
- 5. Detención del pensamiento:** consiste en interrumpir los pensamientos rumiativos a través de una palabra asociada. Se entrena a la persona para que acabe excluyendo cualquier pensamiento rumiativo (indeseable o improductivo) incluso antes de su formulación. Todo ello conduce a reducir la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas; así, las emociones negativas quedan “cortadas” antes de que puedan surgir.

3.2 Objetivos y metas

3.2.1. Objetivo General

Diseñar e implementar sesiones de actividades psicoeducativas para mejorar la capacidad de regular las emociones, los recursos de afrontamiento y reducción los pensamientos negativos en los bailarines de danza clásica.

3.2.2. Objetivos específicos:

1. Proporcionar herramientas psicológicas para identificarlas emociones y pensamientos irracionales de los bailarines hacia la lesión deportiva y su proceso de rehabilitación.
2. Proporcionar técnicas de regulación emocional e información de técnicas de reestructuración cognitiva para las creencias irracionales a cerca de las lesiones y su proceso.
3. Proporcionar herramientas para planificar el proceso de rehabilitación a través del planteamiento de objetivos SMART.
4. Proporcionar estrategias psicológicas que permitan reducir la probabilidad de lesionarse mediante la relajación y meditación *mindfulness*.
5. Proporcionar herramientas y espacios para el análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas durante el proceso de la lesión deportiva.
6. Proporcionar información de manera psicoeducativa sobre el proceso de la lesión deportiva.

3.2.3. Metas

1. Alcanzar diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la evaluación pre-post intervención de los bailarines.
2. Contar con el 85% de asistencia de las bailarinas a las sesiones de trabajo.
3. Que se cumpla el 85% de los objetivos planteados por cada sesión del taller.

4. Contar con el 85% en la participación de las bailarinas por medio de actividades escritas como evidencia de cada sesión.
5. Contar con el 95% de participación en la aplicación de instrumentos pre-post test.

3.3 Planeación de la intervención

3.3.1. Marco institucional

El presente trabajo se realizará en Mérida, Yucatán, dentro de las instalaciones Centro Estatal de Bellas Artes: Av. Itzaes No. 501 por 59 y 65. Centro. CP 97000.

3.3.2. Producto.

En los resultados obtenidos, se espera que, la intervención impacte de manera positiva en las emociones y estrategias de afrontamiento reportadas en los instrumentos de medición de las variables psicológicas. De igual misma manera, que existan diferencias estadísticamente significativas y cambios entre la aplicación pre y post de dichos instrumentos. Se busca que, las bailarinas puedan mejorar su capacidad para regular las emociones, los recursos de afrontamiento y reducir de los pensamientos negativos para la rehabilitación y prevención de futuras lesiones.

Por otra parte, entre los productos intelectuales que se esperan obtener, es la creación de un manual o protocolo de intervención práctico y re-aplicable en el área del deporte y cualquiera de sus disciplinas, para el uso de entrenadores y especialistas del área; ya que no se cuenta con una guía hasta el momento de intervenciones o programas dirigidos a trabajar las emociones en los procesos de rehabilitación de las lesiones deportivas. Y sería un aporte significativo en el contexto de las ciencias del deporte.

3.3.3. Beneficiarios

1. Los beneficiarios directos de la intervención son los bailarines de danza clásica detectadas con alguna lesión deportiva.

2. Los beneficiarios indirectos son los entrenadores o maestros de danza clásica, así como los directivos de la escuela, alumnado en general y padres de familia.

3.3.4. Determinación de los recursos necesarios

En la siguiente tabla (ver *Tabla1*) se describen los recursos humanos, materias, técnicos e intangibles del proyecto de intervención.

Tabla 1.

Recursos que requieren para el proyecto de intervención

Humanos	Materiales	Técnicos	Intangibles
Responsables del proyecto de investigación aplicada:	1. Aula	1. Diapositivas	1. Contenidos de la información proporcionada.
1. Lic. en Psic. Leticia Elizabeth Duarte	2. Computadora	2. Consentimiento informado	
Coello	3. Cañón	3. Formatos de autorregistros	
2. Dra. Mirta Margarita Flores Galaz	4. Papeles	4. Instrumentos de evaluación	2. Asistencia
Asistentes del proyecto:	5. Lápices		3. Participación
-Bailarines de danza clásica, alumnas de la academia de danza.	6. Plumones		
	7. Recortes		
	8. Tapete cómodo		

3.3.5. Estructura organizativa y de gestión

En el marco organizativo de la intervención, en el cual a primera instancia se encuentra el coordinador y responsable del programa, seguido la asesora de tesis y la directora responsable de la academia, y a las responsables maestras de cada grupo de danza clásica con los que se intervendrán. Quienes estarán en constante comunicación, ya que se les pedirá retroalimentación, así como apoyo durante el programa. En la parte más abajo se encuentran las participantes en donde

el canal de comunicación será vertical hacia el coordinador del proyecto. De igual manera se describe brevemente las funciones del personal del proyecto.

3.3.6. Funciones del personal del proyecto

Entre las funciones que se tendrán dentro del proyecto, estará la gestión del espacio y de recursos materiales y tecnológicos dirigido por el responsable del proyecto. La coordinación de estará a cargo la directora de la academia y la asesora del proyecto. Las aplicaciones tanto de la pre-evaluación, como de la post-evaluación está a cargo de igual el responsable y facilitador del proyecto.

3.3.7. Consideración ética y legal

Entre los aspectos éticos y legales, que se encuentran dentro del proyecto, se pueden mencionar:

1. *Consentimiento informado*: se requerirá que los padres, madres y bailarines sean informados sobre el proyecto y otorguen su libre consentimiento a sus hijas para participar.
2. *Privacidad y protección de datos*: se utilizará el anonimato dentro del proyecto al momento de responder los instrumentos del pre y post test, mismas que al ser contestadas estarán resguardadas y solamente se compartirá los datos de información con la asesora de tesis únicamente con motivos de la investigación.

3.3.8. Diseño de la evaluación

1. *Evaluación durante*, este tipo de evaluación se realizará durante el periodo de ejecución del taller de intervención; tiene como propósito analizar su eficiencia de tal modo que se pueda programar o reprogramar de acuerdo con los resultados de análisis. Este tipo de evaluación se realizará cuando se lleve un registro de la asistencia, la participación de los bailarines y si se cumplieron los objetivos de cada sesión.

2. *Evaluación post*, este tipo de evaluación se realizará después de que el programa de intervención haya concluido, con la finalidad de analizar si se tuvieron o no resultados esperados y servirá para evaluar el impacto de la intervención, así como su calidad.
3. *Evaluación sumativa*, trata de establecer balances fiables de los resultados obtenidos al final de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Este tipo de evaluación se realizará para evaluar el impacto de la intervención, por medio de los instrumentos y así obtener datos cuantificables.
4. *Evaluación formativa*, permite que los participantes tengan una retroalimentación sobre el trabajo o la actividad objeto de evaluación. Este tipo de evaluación se realizará cuando se evalúen los productos de las actividades que se realice durante las sesiones (Valdez, 2006).

Objetivos específicos

1. Evaluar la asistencia de los bailarines a las sesiones del taller.
2. Evaluar la participación de los bailarines en las sesiones y aplicaciones de instrumentos.
3. Evaluar el impacto de la intervención mediante el análisis de los datos recabados en los instrumentos aplicados antes y después de la intervención (variables a intervenir).
4. Comparar los datos obtenidos del diagnóstico, el pre y la post-evaluación.
5. Evaluar la calidad de la intervención mediante una lista de cotejo, donde se verifique el cumplimiento de los objetivos de cada sesión de trabajo.

3.3.9. Indicadores

Los indicadores para la evaluación del programa de intervención consistirán en diferentes puntos importantes, entre los cuales destacan:

1. Asistencia de las bailarinas lesionadas a todas las sesiones.
2. Participación oral y/o escrita de las bailarinas durante el taller.

3. Indicadores de los instrumentos de medición de las emociones y estrategias de afrontamiento.
4. Cumplimiento de objetivos de cada sesión.
5. Evaluación de la calidad de la calidad a través de la retroalimentación de las participantes hacia el facilitador.

3.3.10. Instrumentos de evaluación

Entre los instrumentos que se utilizarán en la evaluación del programa de intervención están:

1. *Lista de asistencia*, evaluará la asistencia de los participantes.
2. *Bitácoras*, indicará la participación de las bailarinas, mediante la relatoría de cada sesión.
3. *Lista de comprobación de objetivos*, evaluará mediante la lista junto con las bitácoras si se cumplieron los objetivos de cada sesión.
4. *Lista de comprobación de calidad de la intervención*, se evaluará cada una de las partes de la intervención mediante parámetros de control de calidad, entre los cuales destacan: si se cumple el cronograma, la utilidad de los recursos y las escalas de medición de las variables a intervenir.

3.3.11. Factores externos condicionantes para el logro de efectos e impacto del proyecto.

Entre los factores externos condicionantes se encuentran:

- a- que el alumno asista a las sesiones
- b- que el alumno participe en las sesiones
- a- que el alumno lleve ropa cómoda para la realización de las técnicas de relajación

- b- el espacio físico del aula
- c- la capacidad de los facilitadores para exponer los temas
- d- el ambiente adecuado para la realización de las actividades

3.4 Implementación de la intervención

3.4.1. Especificación de las actividades y tareas.

A continuación, se presenta una tabla con las actividades, objetivos de cada sesión

Tabla 2.*Actividades y objetivos de la intervención.*

Sesión	Objetivo	Actividad	Objetivo al que se responde (Int)
Preevaluación	Evaluar las variables psicológicas a medir, de los bailarines de danza clásica.	Aplicación de instrumentos y escalas de evaluación	
1. “Conociendo mi lesión y su proceso”.	Proporcionar información breve y clara sobre el proceso de rehabilitación de la lesión, los factores de riesgo y la influencia de las emociones en él.	Exposición psicoeducativa sobre el proceso psicoemocional de la lesión deportiva. Al finalizar, realizarán un mapa conceptual con la información brindada y se compartirán experiencias individuales sobre este proceso a manera de integración.	- Proporcionar información de manera psicoeducativa sobre el proceso de la lesión deportiva.
2. “Mente en el aquí y ahora”.	Enseñar la técnica de meditación del <i>Mindfulness</i> , para fomentar la conciencia corporal (sensaciones, aceptación y relajación de los músculos tensos).	Explicación de la técnica de meditación y los beneficios que ésta aporta al proceso de la lesión y también a otros escenarios de su vida deportiva. Posteriormente se realizará la técnica de meditación guiada, la cual se repetirá en las siguientes 8 sesiones	- Proporcionar estrategias psicológicas que permitan reducir la probabilidad de lesionarse mediante la relajación y meditación <i>mindfulness</i> .

		antes de abordar y dar inicio al tema de la sesión (15min).	
3. “Mis metas”.	Planificar el proceso de rehabilitación a través del planteamiento de objetivos SMART, de acuerdo con lo que se quiere lograr o alcanzar durante el proceso.	Realización de un análisis FODA de la situación y plantear objetivos SMART a partir de este.	- Proporcionar herramientas para planificar el proceso de rehabilitación a través del planteamiento de objetivos.
4. “Conociendo mi ABC de las emociones”.	Identificar pensamientos irracionales y su influencia en las emociones de los bailarines hacia la lesión deportiva y su proceso de rehabilitación.	Se explicará el tema de los pensamientos y la influencia en las emociones a través de una exposición y se darán ejemplos con sus experiencias.	- Proporcionar herramientas psicológicas para pensamientos irracionales de los bailarines hacia la lesión deportiva y su proceso de rehabilitación.
5. “Eliminando los pensamientos negativos”.	Enseñar la técnica de detección de pensamiento y reestructuración cognitiva a los bailarines de danza clásica.	Se proporcionará información sobre las técnicas de detección de pensamiento y reestructuración cognitiva para identificar creencias irracionales que se tengan sobre la lesión deportiva, para posteriormente detenerlos y sustituirlos por unos más	- Proporcionar técnicas e información de técnicas de reestructuración cognitiva para las creencias irracionales a cerca de las lesiones y su proceso.

		<p>adaptativos y generar emociones más positivas.</p> <p>Posteriormente se hará una reflexión sobre cómo utilizar esas técnicas para utilizarlo en la práctica durante situaciones reales en la experimentación de emociones negativas durante el entrenamiento o el proceso de rehabilitación de la lesión.</p>	
<p>6. “Mis fortalezas ante la adversidad”.</p>	<p>Identificar las estrategias de afrontamiento que emplean los bailarines ante situaciones adversas.</p>	<p>Explicar qué son las estrategias de afrontamiento, su utilidad y a través de un collage fomentar la identificación de las habilidades de afrontamiento que ya poseen los bailarines para posteriormente analizar cuáles les han sido útiles y cómo desarrollar nuevas estrategias.</p>	<p>- Proporcionar herramientas y espacios para el análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas durante el proceso de la lesión deportiva.</p>
<p>7. “Creando mi diario emocional”.</p>	<p>Fomentar la conciencia de las emociones y pensamientos experimentados durante el</p>	<p>Realizar un “diario” a través de autorregistros de las emociones y pensamientos experimentados durante</p>	<p>- Proporcionar herramientas psicológicas para identificar las emociones y pensamientos irracionales</p>

	proceso de lesión y sus entrenamientos mediante los autorregistros.	su proceso de lesión y durante el entrenamiento.	de los bailarines hacia la lesión deportiva y su proceso de rehabilitación.
8. “Aprendiendo a controlar mis emociones”.	Fortalecer el autoconocimiento de los bailarines e identificar las emociones que experimentan ante el proceso de lesión y cómo aplicar el ABC previamente aprendido en la regulación de estas.	Se explicará sobre el tema de emociones e inteligencia emocional a través de una exposición psicoeducativa. Trabajar el diálogo interno positivo con auto instrucciones y autoafirmaciones retomando los pensamientos negativos o irracionales identificados en sesiones pasadas y modificar las creencias subyacentes al pensamiento y reforzar la instauración de pensamientos positivos. Posteriormente se realizará una actividad de análisis personal para fortalecer el autoconocimiento de las emociones experimentadas durante su proceso y cómo las regularlas a través de lo aprendido.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar herramientas psicológicas para identificar las emociones y pensamientos irracionales de los bailarines hacia la lesión deportiva y su proceso de rehabilitación. - Proporcionar técnicas de regulación emocional e información de técnicas de reestructuración cognitiva para las creencias irracionales a cerca de las lesiones y su proceso.

9. “Visualización para el control emocional”.	Enseñar la técnica de visualización para el control de emociones.	Se les enseñara a los bailarines la técnica de visualización para que puedan utilizarla durante su entrenamiento en conjunto con las técnicas de control de emociones y pensamientos y de esta manera reducir la incidencia a futuras lesiones.	- Proporcionar técnicas de regulación emocional e información de técnicas de reestructuración cognitiva para las creencias irracionales a cerca de las lesiones y su proceso.
10. “Poniendo a prueba mi aprendizaje”	Trabajar la regulación emocional con las técnicas previamente aprendidas.	Utilizar las técnicas de meditación, control de pensamientos y regulación emocional para aplicar lo aprendido en las situaciones que provoquen emociones negativas.	- Proporcionar técnicas de regulación emocional e información de técnicas de reestructuración cognitiva para las creencias irracionales a cerca de las lesiones y su proceso.
11. “Analizando mi camino”.	Analizar las posibles recaídas del proceso en el aspecto emocional.	Analizar las posibles situaciones adversas que pudieran presentarse en el futuro y reflexionar sobre cómo desarrollar y entrenar las herramientas psicológicas que les ayuden a afrontar	- Proporcionar herramientas y espacios para el análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas durante el proceso de la lesión deportiva.

		estas situaciones de la manera más adaptativa.	
12. “Creando un camino seguro”	Proporcionar retroalimentación de lo aprendido en sesiones anteriores y sus futuras aplicaciones en su contexto dancístico.	Se proporcionará retroalimentación del progreso que han percibido en sí mismos durante su proceso, apoyados de sus autorregistros, y los alcances que sus aprendizajes tienen en el cumplimiento de los objetivos que plantearon al inicio del taller y cómo pueden prevenir la incidencia a futuras lesiones a través de sus habilidades adquiridas.	- Proporcionar estrategias psicológicas que permitan reducir la probabilidad de lesionarse.
Post evaluación	Evaluar el impacto de la intervención mediante la aplicación de los instrumentos utilizados en la preevaluación para obtener datos cuantificables y poder comparar y analizar ambos resultados.	Aplicación de instrumentos y escalas de evaluación.	

3.4.2. Calendario de actividades

A continuación, se presentan el calendario de actividades de la intervención:

Tabla 3

Cronograma de actividades

Sesión	Fecha	Duración
Pre-evaluación	Semana 1	45 min
1	Semana 2	1 hora
2	Semana 2	1 hora
3	Semana 3	1 hora
4	Semana 3	1 hora
5	Semana 4	1 hora
6	Semana 4	1 hora
7	Semana 5	1 hora
8	Semana 5	1 hora
9	Semana 6	1 hora
10	Semana 6	1 hora
11	Semana 7	1 hora
12	Semana 7	1 hora
Post evaluación	Semana 8	45 min

4. Análisis

Los datos se analizarán estadísticamente en el IBM SPSS Software mediante la correlación de las variables a estudiar, antes y después de la intervención para identificar las diferencias significativas que se logren obtener.

La propuesta de intervención plantea la solución a un problema que se origina multifactorialmente. Se compone de varios factores de causalidad que pueden presentarse por diversas razones según la situación o contexto en el que se desarrolle. Este trabajo propone abordar el problema desde dos esferas que según los modelos y perspectivas teóricas revisadas no han sido muy abordadas para intervenir de manera directa a la lesión deportiva. Estas esferas se relacionan directamente al aspecto emocional y actitudinal de las estrategias de afrontamiento empleadas para afrontar una situación adversa para muchos deportistas como es el caso de la lesión deportiva y todo el proceso que involucra.

Se considera que dentro de las sesiones propuestas dentro del taller psicoeducativo se abordan pertinentemente contenidos y temáticas relacionadas a las esferas desde las cuales se pretende intervenir y abordar el proceso de lesión. Las técnicas y estrategias para utilizar dentro de sus actividades comprenden ampliamente temáticas relacionadas entre sí para un mismo objetivo que es fortalecer al bailarín en sus habilidades y herramientas psicológicas para hacerle frente a situaciones que provoquen sensaciones desagradables en su vida deportiva, como es el caso de la lesión deportiva.

Específicamente el trabajo con bailarines o el contexto dancístico desde la psicología del deporte tampoco ha sido muy explorado, pero sin duda puede abordarse de manera similar a otros deportes que comparten las demandas y exigencias psicofisiológicas. Los bailarines, como cualquier otro deportista tienen necesidades que a veces los ponen en riesgo y las consecuencias de esos riesgos pueden tener un impacto significativo y negativo en su vida deportiva.

La importancia de trabajar el aspecto emocional en los bailarines les permite tener mayor estabilidad en el surgimiento de situaciones repentinas dentro de la ejecución de su disciplina. Identificar y analizar los pensamientos que tienen y la manera en cómo evocan sus emociones y terminan en una conducta o ejecución errónea de la técnica de su deporte los puede conducir a control mejor las situaciones a través de sus sensaciones también corporales.

La disciplina al combinarse con la parte artística permite que muchos de los bailarines estén familiarizados con ese tipo de sensaciones pero que muchas veces al no centrarse en el aquí y ahora pierden control de su ejecución. Es por eso por lo que el modelo planteado para abordar la intervención fue el mindfulness, técnica que les permite concentrar su atención en lo que está ocurriendo en el momento y tener un mejor control de sus emociones, pensamientos y conductas.

Se espera que, la intervención impacte de manera positiva en las emociones y estrategias de afrontamiento reportadas en los instrumentos de medición de las variables psicológicas. De igual misma manera, que existan diferencias estadísticamente significativas y cambios entre la aplicación pre y post de dichos instrumentos. Se busca que, las bailarinas puedan mejorar su capacidad para regular las emociones, los recursos de afrontamiento y reducir de los pensamientos negativos para la rehabilitación y prevención de futuras lesiones.

Por otra parte, entre los productos intelectuales que se esperan obtener, es la creación de un manual o protocolo de intervención práctico y re-aplicable en el área del deporte y cualquiera de sus disciplinas, para el uso de entrenadores y especialistas del área; ya que no se cuenta con una guía hasta el momento de intervenciones o programas dirigidos a trabajar las emociones en los procesos de rehabilitación de las lesiones deportivas. Y sería un aporte significativo en el contexto de las ciencias del deporte.

El taller implica un gasto mínimo en su aplicación respecto a los materiales que se necesitan por lo que resulta sencillo de aplicar y redituable. El cumplimiento de los objetivos generales y

específicos de todo el proyecto se cubren y son congruentes para permitir su cumplimiento de manera adecuada. Sin embargo, pueden existir limitaciones o factores externos que no lo permitan, tales como que el alumno no asista a las sesiones, o tenga barreras para participar o que las actividades no le parezcan lo suficientemente atractivas o no le encuentre utilidad.

Finalmente, también se considera que se le puede dar un seguimiento a la intervención a través de la creación de sus diarios deportivos que refuerza y fortalece las habilidades trabajadas en las sesiones del taller, dónde le permite ver sus avances y darles seguimiento a sus objetivos de manera más práctica.

5. Conclusiones

Dentro de las conclusiones que se pueden hacer a partir de la revisión de literatura, el diagnóstico realizado y la propuesta de intervención cabe mencionar que, a pesar de ser un proyecto ambicioso, satisface y cubre el cumplimiento de objetivos planteados a través de las hipótesis elaboradas a partir de las evidencias empíricas de otros estudios realizados sobre el tema. De igual manera permite explorar un nuevo campo dentro de la psicología deportiva, el cual es la danza y su contexto tan particular.

Permite también un punto de partida a siguientes propuestas de intervención tomando en cuenta las limitaciones de ésta y permitiendo perfeccionar cualquier protocolo para abordar casos de lesiones en otros bailarines y deportistas en general. Al ser un problema que puede multifactorial también permite abordarlo desde diferentes áreas multidisciplinarias que pueden contribuir, apoyar y enriquecer el proyecto y mejorar su impacto y alcance.

Se considera también que para futuros proyectos se tome en cuenta el papel de otros actores dentro del problema, como son los entrenadores, ya que influyen de manera importante en los deportistas y bailarines y que en las situaciones de lesión tienen un papel relevante.

La psicología del deporte cada vez más abarca más escenarios en los cuales intervenir desde las necesidades psicológicas que se presentan en la actualidad y en situaciones que se presentan día con día en el contexto deportivo. Sin duda las lesiones son el pan de cada día en entrenamientos, competencias y están presentes en la vida de muchos de ellos.

Es importante resaltar la necesidad de mantenerse actualizado sobre las necesidades que demanda el contexto deportivo y a todos los actores que se ven involucrados en él para procurar generar espacios en los que los deportistas también puedan sentirse capaces y con las herramientas necesarias para enfrentar las situaciones y demandas de su disciplina.

5.1. Limitaciones y recomendaciones

Esta propuesta de intervención tiene varios alcances y limitaciones que aportan a la investigación y práctica de la psicología del deporte en el contexto de las emociones, su regulación y el afrontamiento a la situación de lesiones en el contexto deportivo.

Una limitación del proyecto que no se pudo llevar a cabo el programa de intervención debido a la situación actual del COVID-19 y la situación de confinamiento, Por ello no se realizó un análisis de estadística inferencial, ni una post evaluación sobre el impacto que tendría el programa de intervención.

Otra limitación es procedente al diagnóstico ya que las preguntas de la encuesta no pasaron por un proceso de validez de contenido, sin embargo, como es un estudio exploratorio-descriptivo es un primer alcance para futuras investigaciones con respecto al tema. Asimismo, este estudio tuvo una muestra reducida y en un contexto muy específico en el que se interviene, no puede generalizarse que va a funcionar en otros contextos.

De igual manera, no perder de vista que existen disciplinas artísticas que muchas veces no son consideradas o abordadas como deporte, a pesar de cumplir y compartir sus necesidades con

otros. Este trabajo contribuye y aporta a considerar la danza como un deporte igual de valioso desde el cual intervenir como profesional en las ciencias del deporte.

Referencias

- Abenza, L. (2010). Psicología y Lesiones deportivas: un análisis de factores de prevención, rehabilitación e intervención psicológica.
- Abenza, L., Bravo, J., y Olmedilla, A. (2006). Psychological strategies for a crisis intervention: the study of a female handball player. *Revista de Psicología del Deporte*, 15, 109-25.
- Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., y Esparza, F. (2009). Estados de ánimo y adherencia a la rehabilitación de deportistas lesionados. *Apunts, Medicina de l'Esport*, 161, 29-37.
- Abenza Cano, L., Olmedilla Zafra, A., Ortega Toro, E., y Esparza Ros, F. (2011). Construcción de un registro de conductas de adherencia a la rehabilitación de lesiones deportivas. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 0455-476.
- Adam, M., Brassington, G., Steiner, H., y Matheson, G. (2004). Psychological factors associated with performance-limiting injuries in professional ballet dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 8(2), 43-46.
- Ali, M., Marivain, T., Hèas, A., y Boulvais, H. (2006). Analysis of coping strategies used by players of tennis men and women toward a severe athletic injury. *In Annales Medico Psychologiques* (Vol. 10, p. 1016).
- Amor Roca, M. (2018). Efectividad de un programa de prevención de lesiones en jóvenes bailarinas de danza clásica: una experiencia de fisioterapia comunitaria.
- Andersen, M., y Williams, J. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of sport and exercise psychology*, 10(3), 294-306.
- Anderson, R., y Hanrahan, S. (2008). Dancing in pain: pain appraisal and coping in dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 12(1), 9-16.
- Anie, K., Steptoe, A., y Bevan, D. (2002). Sick cell disease: Pain, coping and quality of life in a study of adults in the UK. *British journal of health psychology*, 7(3), 331-344.

- Arvinen-Barrow, M., Hemmings, B., Weigand, D., Becker, C., y Booth, L. (2007). Views of chartered physiotherapists on the psychological content of their practice: A follow-up survey in the UK. *Journal of sport rehabilitation*, 16(2), 111-121.
- Aslan, S., Aslan, R., y Alparslan, Z. (2000). Anxiety levels of the football players participating in the U-21 national team infrastructure selection. *Turkish Journal of Sports Medicine*, 35(2), 51-58.
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, 15.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Barr, H., Hewston, R., Redding, E., y Wyon, M. (2004). An investigation into coping strategies among injured student dancers. In *Proceedings of The 14th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, San Francisco* (pp. 275-279).
- Bahr, R., y Krosshaug, T. (2005). Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British journal of sports medicine*, 39(6), 324-329.
- Batson, G. (2007). Revisiting overuse injuries in dance in view of motor learning and somatic models of distributed practice. *Journal of Dance Medicine & Science*, 11(3), 70-75.
- Billings, A., y Moos, R. (1986). *Conceptualizing and measuring coping resource and processes*.
- Birrer, D., Röthlin, P., y Morgan, G. (2012). Mindfulness to enhance athletic performance: Theoretical considerations and possible impact mechanisms. *Mindfulness*, 3(3), 235-246.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71-83.

- Brewer, B. (2001). Emotional adjustment to sport injury. *Coping with sport injuries: Psychological strategies for rehabilitation*, 1-19.
- Brewer, B. (2003). Developmental differences in psychological aspects of sport-injury rehabilitation. *Journal of athletic training*, 38(2), 152.
- Bricker-Bone, J., y Fry, M. (2006). The influence of injured athletes' perceptions of social support from ATCs on their beliefs about rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 15(2), 156-167.
- Brinson, P., y Dick, F. (1996). *Fit to dance?: The report of the national inquiry into dancers' health and injury*. Calouste Gulbenkian Foundation.
- Bronner, S., Ojofeitimi, S., y Rose, D. (2003). Injuries in a modern dance company: Effects of comprehensive management injury incidence and time loss. *American Journal of Sports Medicine*, 31(3), 365-373.
- Buceta, J. (2008). Aproximación psicológica a la lesión deportiva. *Documento presentado en el I Simposium Nacional de Psicología del Deporte, Lesiones deportivas, prevención y rehabilitación*, Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.
- Byhring, S., y Bø, K. (2002). Musculoskeletal injuries in the Norwegian National Ballet: a prospective cohort study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 12(6), 365-370.
- Caine, C., y Garrick, J. (1996). Dance. *Epidemiology of Sports Injuries*. Champaign, IL: Human Kinetics, 124-160.
- Carson, F., y Polman, R. (2008). ACL injury rehabilitation: A psychological case study of a professional rugby union player. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 2(1), 71-90.
- Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.

- Chase, M., Magyar, T., y Drake, B. (2005). Fear of injury in gymnastics: Self-efficacy and psychological strategies to keep on tumbling. *Journal of sports sciences*, 23(5), 465-475.
- Christakou, A., y Zervas, Y. (2007). The effectiveness of imagery on pain, edema, and range of motion in athletes with a grade II ankle sprain. *Physical Therapy in Sport*, 8(3), 130-140.
- Cole, P., Martin, S., y Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.
- Colomé, D. (2007). *Pensar la danza*. Turner.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 101(3), 393.
- Compas, B., Malcarne, V., y Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(3), 405.
- Corbillon, F., Crossman, J., y Jamieson, J. (2008). Injured athletes' perceptions of the social support provided by their coaches and teammates during rehabilitation. *Journal of Sport Behavior*, 31(2), 93.
- Coutiño, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01), 1-18.
- Cox, R. (2008). *Psicología del deporte: conceptos y sus aplicaciones*. Ed. Médica Panamericana.
- Crookshanks, D. (1999). Safe dance report III: the occurrence of injury in the Australian professional dance population. *Cberra, Australia: Australia Dance Council*.
- Davis, J. (1991). Sports injuries and stress management: An opportunity for research. *The Sport Psychologist*, 5(2), 175-182.

- Delgado, L. (2009). Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness. *Universidad de Granada, Fac. Psicología*.
- Delgado, M., Rodríguez, J., Sánchez, M., y Gutiérrez, R. (2012). Conociendo mindfulness [Knowing mindfulness]. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46.
- Díaz, P., Buceta, J., y Bueno, A. (2009). Situaciones estresantes y vulnerabilidad a las lesiones deportivas: un estudio con deportistas de equipo. *Revista de Psicología del Deporte*, 13(1).
- Driediger, M., Hall, C., y Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of sports sciences*, 24(3), 261-272.
- Côté, J., Ericsson, K., y Law, M. (2005). Tracing the development of athletes using retrospective interview methods: A proposed interview and validation procedure for reported information. *Journal of applied sport psychology*, 17(1), 1-19.
- Ellis, A., Grieger, R., y Marañón, A. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva (Vol. 2)*. Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Endler, N., y Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological assessment*, 6(1), 50.
- Estanol, E. (2004). Effects of a psychological skills training program on dancers' self-confidence and anxiety. In *Proceedings of The 14th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science*. San Francisco: Eugene, OR, IADMS (pp. 74-79).
- Evans, R., Evans, R., y Carvajal, S. (1996). A survey of injuries among Broadway performers: types of injuries, treatments, and perceptions of performers. *Medical Problems of Performing Artists*, 11(1), 15-19.
- Evans, L., Hardy, L., Mitchell, I., y Rees, T. (2008). The development of a measure of psychological responses to injury. *Journal of sport rehabilitation*, 17(1), 21-37.

- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en psicología social*, 1(5), 260-265.
- Fariña Rivera, F., Isorna Folgar, M., Soidán García, J., y Vázquez Figueiredo, M. (2016). Estilos de afrontamiento y recuperación de las lesiones deportivas en kayakistas de élite. *Revista de psicología del Deporte*, 25(1), 0043-50.
- Fenker, R., y Lambiotte, J. (1987). A performance enhancement program for a college football team: One incredible season. *The Sport Psychologist*, 1(3), 224-236.
- Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(2), 157-169.
- Fortin, S., y Trudelle, S. (2006). Danseur au travail: j'aime... j'ai mal... beaucoup, passionnément. *Jeu: revue de théâtre*, (119), 25-32.
- Frydenberg, E. (1997). Adolescent coping: Theoretical and research perspectives. *Psychology Press*.
- Galambos, S., Terry, P., Moyle, G., y Locke, S. (2005). Psychological predictors of injury among elite athletes. *British journal of sports medicine*, 39(6), 351-354.
- García-Coll, V., Graupera-Sanz, J., Ruiz-Pérez, L., y Palomo-Nieto, M. (2013). Inteligencia emocional en el deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13(1), 25-36.
- García Mas, A., Pujals, C., Fuster Parra, P., Núñez, A., y Rubio, V. (2014). Determinación de las variables psicológicas y deportivas relevantes a las lesiones deportivas: Un análisis bayesiano. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 0423-429.

- Gardner, F., y Moore, Z. (2004). A mindfulness-acceptance-commitment-based approach to athletic performance enhancement: Theoretical considerations. *Behavior therapy*, 35(4), 707-723.
- Gaoua, N., Rejeb, R. B., & Chtara, M. (2005). 055 Sport injury prevention: what place for psychological intervention?. *British Journal of Sports Medicine*, 39(6).
- Garrick, J. y Requa, R. (1993). An analysis of epidemiology and financial outcome. *The American journal of sports medicine*, 21(4), 586-590.
- Geeves, T. (1990). Safe to dance report. *Canberra: Ausdance*.
- Gómez, A. (2008). Preparación física y readaptación: otra perspectiva. *I Simposium Nacional de Psicología del Deporte, Lesiones deportivas, prevención y rehabilitación*.
- González, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., y Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y estrés*, 12.
- Griffith, J., Hart, C., Goodling, M., Kessler, J., y Whitmire, A. (2006). Responses to the sports inventory for pain among BASE jumpers. *Journal of Sport Behavior*, 29(3).
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J., y John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Hackfort, D., y Kleinert, J. (2007). Research on sport injury development: Former and future approaches from an action theory perspective. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 5(4), 324-339.
- Hamilton, L. (1997). A psychological approach to the rehabilitation of injured performers. *Occupational Health and Industrial Medicine*, 1(37), 18.
- Hamilton, L. (1998). *Advice for dancers: Emotional counsel and practical strategies*. Jossey-Bass.

- Hamilton, H., y Molnar, M. (2005). Stress management for dancers. *A Solomon*, R, 41-43.
- Hamilton, L., Brooks-Gunn, J., Warren, M., y Hamilton, W. (1989). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 20, 560-565.
- Hamson-Utley, J., Martin, S., y Walters, J. (2008). Athletic trainers' and physical therapists' perceptions of the effectiveness of psychological skills within sport injury rehabilitation programs. *Journal of athletic training*, 43(3), 258-264.
- Hanin, Y. (2000). Individual zones of optimal functioning (IZOF) model. *Emotions in sport*, 65-89.
- Hare, R., Evans, L., y Callow, N. (2008). Imagery use during rehabilitation from injury: A case study of an elite athlete. *The Sport Psychologist*, 22(4), 405-422.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. En S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Heil, J. (1993). *Psychology of sport injury*. Human Kinetics Publishers.
- Hincapié, C., Morton, E., y Cassidy, J. (2008). Musculoskeletal injuries and pain in dancers: a systematic review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 89(9), 1819-1829.
- Hockey, J. (2005). Injured distance runners: A case of identity work as self-help. *Sociology of Sport Journal*, 22(1), 38-58.
- Howse, J. (2002). *Técnica de la danza y prevención de lesiones*. Editorial Paidotribo.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I., y Vukmirović, Ž. (1999). The structure of coping styles: A comparative study of Croatian sample. *European Journal of Personality*, 13(2), 149-161.
- Janelle, C. (1999). Ironic mental processes in sport: Implications for sport psychologists. *The Sport Psychologist*, 13(2), 201-220.

- Jeansonne, J., Hoenig, J., y Hollander, D. (2008). Applying sport science theories to increase rehabilitation adherence. *International Journal of Athletic Therapy and Training*, 13(3), 18-19.
- Johnson, U., Ekengren, J., y Andersen, M. (2005). Injury prevention in Sweden: Helping soccer players at risk. *Journal of sport and exercise psychology*, 27(1), 32-38.
- Junge, A. (2000). The influence of psychological factors on sports injuries. *The American journal of sports medicine*, 28(5_suppl), 10-15.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairos.
- Kaufman, K., Glass, C., y Arnkoff, D. (2009). Evaluation of Mindful Sport Performance Enhancement (MSPE): A new approach to promote flow in athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3(4), 334-356.
- Kenny, S., Whittaker, J., y Emery, C. (2016). Risk factors for musculoskeletal injury in preprofessional dancers: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 50(16), 997-1003.
- Kerr, J., Au, C., y Lindner, K. (2004). Motivation and level of risk in male and female recreational sport participation. *Personality and Individual Differences*, 37(6), 1245-1253.
- Kerr, G., y Goss, J. (1996). The effects of a stress management program on injuries and stress levels. *Journal of applied sport psychology*, 8(1), 109-117.
- Kishida, A. (2007). Establishment of a health care service organization in Japan based on dancers' health data. *Journal of dance medicine and science*, 11(1), 51.

- Kleinert, J. (2007). Mood states and perceived physical states as short-term predictors of sport injuries: Two prospective studies. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 5(4), 340-351.
- Kontos, A., Collins, M., y Russo, S. (2004). An introduction to sports concussion for the sport psychology consultant. *Journal of Applied Sport Psychology*, 16(3), 220-235.
- Kolt, G., Hume, P., Smith, P., y Williams, M. (2004). Effects of a stress-management program on injury and stress of competitive gymnasts. *Perceptual and motor skills*, 99(1), 195-207.
- Krasnow, D., Kerr, G., y Mainwaring, L. (1994). Psychology of dealing with the injured dancer. *Med Probl Perform Art*, 9(1), 7-9.
- Kübler-Ross, E. (2003). On death and dying. 1969. *New York: Scribner's*.
- Kvist, J., Ek, A., Sporrstedt, K., y Good, L. (2005). Fear of re-injury: a hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, 13(5), 393-397.
- Laws, H., y Apps, J. (2005). *Fit to Dance 2: Report of the second national inquiry into dancers' health and injury in the UK*. Dance UK.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (No. 155.9042 L431e). Ed. Martínez-Roca.
- Leible, T., y Snell Jr, W. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 37(2), 393-404.
- Levy, A., Polman, R., Clough, P., y McNaughton, L. (2006). Adherence to sport injury rehabilitation programmes: a conceptual review. *Research in Sports Medicine*, 14(2), 149-162.

- Levy, A., Polman, R., y Clough, P. (2008). Adherence to sport injury rehabilitation programs: an integrated psycho-social approach. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(6), 798-809.
- Lewis, R., Dickerson, J., y Davies, G. (1997). Lifestyle and injuries of professional ballet dancers: reflections in retirement. *Journal of the Royal Society of Health*, 117(1), 23-31.
- Liederbach, M. (2000). General considerations for guiding dance injury rehabilitation. *Journal of Dance Medicine & Science*, 4(2), 54-65.
- Liederbach, M., y Richardson, M. (2007). The importance of standardized injury reporting in dance. *Journal of Dance Medicine & Science*, 11(2), 45-48.
- Macchi, R., y Crossman, J. (1996). After the fall: reflections of injured classical ballet dancers. *Journal of Sport Behavior*, 19(3), 221.
- Maddison, R., y Prapavessis, H. (2005). A psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27(3), 289-310.
- Maddison, R., Prapavessis, H., y Clatworthy, M. (2006). Modeling and rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 89-98.
- Mainwaring, L., Krasnow, D., y Kerr, G. (2001). And the dance goes on psychological impact of injury. *Journal of Dance Medicine & Science*, 5(4), 105-115.
- Mainwaring, L., Krasnow, D., y Young, L. (2003). A teacher's guide to helping young dancers cope with psychological aspects of hip injuries. *Journal of dance Education*, 3(2), 57-64.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Marlatt, G. y Donovan D. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.

- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378.
- Masters, R. (1992). Knowledge, knerves and know-how: The role of explicit versus implicit knowledge in the breakdown of a complex motor skill under pressure. *British journal of psychology*, 83(3), 343-358.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1997) What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayoral, E. (2009). Experiencia espiritual cotidiana y su relación con el bienestar subjetivo y psicológico en españoles y mexicanos. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de Colima.
- Meyer, B., y Fletcher, T. (2007). Emotional intelligence: A theoretical overview and implications for research and professional practice in sport psychology. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19(1), 1-15.
- Milne, M., Hall, C., y Forwell, L. (2005). Self-efficacy, imagery use, and adherence to rehabilitation by injured athletes. *Journal of sport rehabilitation*, 14(2), 150-167.
- Motta-Valencia, K. (2006). Dance-related injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 17(3), 697-723.
- Myers, C., Peyton, D., y Jensen, B. (2004). Treatment Acceptability in NCAA Division I Football Athletes: Rehabilitation Intervention Strategies. *Journal of Sport Behavior*, 27(2).
- Newcomer, R., y Perna, F. (2003). Features of posttraumatic distress among adolescent athletes. *Journal of Athletic Training*, 38(2), 163.

- Newsom, J., Knight, P., y Balnave, R. (2003). Use of mental imagery to limit strength loss after immobilization. *Journal of Sport Rehabilitation*, 12(3), 249-258.
- Nicholls, A., y Polman, R. (2007). Coping in sport: A systematic review. *Journal of sports sciences*, 25(1), 11-31.
- Ninedek, A., y Kelt, G. S. (2000). Sport physiotherapists' perceptions of psychological strategies in sport injury rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9(3), 191-206.
- Niven, A. (2007). Rehabilitation adherence in sport injury: sport physiotherapists' perceptions. *Journal of Sport Rehabilitation*, 16(2), 93-110.
- Noh, Y., Morris, T., y Andersen, M. (2005). Psychosocial factors and ballet injuries. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 3(1), 79-90.
- Noh, Y., Morris, T., y Andersen, M. (2007). Psychological intervention programs for reduction of injury in ballet dancers. *Research in sports medicine*, 15(1), 13-32.
- Nordin, S., y McCalister, S. (2007). Dance vs. sport psychology: Knowledge sharing to avoid re-inventing the wheel. *Journal of dance medicine and science*, 11(1), 76.
- Olmedilla, A., Álvarez, A., Ortín, F., y Blas, A. (2009). *Ansiedad competitiva, percepción de éxito y lesiones: un estudio en futbolistas*.
- Olmedilla, A., Andreu, M., Ortín, F., y Blas, A. (2008). Epidemiología lesional en futbolistas jóvenes. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 3(9), 177-183.
- Olmedilla, A., y García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Acción Psicológica*, 6(2), 77-91.
- Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2007). Percepción de los futbolistas juveniles e influencia del trabajo psicológico en la relación entre variables psicológicas y lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 7(2), 75-87.

- Olmedilla, A., Ortega, E. y Abenza, L. (2013). Validación de la Escala de Catastrofismo ante el Dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 13, 83-94.
- Olmedilla, A., Ortín, F. y Ortega, E. (2004). Un análisis descriptivo de la percepción de los jugadores de fútbol respecto a los factores que pueden provocar lesiones. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 4(1-2), 201-213.
- Palmi, J. (2001). Visión psico-social en la intervención de la lesión deportiva. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 1.
- Palmi, J. (2002). Aspectos psicosociales en la prevención y recuperación de lesiones deportivas. In *Manual de prevención y rehabilitación de lesiones deportivas* (pp. 363-383). Síntesis.
- Palmi, J. (2014). Psicología y lesión deportiva: Una breve introducción. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 389-393.
- Paparizos, A., Tripp, D., Sullivan, M., y Rubenstein, M. (2005). Catastrophizing and pain perception in recreational ballet dancers. *Journal of Sport Behavior*, 28(1), 35.
- Parker, J., y Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of personality*, 6(5), 321-344.
- Pizzari, T., McBurney, H., Taylor, N., y Feller, J. (2002). Adherence to anterior cruciate ligament rehabilitation: a qualitative analysis. *Journal of sport rehabilitation*, 11(2), 90-102.
- Podlog, L., y Eklund, R. (2006). A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of applied sport psychology*, 18(1), 44-68.
- Podlog, L., y Eklund, R. (2007). The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: a review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 535-566.

- Pozo, C. (2003). *Perfil antropométrico, biomecánico y clínico del bailarín de danza española* (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral. Madrid: Facultad de Medicina Universidad).
- Quinn, A., y Fallon, B. (2000). Predictors of recovery time. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9(1), 62-76.
- Ramírez, A. (2001). *Lesiones deportivas: un análisis psicológico de su recuperación* (Doctoral dissertation, Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Ramírez, A. (2002). Efectos psicológicos de la lesión deportiva. *European Journal of Human Movement*, (9), 209-224.
- Reuter, J., Short, S. (2005). The relationships among three components of perceived risk of injury, previous injuries and gender in non-contact/limit contact sport athletes. *The online Journal of Sport Psychology*, 7, 1-20.
- Rip, B., Fortin, S., y Vallerand, R. (2006). The relationship between passion and injury in dance students. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10(1-2), 14-20.
- Robson, B. (2007). Am I going to be good enough for this profession? Emotional reactions to injury in ballet students. *Journal of dance medicine and science*, 11(1), 7.
- Rock, J., y Jones, M. (2002). A preliminary investigation into the use of counseling skills in support of rehabilitation from sport injury. *Journal of Sport Rehabilitation*, 11(4), 284-304.
- Rogers, T. y Landers, D. (2002). Effects of life-event stress and hardiness on peripheral narrowing prior to competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24(Suppl.), S105.
- Rogers, T. y Landers, D. (2005). Mediating effects of peripheral vision in the life event stress / athletic injury relationship. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 271-288.
- Rozen, W., y de L Horne, D. (2007). The association of psychological factors with injury incidence and outcome in the Australian Football League. *Individual Differences Research*, 5(1).

- Rusting, C., y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 790.
- Rutherford, A., Stephens, R., Fernie, G., y Potter, D. (2009). Do UK university football club players suffer neuropsychological impairment as a consequence of their football (soccer) play?. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 31(6), 664-681.
- Sanahuja, M. (2008). Bailarines lesionados: respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A., y Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, 17(5), 611-627.
- Scherzer, C., y Williams, J. (2008). Bringing sport psychology into the athletic training room. *International Journal of Athletic Therapy and Training*, 13(3), 15-17.
- Schwanhausser, L. (2009). Application of the mindfulness-acceptance-commitment (MAC) protocol with an adolescent springboard diver. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 3(4), 377-395.
- Seagal, Z., Williams, J., y Teasdale, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *New York, NY: The Guilford Press*.
- Shah, S., y Weiss, D. (2005). Survey of injuries among professional modern dancers: incidence, risk factors, and management. In *Proceedings of the 15th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science. Stockholm, Sweden: IADMS* (pp. 181-182).
- Sharp, L. (2007). Psychological considerations in enhancing dance performance. In *Proceedings of The 17th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science. Canberra, Australia: Eugene, OR, IADMS* (pp. 352-355).

- Short, S., Reuter, J. Brandt, J. Short, M., y Kontos, A. (2004). The Relationships among three components of perceived risk of injury, previous injuries and gender contact sport athletes. *Athletic Insight*, 6(3), 78-85.
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Smith, A., Stuart, M., Wiese-Bjornstal, D., Milliner, E., O'Fallon, W., y Crowson, C. (1993). Competitive athletes: preinjury and postinjury mood state and self-esteem. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 68, No. 10, pp. 939-947). Elsevier.
- Smith, T., Davies, L., De Medici, A., Hakim, A., Haddad, F., y Macgregor, A. (2016). Prevalence and profile of musculoskeletal injuries in ballet dancers: A systematic review and meta-analysis. *Physical therapy in sport*, 19, 50-56.
- Solé, S., Carrançá, B., Serpa, S., y Palmi, J. (2014). Aplicaciones del mindfulness (conciencia plena) en lesión deportiva. *Revista de psicología del deporte*, 23(2), 501-508.
- Sorignet, P. (2006). Danser au-delà de la douleur. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 46-61
- Stanton, A., Kirk, S., Cameron, C., y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150.
- Sullivan, M., Tripp, D., Rodgers, W., y Stanish, W. (2000). Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12(2), 151-167.
- Stanford Children's Health (s.f). *Estadísticas de las lesiones deportivas*. Stanfordchildrens. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=estadisticasdelaslesionesdeportivas-90-P0475>.
- Tai, S., y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873.

- Taylor, J. y Taylor, C. (2008). *Psicología de la danza*. Gaia.
- Thatcher, J., Kerr, J., Amies, K., y Day, M. (2007). A reversal theory analysis of psychological responses during sports injury rehabilitation. *Journal of sport rehabilitation*, 16(4), 343-362.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Turner, B., y Wainwright, S. (2003). Corps de ballet: The case of the injured ballet dancer. *Sociology of Health & Illness*, 25(4), 269-288.
- Twitchett, E. (2007). How psychological skills and techniques may be of benefit in dance training and performance. *Journal of dance medicine and science*, 11(1), 80.
- Udry, E. y Andersen, M. (2002). *Athletic injury and sport behavior*.
- Udry, E., Shelbourne, K., y Gray, T. (2003). Psychological readiness for anterior cruciate ligament surgery: describing and comparing the adolescent and adult experiences. *Journal of Athletic Training*, 38(2), 167.
- Valero, A., Milán, M., Jaén, J., y López-Liria, R. (2017). Prevención de las principales lesiones en la danza y mecanismos de producción. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 239-248.
- Vergeer, I. (2006). Exploring the mental representation of athletic injury: A longitudinal case study. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(1), 99-114.
- Vernacchia, R., y Henschen, K. (2008). The challenge of consulting with track and field athletes at the Olympic Games. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 6(3), 254-266.
- Wainwright, S., Williams, C., y Turner, B. (2005). Fractured identities: injury and the balletic body. *Health*., 9(1), 49-66.

- Washington-Lofgren, L., Westerman, B., Sullivan, P., y Nashman, H. (2004). The role of the athletic trainer in the post-injury psychological recovery of collegiate athletes. *International Sports Journal*, 8(2), 94.
- Weiss, M. (2003). Psychological aspects of sport-injury rehabilitation: A developmental perspective. *Journal of Athletic Training*, 38(2), 172.
- Wiese-Bjornstal, D. (2002). Pain, no gain. *Athletic Therapy Today*, 7(5), 56-57.
- Wiese-Bjornstal, D., y Smith, A. (1993). Counseling strategies for enhanced recovery of injured athletes within a team approach. In *Psychological bases of sport injuries* (pp. 149-182). Fitness Information Technologies.
- Wiese-Bjornstal, D., Smith, A., Shaffer, S., y Morrey, M. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of applied sport psychology*, 10(1), 46-69.
- Wulff, H. (2001). *Ballet across borders: Career and culture in the world of dancers*. Routledge.
- Young, J., Pain, M., y Pearce, A. (2007). Experiences of Australian professional female tennis players returning to competition from injury. *British journal of sports medicine*, 41(11), 806-811.