



**Universitat Ramon Llull**

## **TESIS DOCTORAL**

**Títol** Bailarines lesionados: respuestas emocionales y estrategias de afrontamiento

**Realizada por** Montse Sanahuja-Maymó

**en el Centro** Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport,  
Blanquerna

**y en el Departamento** de Psicología

**Dirigida por** Dr. Carles Pérez-Testor  
Dr. Carles Virgili Tejedor



**Als meus pares, a la meva família**

**A les persones que estimo**

**A les persones que m'han ensenyat a pensar i a aprendre**



«Vivir no es sólo existir sino existir y crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar»

Gregorio Marañón



«In fall of 1984, four months after Balanchine's death, the company embarked on a six-week European tour to London, Copenhagen, and Paris. It was an amazing experience: the company danced its heart out for our dead maestro and we were received like orphaned aristocrats. In London we all got the flu, but kept on dancing, of course. One week after arriving in Copenhagen I stepped into line with the rest of the walking wounded, outside our physical therapist's always crowded office. I told Marika Molnar, the therapist, that I couldn't lift my right leg, couldn't walk up the stairs, and definitely couldn't do the opening kick in *Serenade* that evening. I couldn't dance for the rest of the tour; I could barely walk.

Once back in New York I had a hip X-ray and was called into the office of Dr. William Hamilton, our company orthopedist. "Sit down" he advised-never a good beginning with a doctor. I had developed osteoarthritis in my right hip socket with attendant calcium deposits that left my socket looking craggy as Mount Rushmore when it should be as smooth as a Micheangelo marble. He suggested that my career was finished, and that I should stay sitting down. As I gazed the eerie black and white shadows of bone and missing cartilage in my X-rays, I felt like Hans Castorp in *The Magic Mountain*, looking into my own grave.

I spent several months in bed recovering from the initial *inflammation* and then another eight or so months learning to stand in first position all over again. I wasn't succumbing to a doctor's orders. I was omnipotent; I was a Balanchine dancer. A year later I made it back on stage. With my career in the balance, I had finally mastered the art of dancing with a fire under my feet. Assisted by anti-inflammatory drugs, I danced for over a year until compensatory injuries and increasing alarming X-rays finally forced the truth upon me. I knew that I did not want to martyr myself to my toe shoes. So I retired at age of twenty-eight.

I have come to think of my hip injury as my war wound in my battle for Beauty, the inevitable scar of so much hard work for twenty-five years. And Fate's way of turning my focus from the stage to the page.<sup>1</sup>»

Toni Bentley (2003, p. XIII-XIV)

---

<sup>1</sup> «En el otoño de 1984, cuatro meses después de la muerte de Balanchine, la compañía se embarcó en una gira que incluía Londres, Copenhague y París. Fue una experiencia increíble: la compañía bailó de todo corazón por nuestro fallecido maestro y se nos recibió como aristócratas recién iniciados en la orfandad. En Londres todos caímos con gripe pero continuamos bailando, desde luego. Una semana después de llegar a Copenhague me puse a la cola con el resto de los heridos andantes afuera de la siempre atestada oficina del terapeuta físico. Le dije a Marika Molnar, la terapeuta, que no podía levantar mi pierna derecha, no podía subir las escaleras y que desde luego no podía dar el puntapié inicial en *Serenade* aquella noche. No podía bailar el resto del tour; casi no podía caminar.

Una vez de vuelta en Nueva York me hice una radiografía de cadera y me llamaron a la oficina del Dr. William Hamilton, el ortopeda de nuestra compañía. "Siéntate" me aconsejó – nunca un buen comienzo con un médico-. Había desarrollado osteoartritis en la cadera, con unos depósitos de calcio que dejaron mi cavidad cotiloidea con una apariencia tan escarpada como la del Monte Rushmore cuando debía ser tan suave como un mármol de Miguel Ángel. El doctor sugirió que mi carrera había acabado, y que debía permanecer en aquella posición: sentada. Mientras contemplaba las sombras espeluznantes en blanco y negro del hueso y el cartilago evaporado en la radiografía, me sentí como Hans Castorp en *La Montaña Mágica*, mirando mi propia tumba.

Pasé varios meses en cama, recuperándome de la inflamación inicial y después otros ocho meses o así aprendiendo a mantenerme de nuevo en la primera posición. No sucumbiría a las órdenes del médico. Era omnipotente; era una bailarina Balanchine. Un año después volvía a los escenarios. Con mi carrera en juego, había llegado a dominar, finalmente, el arte de bailar con fuego bajo mis pies. Con la ayuda de fármacos antiinflamatorios bailé durante cerca de un año hasta que las lesiones compensatorias y las cada vez más alarmantes radiografías finalmente impusieron la verdad sobre mí. Supe que no quería martirizarme con mis zapatillas de bailarina. Así que me retiré a los veintiocho. He llegado a pensar en mi lesión de cadera como en una herida de guerra en la batalla por la Belleza, la cicatriz inevitable de tanto arduo trabajo durante veinticinco años. Y la forma en que el Destino cambió para mí el foco de los escenarios a la página»





## **Agradecimientos**

Poder llevar a cabo un trabajo de investigación como el presente sería impensable sin una conjunción de esfuerzos, deseos, voluntad y apoyo de un número inestimable de personas que me han acompañado durante este proceso. Mi más sincero agradecimiento a todas ellas.

A mi director, el Dr. Carles Pérez-Testor quiero agradecerle el hecho de confiar en mí y aceptar dirigir una tesis doctoral en un ámbito de conocimiento que se está consolidando poco a poco, relativamente nuevo para él y para el resto del mundo académico en nuestro país. Además, quiero reconocer su apoyo a lo largo de estos años, que se refleja especialmente en la orientación, el asesoramiento y el seguimiento que ha realizado del presente trabajo. Asimismo, deseo destacar su preocupación por obtener un estudio basado en el rigor metodológico y estadístico. Siempre me ha animado a seguir investigando en ámbitos que me interesasen y me ha facilitado la estancia en diversos centros fuera de nuestro país, apoyando y avalando los proyectos que planteábamos.

A mi co-director, el Dr. Carles Virgili Tejedor, quien también me acompaña en este proceso desde el inicio de mi formación como investigadora, tanto como profesor, evaluador en el tribunal de mi trabajo de investigación y finalmente como co-director del presente trabajo. Quiero agradecerle en especial sus aportaciones y su asesoramiento estadístico, sin olvidar que conjuga eficientemente el rigor científico con el trato personal, habiéndome apoyado siempre y ayudándome incluso cuando el tiempo apremiaba.

Del grupo de investigación SAFE, del que formo parte, quiero destacar a tres personas. En primer lugar a la Dra. Myriam Guerra Balic, con quien comparto intereses sobre el Síndrome de Down y la danza. Además, quiero agradecerle su apoyo y orientación, así como el tiempo que ha dedicado a la lectura, a la evaluación y al comentario detallado

del trabajo de investigación, apoyo que sin duda ha contribuido a mejorar la presente tesis.

También forma parte de este grupo la Dra. Susana Pérez-Testor, a la cual estoy enormemente agradecida por despertar en mí el interés de la investigación. Me brindó además su confianza y su conocimiento en la enseñanza de la danza para niños, en la cual participé durante un tiempo y recuerdo como una experiencia enriquecedora. Es imposible olvidar cómo me apoyó en mi decisión de investigar en un ámbito nuevo y desconocido en España.

A la Dra. Núria Massó Ortigosa, que también pertenece al grupo de investigación SAFE, le quiero agradecer su asesoramiento y sus aportaciones desde el inicio del proyecto hasta la completa finalización del presente trabajo. Merece la pena destacar el tiempo y la ayuda que me ha ofrecido en los aspectos traumatológicos de los bailarines, campo ciertamente lejano para mí, así como por haberme transmitido su ilusión y su confianza en mi tesis. Asimismo, agradecer el haberme puesto en contacto con profesionales como la Dra. Emilia Pérez y los del Instituto del Teatro que mostraron interés en mi proyecto y me ayudaron en el estudio piloto realizado en nuestro ámbito.

No quisiera olvidar a la Dra. Rosa Gassió Subirachs, quien me inició en el mundo de la investigación y de quien aprendí muchas y variadas herramientas que me han sido muy útiles en la elaboración de esta tesis.

Asimismo, los conocimientos y consejos transmitidos por los profesores de los cursos de doctorado han sido valiosísimos para embarcarme en el mundo de la investigación.

También deseo recordar a mis compañeros de doctorado, con quienes he compartido ilusiones y dificultades a lo largo de estos años. En especial quiero agradecer a Anna Iñesta su apoyo y motivación así como las sugerencias y las correcciones de la tesis.

También agradecer al Dr. Jaume Rosset Llobet de L'institut de Fisiología i Medicina de L'Art por acoger positivamente mi interés por los aspectos psicológicos de los bailarines.

A parte de la larga e importante relación con Elise Lummis, estoy inmensamente agradecida al ofrecimiento que me hizo para poder asistir como observadora a las clases de danza de alumnos avanzados y donde tuve la oportunidad de ver a maestros como Rodolfo Castellanos.

En Nueva York han sido muchas las personas que han posibilitado que esta investigación se llevase a cabo. Les estoy enormemente agradecida a todas ellas, ya que este trabajo difícilmente hubiera podido llegar a buen puerto sin su ayuda. Me gustaría expresar la energía que se vive en el mundo de la investigación en esta ciudad, algo nuevo para mí, así como la manera en que las personas se vuelcan en contribuir a que los proyectos salgan adelante. Quiero dedicar un especial agradecimiento a la Dra. Linda Hamilton y al Harkness Center for Dance Injuries.

La Dra. Linda Hamilton siempre ha atendido mis preguntas y cuestiones relacionadas tanto con la investigación como con mis proyectos de futuro, resultando una persona generosa con su tiempo y con su conocimiento. Le agradezco además todo su asesoramiento, tanto en los congresos como en Nueva York y la atenta lectura así como la retroalimentación que me ha proporcionado de los mismos.

Al Harkness Center for Dance Injuries le quiero agradecer el haberme acogido, el haberme dado un lugar entre ellos y el hacerme sentir cómoda y bienvenida. La Dra. Marijeanne Liederbach me recibió de una manera desinteresada, ofreciéndome pacientes tanto del Harkness Center for Dance Injuries como de sus dependencias y de su consulta privada (PT Plus). Pienso que es todo un ejemplo de persona con un elevado compromiso ético hacia el mundo de la investigación al facilitar que los proyectos puedan realizarse con los mínimos impedimentos posibles.

Megan Richardson, asistente de investigación en el Harkness Center for Dance Injuries, ha estado a mi lado apoyándome, asesorándome y ayudándome, día tras día, tanto para poder llevar a cabo el proyecto como en las vicisitudes que han surgido durante el proceso de realización.

Igualmente mostraron interés por mi proyecto el Dr. Donald J. Rose y el Dr. David. S. Weiss del Harkness Center for Dance Injuries, quienes me permitieron asistir como observadora a las visitas traumatológicas y me facilitaron la obtención de datos.

Otra de las personas que presenciaba la recogida de datos es Debra Spina, administrativa del Harkness Center for Dance Injuries con quien compartí largas horas mientras que los bailarines cumplimentaban los requisitos de la investigación y que me atendía amablemente, colaborando también en el reclutamiento de bailarines.

También me ayudaron con el reclutamiento de bailarines lesionados y merecen mi gratitud: Peter Breen, Faye E. Dilgen, el Dr. Marshall Hagins, Marc Hunter-Hall, Vanessa Muncrief, Emily Sandow, Marika Molnar, Jennifer Green, Linda Gordon, Jana Hicks, Jennifer Spenner, Frank Augustyn y Lance Westergard.

Asimismo, quiero reconocer la inmensa ayuda y el apoyo de Lynn y Paco Pacheco, tanto en el reclutamiento de bailarines como durante todo mi periplo neoyorquino.

Mi estancia en Nueva York ha sido mucho más enriquecedora gracias a amigos como Rina, Antonio, Eliza, Marianne y Eliane.

De los centros de investigación europeos en los que he realizado estancias, quiero agradecer a aquellas personas que me acogieron y me mostraron un modo de investigar diferente al que yo conocía. De la Universidad de Plymouth quiero destacar y recordar al Dr. John Clibbens. En cuanto a la Universidad de Siena, es preciso agradecer a Anastasia Sardo y a Raffaele Cioffi su involucración en el proyecto, así como a Angelo Carnemolla, a la profesora Adriana Celesti, y al profesor Antonio Reda.

La Asociación Internacional de Medicina y Ciencia de la Danza (IADMS) ha sido un gran punto de apoyo. Quiero agradecer a sus miembros su accesibilidad y la ayuda prestada a los estudiantes. Sus contribuciones y el intercambio de ideas son ciertamente estimulantes. A parte de los miembros de esta organización ya citados, quiero destacar la enorme labor que realiza el Student Research Support, dirigido por Tom Welsh, tanto en las dotaciones económicas como en la revisión comentada de los trabajos que presentan los estudiantes. Sus comentarios han sido de enorme ayuda en la elaboración de esta tesis. Asimismo, el Liasons Network Committe ofrece un apoyo indiscutible a las personas involucradas en este campo con sus continuas referencias sobre lo que unos y otros realizan en diferentes partes del mundo. El Students Committee, creado en el año 2005, también está dando sus frutos y acoge y cohesiona a los estudiantes y a los jóvenes investigadores, ayudándonos a abrírnos camino y a orientarnos hacia el mundo profesional. A mis compañeros presentes y pasados del Students Committee por el apoyo recibido estos años, tanto en los congresos como durante el resto del tiempo.

Agradezco también al Dr. Wyon y al Dr. Koutedanis su tiempo en la lectura de este trabajo.

El desarrollo de un trabajo de investigación se ve fuertemente nutrido por la formación teórica y la práctica asistencial. Por ello, quiero agradecer a la Fundación Vidal y Barraquer (Barcelona), a los profesores y al Dr. Victor Cabré Segarra por los conocimientos aportados que me han ayudado a asimilar mejor algunos aspectos e incluso a poder pensar desde otro punto de vista el planteamiento y el desarrollo de la tesis. Asimismo, agradecer al Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Andreu y al Dr. Daniel García Tarafa, que desde el inicio me han dado la oportunidad de formarme en la asistencia clínica y psicoterapéutica.

También quiero agradecer la contribución de la Sra. María Luisa Mateos Mosquera.

Agradecer el apoyo incondicional de mi familia. Mis padres: Joan Sanahuja Pons y Núria Maymó Pijuan, a mis hermanas: Marta y José Antonio, Cristina y Clara, a mi sobrina Inés, a mis tías María de los Ángeles Sanahuja Pons y Neus Maymó Pijuan y a toda mi familia que me han acompañado durante este tiempo.

Agradezco también el apoyo de mis amigos, entre ellos, Alejandro, Virginia, Laura L., Anna P., Ana V., Vanessa, Jordi F., Xandro, Eva, Laura F., Ramon R., etc.

Gracias a la ayuda incondicional incluso cuando el tiempo se estrechaba de Iris y Teresa, así como la de Víctor Díaz.

Quiero recordar también a mi primera maestra de danza, Berta Vallribera, y a todos los centros de danza con los que he tenido relación a lo largo de mi vida.

Destacar también la calidad humana de Martine Mattox, de Perpignan y de Joaquín Buñuel de Barcelona.

# Índice general

<b>Introducción .....</b>	<b>28</b>
<b>1. La consolidación de un ámbito de conocimiento: las ciencias de la danza .....</b>	<b>36</b>
1.1. Las Ciencias de la danza .....	37
1.1.1 Medicina de las artes escénicas y de la danza .....	37
1.1.2 Psicología de las artes escénicas y de la danza aspectos psicológicos característicos de los bailarines .....	40
1.1.2.1. Asesoramiento psicológico, terapia de apoyo y psicoterapia .....	42
1.1.2.2. Entrenamiento en habilidades mentales en el ámbito de la danza .....	43
1.1.2.3. Aspectos emocionales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la danza .....	45
1.1.3 Otros profesionales en el mundo de la danza que pueden beneficiarse .....	47
1.2. Los Bailarines .....	49
1.2.1. Características demográficas del mundo de la danza .....	49
1.2.2. La formación y la profesión de bailarín .....	52
1.2.2.1. La importancia de situar la danza en un lugar prioritario en la vida de los bailarines .....	54
1.2.2.2. La dinámica estudiante-profesor .....	59
1.2.2.3. El cuerpo como instrumento para la expresión artística .....	62
1.2.2.4. La profesión de bailarín .....	64
1.2.2.5. Pasión e identidad .....	67
1.2.3. Aspectos psicológicos a considerar durante la formación y el ejercicio de la profesión de bailarín .....	69
1.3. Síntesis del capítulo .....	72
<b>2. Las lesiones músculo-esqueléticas en danza .....</b>	<b>78</b>
2.1. Hacia una definición de lesión en danza .....	78
2.2. Incidencia según factores: localización, inicio y técnica de danza .....	82
2.2.1. Localización de las lesiones .....	83
2.2.2. Lesiones de inicio insidioso o traumático .....	84
2.2.3. Incidencia de las lesiones en función de la técnica de danza .....	85
2.3. Dolor y problemas músculo-esqueléticos en bailarines retirados .....	88

2.4. Factores de riesgo y factores de protección .....	89
2.4.1. Sexo y edad de inicio en la danza .....	90
2.4.2. Factores evolutivos .....	91
2.4.3. Factores fisiológicos y morfotipo .....	92
2.4.4. Entorno de trabajo de los bailarines .....	94
2.4.5. Preparación física y entrenamiento .....	95
2.4.6. Estilo de vida .....	97
2.4.7. Factores psicosociales .....	99
2.5. Síntesis del capítulo .....	104
<b>3. Conductas de los bailarines ante la lesión .....</b>	<b>108</b>
3.1. Conductas ante la lesión y contextualización en el mundo de la danza .....	108
3.1.1. Estudios sobre las conductas de los bailarines ante las lesiones .....	113
3.2. Afrontamiento a la lesión .....	120
3.2.1. Afrontamiento de las lesiones y problemas a la salud (Coping with Health Injuries and Problems) .....	121
3.2.2. Estrategias de afrontamiento ante las lesiones .....	122
3.3. Síntesis del capítulo .....	126
<b>4. Respuestas emocionales y recuperación ante la lesión .....</b>	<b>130</b>
4.1. Consideraciones preliminares sobre la depresión y el duelo .....	130
4.2. Identidad y pérdida .....	136
4.3. Modelos del <i>proceso de reacción</i> a las lesiones en bailarines .....	139
4.4. Estudios sobre las reacciones emocionales de los atletas y bailarines lesionados .....	142
4.4.1. Reacciones emocionales en atletas lesionados .....	142
4.4.2. Reacciones emocionales en bailarines lesionados .....	150
4.5. Respuesta del entorno hacia el bailarín lesionado: contexto y participantes .	155
4.6. Factores asociados a las lesiones .....	156
4.7. La recuperación psicológica de la lesión .....	157
4.7.1. Consideraciones en cuanto al factor emocional en la recuperación ...	158
4.7.2. Intervenciones durante el proceso de recuperación .....	163



4.8. Síntesis del capítulo .....	170
<b>5. Estudio empírico .....</b>	<b>176</b>
5.1. Objetivos .....	176
5.2. Hipótesis .....	177
5.3. Muestra .....	178
5.4. Variables e instrumentos .....	183
5.4.1. El perfil del estado de ánimo (POMS) (McNair et al., 1971, 1992) ..	184
5.4.2. El inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996) .....	186
5.4.3. La escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck y Steer, 1993) .....	188
5.4.4. El Coping with Health Injuries and Problems (CHIP) (Endler & Parker, 1992) .....	189
5.4.5. Antecedentes y factores asociados a la lesión (Sanahuja-Maymó, Pérez-Testor, & Virgili, 2005) .....	189
5.5. Diseño y procedimiento .....	191
5.6. Análisis de datos .....	191
<b>6. Resultados .....</b>	<b>196</b>
6.1. Características de los antecedentes, consecuentes y factores asociados a la lesión .....	196
6.1.1. Entrenamiento y profesión .....	196
6.1.2. Características e impacto de las lesiones .....	198
6.1.3. Conductas de los bailarines ante la lesión .....	201
6.1.4. Consecuencias de la lesión .....	206
6.2. Sintomatología BDI-II, BHS, POMS y CHIP .....	207
6.2.1. El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) .....	207
6.2.2. La Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale).....	210
6.2.3. El perfil del estado de ánimo (POMS) .....	212
6.2.4. Coping with Health Injuries and Problems (Afrontamiento de las lesiones y de otros problemas de salud) .....	215
6.2.5. Subgrupo de bailarines con riesgo de suicidio .....	217
6.3. Relación entre los factores asociados a la lesión y al bailarín y las medidas del estado emocional y las estrategias de afrontamiento .....	219
6.3.1. Características de los bailarines, su formación y su profesión .....	219
6.3.1.1. Edad de los bailarines .....	219

6.3.1.2.	Edad de inicio clases danza y el inicio de un entrenamiento serio .....	219
6.3.1.3.	Número de horas diarias de clases de danza, de ensayos semanales y de actuaciones anuales .....	220
6.3.1.4.	Número de estilos de danza a los que se dedicaban .....	220
6.3.1.5.	Años de experiencia profesional .....	221
6.3.2.	Características de las lesiones .....	221
6.3.2.1.	Días transcurridos desde el inicio de la lesión .....	221
6.3.3.	Características de las conductas de los bailarines cuando se lesionan .....	221
6.3.3.1.	Comunicar la posible lesión al profesor, al director, a los amigos, al fisioterapeuta y a otros .....	221
6.3.3.2.	Buscar tratamiento del médico, del fisioterapeuta o del quiropráctico .....	222
6.4.	Influencia y relación de los factores asociados en el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento .....	222
6.4.1.	Características sobre los bailarines, su formación y su profesión ...	223
6.4.1.1.	Sexo .....	223
6.4.1.2.	Nacionalidad .....	223
6.4.1.3.	Horas de clase diarias .....	224
6.4.1.4.	Horas de ensayo semanales .....	224
6.4.1.5.	Número de estilos de danza a los que se dedican .....	224
6.4.1.6.	Otro tipo de ejercicio físico .....	225
6.4.1.7.	Experiencia profesional .....	225
6.4.1.8.	Preocupaciones económicas y su interferencia en la obtención de tratamiento médico y/o psicológico .....	226
6.4.2.	Características de las lesiones .....	226
6.4.2.1.	Inicio de la lesión .....	226
6.4.2.2.	Primera consulta médica por la lesión .....	227
6.4.2.3.	Evolución .....	228
6.4.2.4.	Soporte físico adicional .....	228
6.4.2.5.	Asistían a rehabilitación .....	228
6.4.2.6.	Grado de afectación del entrenamiento .....	229
6.4.2.7.	Grado de afectación de las actuaciones .....	230
6.4.2.8.	Dejar de bailar durante un periodo de tiempo .....	230
6.4.3.	Características sobre las conductas de los bailarines cuando se lesionan .....	231
6.4.3.1.	Comunicar la posible lesión al profesor, al director, a los amigos y al fisioterapeuta .....	231
6.4.3.2.	Buscar tratamiento del médico, del fisioterapeuta, del quiropráctico o de otros .....	232
6.4.3.3.	Continuar bailando a pesar de estar lesionados .....	233
6.4.3.4.	Cuidar la lesión por sí mismo .....	234
6.4.4.	Características sobre las consecuencias de las lesiones .....	234

6.4.4.1	Sentirse presionados a seguir bailando lesionado. ....	234
6.4.4.2	Replantarse la vida y/o identidad. ....	235
6.4.4.3.	Miedo a comunicar la lesión al profesor o el director. ....	235
6.4.4.4	Cambiar de actitud hacia la danza. ....	235
6.5.	Servicios Psicológicos .....	236
<b>7.</b>	<b>Discusión</b> .....	<b>242</b>
7.1.	Sintomatología del BDI-II, BHS, POMS y CHIP .....	242
7.2.	Conductas de los bailarines ante las lesiones .....	248
7.3.	Consecuencias de las lesiones.....	253
7.4.	Factores asociados .....	254
7.4.1.	Características sociodemográficas .....	255
7.4.2.	Entrenamiento y profesión .....	257
7.4.3.	Características de las lesiones .....	262
7.5.	Servicios psicológicos .....	269
7.6.	Reflexiones globales .....	272
<b>8.</b>	<b>Limitaciones, consideraciones y prospectiva</b> .....	<b>280</b>
8.1.	Limitaciones .....	280
8.2.	Aplicabilidad de los resultados obtenidos .....	281
8.3.	Retos y futuras líneas de investigación .....	284
<b>9.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	<b>292</b>
<b>10.</b>	<b>Referencias</b> .....	<b>296</b>
 <b>Anexos</b>		



## Índice de tablas

<b>Tabla 1.1.</b>	Materias con más de 100 referencias, según R. Solomon & J. Solomon (2003) .....	40
<b>Tabla 1.2.</b>	Estimación de profesores y estudiantes en Estados Unidos (Bronner & Worthen, 1999) .....	50
<b>Tabla 2.1.</b>	Lesiones de danza más frecuentes (adaptado de Harkness 2008) .....	81
<b>Tabla 2.2.</b>	Principales estudios sobre la incidencia y localización de las lesiones en danza.....	84
<b>Tabla 3.1.</b>	Estudios de Brinson & Dick, y de Laws en el Reino Unido .....	114
<b>Tabla 3.2.</b>	Profesionales a quienes consultaron los bailarines por su lesión en el Reino Unido .....	115
<b>Tabla 3.3.</b>	Personas de mayor influencia en la decisión de retomar la actividad, según Laws .....	116
<b>Tabla 3.4.</b>	Estudios sobre las conductas de los bailarines ante las lesiones en Australia (Gevees, 1990 y Crookshanks, 1999) .....	117
<b>Tabla 3.5.</b>	Profesionales a quienes consultaron por su lesión en Australia .....	117
<b>Tabla 3.6.</b>	Puntuaciones del Coping with Health Injuries and Problems (CHIP) en atletas lesionados antes y después de la intervención quirúrgica ...	122
<b>Tabla 4.1.</b>	Síntomas fundamentales de la depresión, según Tizón (2004) .....	131
<b>Tabla 4.2.</b>	Diferencias entre el duelo y la depresión, según Tizón (2004) .....	132
<b>Tabla 4.3.</b>	Medias y DT del POMS en atletas, según A.M. Smith et al., 1990, 1993 .....	146
<b>Tabla 4.4.</b>	Emociones que indicaron los bailarines durante las fases de la lesión (Macchi & Crossman, 1996) .....	153
<b>Tabla 5.1.</b>	Características sociodemográficas de los bailarines provenientes del ámbito universitario y clínico.....	182

<b>Tabla 5.2.</b>	Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra.....	183
<b>Tabla 5.3.</b>	Variables dependientes medidas en el presente estudio.....	184
<b>Tabla 5.4.</b>	Cortes categóricos BDI-II.....	187
<b>Tabla. 5.5.</b>	Cortes categóricos BHS.....	188
<b>Tabla 6.1.</b>	Características del entrenamiento y formación de los bailarines provenientes del ámbito universitario y del clínico .....	198
<b>Tabla 6.2.</b>	Características y factores asociados a la lesión en los bailarines provenientes del ámbito universitario y clínico .....	199
<b>Tabla 6.3.</b>	Conductas de los bailarines ante la lesión y tiempo transcurrido hasta que comunicaron la lesión en los grupos de la universidad y clínica ..	205
<b>Tabla. 6.4.</b>	Conductas de los bailarines ante la lesión y tiempo transcurrido hasta que buscaron tratamiento profesional en los grupos de la universidad y clínica .....	206
<b>Tabla 6.5.</b>	Consecuencias de la lesión en la conducta de los bailarines .....	207
<b>Tabla 6.6.</b>	Descriptivos del BDI-II en PD y PT para los grupos de la universidad y clínica .....	208
<b>Tabla 6.7.</b>	Porcentaje y la frecuencia de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario y clínico en el BDI-II .....	208
<b>Tabla 6.8.</b>	Porcentajes y frecuencias de la presencia de los síntomas del BDI-II en los tres grupos de bailarines .....	209
<b>Tabla 6.9.</b>	Descriptivos del BHS en PD y PT para los grupos universitario y clínico .....	210
<b>Tabla. 6.10.</b>	Porcentaje y la frecuencia de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario y clínico en el BHS .....	211
<b>Tabla. 6.11.</b>	Presencia de desesperanza en los ítem del BHS en los grupos universitario, clínico y global .....	212
<b>Tabla. 6.12.</b>	Porcentaje de bailarines que puntúan por encima de la PT de 60 en cada una de las escalas para los tres grupos: universidad, clínica y global .....	213

<b>Tabla 6.13.</b>	Descriptivos del POMS en el grupo de la Universidad .....	213
<b>Tabla. 6.14.</b>	Descriptivos del POMS en el grupo de la clínica. ....	213
<b>Tabla 6.15.</b>	Descriptivos del POMS en el grupo en la muestra global. ....	214
<b>Tabla. 6.16.</b>	Porcentaje de bailarines que puntúan por debajo de la PT de 40 y por encima de la PT de 60 en cada una de las escalas del CHIP para los tres grupos: universidad, clínica y global .....	215
<b>Tabla. 6.17.</b>	Descriptivos del CHIP en el grupo de la universidad .....	216
<b>Tabla 6.18.</b>	Descriptivos del CHIP en el grupo de la clínica .....	216
<b>Tabla 6.19.</b>	Descriptivos del CHIP en la muestra global .....	216
<b>Tabla. 6.20</b>	Comparación de medias entre bailarines de EE.UU. y de otras nacionalidades .....	223
<b>Tabla. 6.21.</b>	Comparación de medias entre bailarines EE.UU. del ámbito clínico y del universitario .....	224
<b>Tabla 6.22.</b>	Comparación de medias entre bailarines que ensayaban hasta 10 horas semanales o más horas .....	224
<b>Tabla. 6.23.</b>	Comparación de medias entre bailarines universitarios que se dedicaban a dos estilos de danza o más .....	225
<b>Tabla 6.24.</b>	Comparación de medias entre bailarines del ámbito clínico que se dedicaban a dos estilos de danza o más .....	225
<b>Tabla 6.25.</b>	Comparación de medias entre bailarines que tenían preocupaciones económicas y los que no .....	226
<b>Tabla 6.26.</b>	Comparación de medias entre bailarines en quienes el factor económico interfería en la obtención de tratamiento y los que no .....	226
<b>Tabla 6.27.</b>	Comparación de medias entre bailarines que acuden a su primera visita médica por la lesión y los que habían acudido previamente .....	227
<b>Tabla 6.28.</b>	Comparación de medias de los bailarines del ámbito universitario y clínico dentro de los que precisaban un soporte físico adicional .....	228
<b>Tabla. 6.29.</b>	Comparación de medias en función de si los bailarines estaban en rehabilitación o no .....	229

<b>Tabla 6.30.</b>	Comparación de medias en función de la afectación del entrenamiento .....	229
<b>Tabla 6.31.</b>	Comparación de medias en función de la afectación de las actuaciones .....	230
<b>Tabla 6.32.</b>	Comparación de medias en función de si los bailarines estuvieron un tiempo sin bailar o no .....	231
<b>Tabla 6.33.</b>	Comparación de medias en función de si comunicaron o no la lesión al profesor, director, amigos y fisioterapeuta .....	232
<b>Tabla 6.34.</b>	Comparación de medias en función de si buscaron tratamiento o no para la lesión del médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otro profesional .....	233
<b>Tabla 6.35.</b>	Comparación de medias en función de si continuaron bailando o no .	233
<b>Tabla 6.36.</b>	Comparación de medias en función de si cuidaron o no la lesión por su cuenta .....	234
<b>Tabla 6.37.</b>	Comparación de medias en función de si se sentían presionados a seguir bailando o no .....	234
<b>Tabla 6.38.</b>	Comparación de medias en función de si se sentían miedo al comunicar la lesión al profesor o director .....	235
<b>Tabla 6.39.</b>	Comparación de medias en función de si se replanteaban su vida e identidad .....	235
<b>Tabla 6.40.</b>	Comparación de medias en función de cambios de actitud hacia la danza .....	236
<b>Tabla 6.41.</b>	Uso y percepción de los servicios psicológicos en el grupo universidad y clínica .....	237
<b>Tabla 6.42.</b>	Porcentajes y frecuencias de los aspectos a abordar desde un punto de vista psicológico en la vida de un bailarín .....	238



## Índice de figuras

<b>Figura 4.1.</b>	Proceso de reacción emocional a las lesiones en danza según Mainwaring et al. (2001) .....	141
<b>Figura. 6.1.</b>	Frecuencia de las partes corporales lesionados por grupos .....	200
<b>Figura 6.2.</b>	Frecuencias de las personas a quien comentan la lesión los bailarines .	202
<b>Figura 6.3.</b>	Frecuencias de los profesionales de quien buscaron tratamiento los bailarines .....	203
<b>Figura 6.4.</b>	Perfil del CHIP para los grupos de bailarines .....	214
<b>Figura 6.5.</b>	Perfil del CHIP para grupo de bailarines.....	217
<b>Figura. 6.6.</b>	Perfil del POMS para los grupos de bailarines con o sin riesgo de suicidio .....	218
<b>Figura 6.7.</b>	Perfil del CHIP para los grupos de bailarines con o sin riesgo de suicidio .....	218
<b>Figura 6.8.</b>	Perfil del CHIP en función de los bailarines que acuden a su primera visita médica y los que habían acudido anteriormente .....	227
<b>Figura 6.9.</b>	Perfil del CHIP en función de si comunicaron o no la lesión al fisioterapeuta.....	232



## Introducción

La presente tesis tiene sus orígenes en mi participación en el mundo de la danza desde una temprana edad. A medida que la intensidad de mi participación activa en la danza disminuía para dedicarme a los estudios de psicología y a otras actividades, empecé a interesarme por los beneficios de la danza en el desarrollo emocional, cognitivo y físico de los niños (Mejías, 2000; S. Pérez-Testor & C. Pérez-Testor, 2000; Quin, Redding, Quested & Weller, 2006), así como por su función terapéutica en diversas poblaciones, incluyendo a los que padecen trastornos mentales (Chodorow, 2004; Fux, 1981 y 1982; Guerra & Bofia, 2004; Martínez, 2000). Por otro lado, me interesé también por aquellos aspectos que resultaban más perjudiciales para la salud mental y física de los bailarines.

Durante mi formación como investigadora descubrí los trabajos de la Dra. Linda Hamilton: *The Person Behind the Mask* y *Advice for Dancers* en los que trata sobre los problemas psicobiosociales asociados a la formación y profesión de los artistas escénicos, especialmente de los bailarines<sup>2</sup>, ello me condujo directamente a interesarme por asociaciones como la *International Association for Dance Medicine & Science* (IADMS)<sup>3</sup> y la *Performing Arts Medical Association* (MAPA)<sup>4</sup>, con sus correspondientes congresos anuales y publicaciones<sup>5</sup>. Con la ayuda de estas referencias, el abanico de posibilidades para conjugar la psicología y la danza se iba ampliando, lo que me invitó a reflexionar sobre los aspectos pedagógicos, psicosociales y médicos implicados en la salud de los bailarines. La posibilidad de

---

<sup>2</sup> Queremos precisar que el mundo de la danza está mayoritariamente formando por mujeres. Por ello, nos surgió la duda sobre el término genérico más apropiado para designar al conjunto de bailarines y bailarinas. Tras consultar con la Real Academia Española, optamos por seguir sus indicaciones y en este trabajo nos referimos a los “bailarines”, forma que en español engloba tanto a bailarines como a bailarinas, a excepción de cuando todo el grupo es femenino y entonces empleamos “bailarinas”.

<sup>3</sup> Asociación Internacional de Medicina y Ciencia de la Danza

<sup>4</sup> Asociación Médica de Artes Escénicas

<sup>5</sup> Journal of Dance Medicine & Science y Medical Problems of Performing Artists

explorar los puentes entre estas disciplinas se consolidó poco a poco, a medida que podía contrastarlos con personas involucradas en la formación de bailarines como la Dra. Susana Pérez-Testor y Elise Lummis.

La concepción y concreción de este estudio se han visto fuertemente nutridas por el apoyo y la orientación que el Dr. Carles Pérez-Testor me proporcionaba en el *Seminario de Investigación*. Conocedor de mi interés por la danza, me animó a pensar e investigar sobre posibles salidas laborales. Fue así como llegué a contactar con profesionales y profesores que se dedican a la psicología y a la medicina de la danza en diferentes países. Las explicaciones de estos profesionales, junto con lo que yo leía y la oportunidad de poder contrastar el tema con el Dr. Carles Pérez-Testor, me dotó de los instrumentos suficientes para configurar un diseño que permitiera recoger los datos necesarios para contribuir al ámbito de la psicología de la danza. A parte de estos conocimientos teóricos, precisaba manejar eficientemente herramientas de análisis de datos. Desde el inicio de mi formación como investigadora, en los seminarios de doctorado y hasta el día de hoy, el Dr. Carles Virgili Tejedor me ha brindado su apoyo, asesoramiento y guía, especialmente en el aprendizaje de diferentes técnicas estadísticas.

A pesar de no existir un grupo de investigación específico en psicología de la danza en la Universidad Ramon Llull, el Grupo de Salud y Actividad Física y del Deporte (SAFE) dirigido por la Dra. Myriam Guerra Balic, ha incluido un subgrupo dedicado a temas relacionados con la danza. En éste, además de la Dra. Susana Pérez-Testor forma parte del grupo la Dra. Núria Massó Ortigosa, cuya tesis doctoral<sup>6</sup> versa sobre el pie en ballet y ha sido un puntal de referencia en diferentes momentos de la elaboración de la presente.

La Dra. Núria Massó Ortigosa contribuyó y asistió al nacimiento de la *International Association for Dance Medicine & Science* (IADMS), que tuvo lugar en 1990 en una Conferencia de Medicina de la Danza organizada por médicos españoles en Barcelona.

---

<sup>6</sup> Massó, N. (1991) Morfología i biomecànica del peu en el ballet. Barcelona: Tesi Doctoral, U.B.

Los miembros de esta asociación provienen tanto del campo de la salud como de las profesiones de la danza. La IADMS está comprometida en proporcionar formación continua<sup>7</sup> a miembros de los colectivos médicos y de la danza así como al público en general, sobre un entrenamiento eficiente, el condicionamiento físico correcto para prevenir las enfermedades y lesiones resultantes de la actividad, la nutrición adecuada para el bailarín y el tratamiento y la rehabilitación apropiadas para lesiones asociadas a la danza.

En el Congreso de la IADMS celebrado en Londres en el 2003, tuve la oportunidad de conocer a la Dra. Linda Hamilton, cuyo vínculo mantengo hasta el día de hoy. Ella me aconsejó contactar con la Dra. Marijeanne Liederbach del Harkness Center for Dance Injuries, donde llevé a cabo el estudio empírico, y me asesoró en diferentes momentos del proceso.

Además, en 2005, se creó el Comité de Estudiantes de la IADMS del cual formo parte desde su inicio, habiendo sido reelegida para formar parte del mismo durante el periodo 2007-2009<sup>8</sup>. Éste, tiene el objetivo de discutir y compartir temas importantes dentro de la medicina y ciencia de la danza entre estudiantes y personas recién graduadas en este campo. También pretende facilitar la comunicación entre el mundo de la danza y el científico, así como incrementar la visibilidad de la IADMS entre los estudiantes. Asimismo, en 2006 fui incluida en el Internacional Liaisons Network<sup>9</sup> que coordina Helen Laws. Es preciso destacar la ayuda de la IADMS a los jóvenes investigadores con iniciativas económicas. Los trabajos escritos que optan a dotaciones económicas y premios se benefician de la revisión comentada y escrita de los

---

<sup>7</sup> La formación se realiza mediante conferencias, publicaciones, fuentes audiovisuales, ect. Existe comunicación y cooperación entre los bailarines y las personas implicadas en los campos de medicina, ciencia y educación en referencia al bienestar físico y psicológico de los bailarines. IADMS quiere incrementar la visibilidad de los especialistas de la medicina y ciencia de la danza dentro de la comunidad de la danza y del público en general. IADMS siempre intenta crear una red de trabajo internacional. Consecuentemente, los miembros de la asociación y los participantes en las conferencias pertenecen a ambos campos, tratando de mantener un equilibrio entre los profesionales médicos y de la danza en los equipos directivos de la asociación.

<sup>8</sup> IADMS Students Committee

<sup>9</sup> Red de trabajo de relaciones internacionales

mismos<sup>10</sup>. En el 2006 se creó un concurso entre los póster presentados para optar a un premio<sup>11</sup>.

Esta tesis surge de la necesidad de que tanto los participantes del mundo de la danza (profesores, coreógrafos, directores, administradores y los propios bailarines) como los profesionales sanitarios tengan en cuenta las dinámicas biopsicosociales que acompañan a las lesiones. Por ello, hemos considerado esencial recoger información empírica sobre los bailarines lesionados. Por una parte, hemos empleado cuatro instrumentos de medida con buenas propiedades psicométricas para evaluar la sintomatología depresiva, la desesperanza, el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento, en bailarines lesionados. Por otra parte, también hemos tenido en cuenta otros factores asociados a la lesión y sus antecedentes en un cuestionario, que nos permitió recoger la situación específica de cada individuo.

En cuanto a su estructura, la presente tesis está compuesta por nueve capítulos. Los cuatro primeros dibujan el marco teórico cuyo objetivo es situar al lector en el mundo de la danza, familiarizándole con aquellas cuestiones que facilitarán la posterior valoración de los resultados obtenidos en el estudio empírico. Los cinco últimos capítulos abordan la investigación empírica, los resultados, la discusión, las limitaciones y la prospectiva del estudio y las conclusiones.

En concreto, el primer capítulo nos introduce en el ámbito de las ciencias de la danza, centrándonos particularmente tanto en la psicología de la danza, como en la de los bailarines. En este apartado pretendemos adentrar al lector en el mundo de la danza y en el proceso de formación y la profesión de los bailarines. Destacamos su pasión por la danza y la forma en que esta actividad se halla imbricada con la propia identidad. El segundo capítulo lo dedicamos al concepto de las lesiones músculo-esqueléticas en la danza, a su incidencia y a los factores de riesgo y de protección. En el tercer capítulo nos ocupamos de las conductas, es decir, de las respuestas comportamentales de los

---

<sup>10</sup> Recibimos dotación económica en 2005 y 2006.

<sup>11</sup> Recibimos un premio por el póster en 2006.

bailarines cuando están lesionados. Nos interesamos, concretamente, por el tipo de estrategias de afrontamiento que emplean y en si consultan a profesionales sobre sus lesiones o no. En el cuarto capítulo presentamos las posibles respuestas emocionales de los bailarines ante las lesiones, así como la recuperación de la lesión desde un punto de vista psicológico. En él se definen los conceptos de depresión y duelo, abordando la noción de pérdida y de la identidad en los bailarines lesionados, explicando los *procesos de reacción* ante las lesiones, y presentando algunos estudios en atletas lesionados que sirven de antecedente a las investigaciones realizadas con bailarines, así como de fundamento para nuestro estudio. Además nos interesa señalar que el tipo de respuestas psicológicas suscitadas por la lesión puede facilitar o dificultar el proceso de recuperación de lesión. También mencionamos el tipo de intervenciones de carácter psicológico que pueden ser apropiadas en bailarines lesionados.

En el quinto capítulo planteamos nuestra investigación haciendo referencia a los objetivos, la hipótesis, la muestra, los instrumentos de medida, el procedimiento y el análisis estadístico. Dado que el estudio se ha realizado en el *Harkness Center for Dance Injuries* de Nueva York, explicamos algunos conceptos que facilitan la ubicación y comprensión de las circunstancias en las que nos hallábamos. Es en el sexto capítulo, donde presentamos los resultados de nuestro estudio. Mostramos los resultados descriptivos de la muestra y de los instrumentos de medida, así como los resultados de los análisis correlacionales e inferenciales. En el séptimo capítulo relacionamos los resultados obtenidos con la hipótesis y los objetivos planteados y los discutimos en base a la literatura existente. En el octavo capítulo exponemos las limitaciones de nuestro estudio, sugerimos algunas consideraciones en relación con la aplicabilidad de los resultados en la práctica asistencial-clínica, y proponemos futuras líneas de investigación. Finalmente en el noveno, concretamos las conclusiones más relevantes de nuestra investigación.





## **La consolidación de un ámbito de conocimiento: las ciencias de la danza**

**1**

### 1.1. Las ciencias de la danza

- 1.1.1. Medicina de las artes escénicas y de la danza.
- 1.1.2. Psicología de las artes escénicas y de la danza aspectos psicológicos característicos en los bailarines
  - 1.1.2.1. Asesoramiento psicológico, terapia de apoyo y psicoterapia
  - 1.1.2.2. Entrenamiento en habilidades mentales en el ámbito de la danza
  - 1.1.2.3. Aspectos emocionales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la danza
- 1.1.3. Otros profesionales del mundo de la danza que pueden beneficiarse

### 1.2. Los Bailarines

- 1.2.1. Características demográficas del mundo de la danza
- 1.2.2. La formación y la profesión de bailarín
  - 1.2.2.1. La importancia de situar la danza en un lugar prioritario en la vida de los bailarines
  - 1.2.2.2. La dinámica estudiante-profesor.
  - 1.2.2.3. El cuerpo como instrumento para la expresión artística
  - 1.2.2.4. La profesión de bailarín
  - 1.2.2.5. Pasión e identidad
- 1.2.3. Aspectos psicológicos a considerar durante la formación y el ejercicio de la profesión de bailarín

### 1.3. Síntesis del capítulo



## **La consolidación de un ámbito de conocimiento: las ciencias de la danza**

Como la mayoría de los ámbitos artísticos, el mundo de la danza existe en el imaginario colectivo como un espacio eminentemente idílico en el que la vocación se considera un arma capaz de garantizar no solamente la supervivencia sino también el éxito. Es evidente, sin embargo, que el desarrollo de la danza como actividad profesional entraña una mayor complejidad que la que se desprende del retrato anterior.

El objetivo de este trabajo es, ahondar precisamente en una de las dimensiones más desconocidas y a la vez más determinantes en la vida de un bailarín: la experiencia y afrontamiento de una lesión. Para ello, siguiendo los pasos de investigadores como L.H. Hamilton (1997a) y Mainwaring, Krasnow & Kerr (2001), manejaremos literatura de distintas áreas de conocimiento entre las que se encuentran la medicina, la psicología y la danza. En el primera parte del presente capítulo presentaremos una revisión de aquellos conceptos que, surgidos recientemente en el seno de la comunidad académica, contribuyen a establecer nexos de unión entre la danza y otras disciplinas teniendo como objetivo avanzar hacia la configuración de un espacio de co-construcción disciplinar mutua. La segunda parte, la dedicaremos al colectivo de los bailarines. Señalaremos los rasgos demográficos del mundo de la danza y nos aproximaremos a las características de la vida de los bailarines cuando no están en escena. Pretendemos enfatizar que detrás del producto final -el espectáculo de danza que los espectadores constatan- encontramos a personas que conviven con el sufrimiento para acceder al placer de una buena actuación.

## 1.1. Las ciencias de la danza

### 1.1.1. Medicina de las artes escénicas y de la danza

La historia de la medicina de las artes escénicas y de la danza se remonta hasta el año 1700 cuando Bernardino Ramazzini publicó un tratado titulado *Diseases of the Workers*<sup>12</sup>. Éste y otros autores asentaron los cimientos de lo que más adelante se conocería como la medicina industrial. El siglo XIX fue testigo de las primeras descripciones y documentaciones de lesiones y enfermedades características de los atletas. En 1928 tiene lugar el primer Congreso Internacional de Medicina del Deporte en Ámsterdam. A partir de entonces, diferentes autores han centrado su atención en las lesiones de los bailarines. Por ejemplo, en 1977 W.G. Hamilton publica un estudio sobre la tendinitis en los bailarines profesionales de ballet. Poco después, en 1979, se presenta en Los Ángeles y Nueva York el primer Simposium Internacional sobre aspectos médicos y traumatológicos de la danza. En este contexto aparece por primera vez el término *medicina de la danza*. Estos Simposiums sirvieron de estímulo para la organización de otros similares en diferentes partes del mundo, así como para la creación de clínicas y servicios especiales dirigidos a los bailarines. Como comentábamos en la introducción es en la conferencia de 1990 en Barcelona, donde se crea la Asociación Internacional de Medicina y Ciencia de la Danza (Ryan, 1998).

La medicina de las artes escénicas surge como una subespecialidad comparada con respecto a la medicina del deporte, y pretende dar respuesta a las necesidades especiales de los artistas. El interés en Norte América por esta subespecialidad se pone de manifiesto en 1985 con la apertura de veinte centros de medicina para las artes escénicas en ciudades importantes como Nueva York, Chicago, Filadelfia, San Francisco y Toronto. El objetivo de estos centros es atender las necesidades primarias de los artistas (similares a los de la población en general) y tratar los problemas específicos característicos de cada forma de arte. Finalmente, en 1992, tuvo lugar el

---

<sup>12</sup> Enfermedades de los Trabajadores

primer congreso mundial de la medicina de las artes escénicas, consolidando este ámbito de investigación.

A continuación explicaremos con cierto grado de detalle los conceptos de *medicina de las artes escénicas*, *medicina de la danza* y *ciencia de la danza*. Nuestro objetivo es resaltar que la finalidad de estas tres disciplinas es común puesto que persiguen el bienestar de los bailarines ya sea desde la prevención, el tratamiento, el seguimiento o la investigación.

*La medicina de la danza* forma parte de *la medicina de las artes escénicas*, especializada en la prevención, evaluación y tratamiento de artistas como los músicos, bailarines, actores o vocalistas. Hallamos diferentes especialidades médicas implicadas en la medicina de las artes escénicas, entre otros, neurólogos, traumatólogos, reumatólogos, otorrinolaringólogos, psiquiatras y médicos de medicina interna, de familia y de medicina ocupacional. También hay otros profesionales como fisioterapeutas, psicólogos, nutriólogos, quiroprácticos, osteopatas, acupunctores, y técnicos de los métodos de Pilates, Feldenkreis y Alexander que tratan a estos artistas (Miller, 2006). Concretamente, la medicina de la danza explora cómo se produce el movimiento en la danza, investiga las causas de las lesiones, promueve su cuidado, se encarga de la prevención y de llevar a cabo una segura rehabilitación para que el bailarín pueda retomar su actividad (Harkness Center for Dance Injuries, 2008a).

*La ciencia de la danza* investiga los aspectos cualitativos y cuantitativos del entrenamiento, el rendimiento y la salud de los bailarines. La investigación en este campo pretende tanto facilitar y mejorar el entrenamiento y la formación como maximizar su efectividad. Dicha investigación tiene como objetivo específico optimizar las actuaciones, mejorar las técnicas de entrenamiento, ayudar en la prevención de lesiones, maximizar el potencial de los bailarines, analizar el impacto de las técnicas somáticas y ocuparse de la salud de los bailarines (Laban, 2008).

Los datos provenientes de la investigación en este ámbito se han utilizado en la elaboración de manuales que, como el de Koutedakis & Sharp (1999) proponen métodos de preparación y entrenamiento empíricamente demostrados. De esta manera, el diálogo entre la investigación y la enseñanza contribuye a destronar la retórica de los mitos sin fundamento, que justificaría la idoneidad de una técnica basándose en argumentos como por ejemplo “esta es la manera que siempre se ha hecho” “ha funcionado para mí, así que también funcionará para ti” o “no hay ganancia sin dolor”.

*La medicina y la ciencia de la danza* se preocupan por y para investigar aspectos biomecánicos, fisiológicos, neuromotores, alimenticios, psicológicos y terapias en las áreas corporales y somáticas. (Harkness, Center for Dance Injuries, 2008a) Algunos temas concretos por los que se interesa son el tipo de entrenamiento más beneficioso para los bailarines, la cantidad de asistencia médica necesaria para los bailarines (Richardson, 2005), cómo incrementar el número de programas de prevención de lesiones para los bailarines, así como por el bienestar y la salud de los bailarines en general. Cabe destacar que no olvida los aspectos éticos en la intervención e investigación con bailarines, (Botham, 2005; Mainwaring, Schriel, Laws, Krasnow & Molnar, 2005; Welsh, 1999; Welsh, Marjorie, Mainwaring & Wyon, 2005). Asimismo y como resultado de varias conferencias e investigaciones en el Reino Unido (Brinson & Dick, 1996; Laws, 2005) a lo que hay que sumar la colaboración de profesionales reconocidos en el mundo de la medicina y ciencia de la danza, se ha creado lo que podemos considerar un código de buena praxis para la salud y el bienestar de los bailarines, donde se tiene en consideración lo que deberían hacer los bailarines, coreógrafos, profesores y administradores (Brinson, 1991).

Con el fin de constatar el desarrollo del ámbito de la medicina y ciencia de la danza, R. Solomon & J. Solomon (2003) analizan la tendencia de las investigaciones en este campo. Entre los resultados de este estudio destaca que en el año 2000 los autores hallaron 2.006 referencias sobre la medicina y la ciencia de la danza en artículos escritos en lengua inglesa. En cuanto a los temas de investigación a los que se ha dedicado un mayor número de publicaciones, cabe señalar que los aspectos

psicológicos (entre los que se incluye la personalidad, el estrés, la memoria, o la percepción) se hallan en el segundo puesto con un total de 296 publicaciones. La categoría de trastornos de la alimentación se computa separadamente, alcanzando la cifra de 192 publicaciones (ver *Tabla 1.1*).

**Tabla 1.1.** Materias con más de 100 referencias según R. Solomon & J. Solomon (2003 p.83)

1	Técnica/ Enseñanza/ Entrenamiento	329
2	Psicología/Personalidad/Percepción/Memoria/Estrés Psicológico	296
3	Fractura de por sobreuso	249
4	Acondicionamiento/Cardiorespiratorio/Cardiovascular/VO2 max/Latido	209
5	Corazón	203
6	Aeróbic	192
7	Trastornos de la Alimentación/Anorexia nerviosa/Bulimia	162
8	Menstruación/Amenorrea/Oligomenorrea/Menarquía	161
9	Nutrición/Dieta	122
10	Alineamiento/Mal alineamiento/Postura	122
11	Rehabilitación/Terapia Física/Fisioterapia	111
	<i>En dehors</i> (rotación externa de caderas)	

### 1.1.2. Psicología de las artes escénicas y de la danza aspectos psicológicos característicos de los bailarines

Como veíamos en el apartado anterior, los resultados del meta-análisis realizado por R. Solomon & J. Solomon (2003) ponen de manifiesto la relevancia de los aspectos psicológicos en el rendimiento y bienestar de los bailarines. Dicha relevancia se ve reforzada, además, con la creación de servicios psicológicos en las clínicas del campo de las artes. La psicología de las artes escénicas abarca los problemas y la idiosincrasia de artistas escénicos, tales como músicos, actores, comediantes, cantantes y por supuesto bailarines. A este tema se han dedicado en particular L.H. Hamilton (1997a), L.H.Hamilton & Robson (2006a) y Hays & Brown (2004). Como señala L.H. Hamilton (1997a), puede ser complicado solucionar aspectos físicos sin tener en cuenta el gran impacto emocional que los mismos pueden provocar en el funcionamiento de las personas.

*La psicología de la danza*, incluida en la *psicología de las artes escénicas*, bebe a la vez de la psicología del deporte y de la psicología clínica. En las últimas décadas, la psicología como aspecto integral de la formación en danza y como servicios de salud para los bailarines, es una disciplina que crece con rapidez (Sharp, 2007a), adoptando diferentes orientaciones psicológicas que van desde las técnicas cognitivas-conductuales hasta la comprensión de carácter psicoanalítica. En este punto, nos parece importante señalar que la prevención y la asistencia tanto a bailarines como al resto de profesionales involucrados en el mundo de la danza se está llevando a cabo en diferentes espacios y de distinta forma. Así, unas instituciones incorporan psicólogos y profesionales de salud mental a sus plantillas, otras los incluyen como consultores, y en otras ocasiones son los bailarines los que se desplazan a la consulta externa de un profesional de la salud mental.

A pesar de que todavía no se han alcanzado los niveles deseables de servicios psicológicos para los bailarines, cada vez son más las escuelas de danza y las compañías que reconocen los beneficios de contar con un servicio de apoyo psicológico. Sharp (2007a) indica que la disponibilidad de los servicios psicológicos, en concreto, como parte de un equipo de salud multidisciplinar, pueden ayudar en una amplia gama de aspectos que los bailarines pueden tener que afrontar. Hecht (2007) señala que el apoyo psicológico se puede ofrecer en diferentes niveles de intensidad y tanto desde las instituciones (in-situ) o bien de manera externa. Varias instituciones americanas como el Juillard School, New York City Ballet, y otras como la escuela y la compañía de ballet en Australia, ofrecen servicios psicológicos. Según Hecht aunque la integración del asesoramiento psicológico en la estructura de las instituciones constituye una clara ventaja, debe tenerse en cuenta que la visibilidad del recurso en este servicio puede resultar un impedimento para algunos bailarines. En este sentido, L.H. Hamilton & Robson (2006a) señalan que ellos pueden tener dificultades a la hora de buscar ayuda al vivir en una cultura que considera los problemas como una señal de debilidad. Por lo tanto, la ventaja de los servicios externos a la institución vendría marcada por la privacidad que proporcionaría a los estudiantes y/o profesionales



aunque, por otro lado, sería necesario un mayor grado de proactividad por parte de los mismos para buscar tratamiento fuera de la institución (Hecht).

### **1.1.2.1. Asesoramiento psicológico, terapia de apoyo y psicoterapia**

A lo largo de su formación y en el desempeño de su profesión los bailarines pueden encontrarse en situaciones que requieran bien un apoyo psicológico más o menos puntual, bien una intervención más prolongada. Sin ánimo de presentar una enumeración exhaustiva de las diversas circunstancias que pueden precisar dicha intervención, dada la alta variabilidad de las mismas, indicamos a continuación algunas de las que más atención han recibido por parte de los profesionales de la salud mental. Un primer ejemplo sería aquel en el que los estudiantes que se alejan de sus familias para estudiar en una escuela vocacional, pueden sentir añoranza y tener dificultades de adaptación. Además, aquellos que deseen abandonar su carrera artística pero no saben cómo hacerlo pueden beneficiarse de contar con un profesional y así, quizá, poder evitar ciertas conductas de actuación (Buckroyd, 2000). Los problemas de comunicación con los profesores, el favoritismo y la competencia entre alumnos pueden también contribuir a que el proceso de formación resulte doloroso (Buckroyd, 2000; L.H. Hamilton, 1997a; Robson, 2001). Asimismo, el estado emocional y el afrontamiento durante el proceso de rehabilitación de una lesión también son aspectos importantes a valorar (Mainwaring et al., 2001). No debemos olvidar tampoco el proceso durante el cual los bailarines deben retirarse de los escenarios, ya que no en vano L.H. Hamilton (1997a) señala, citando a Kübler-Ross (1969), que la jubilación es una de las “pequeñas muertes” de la vida.

En ocasiones, también existen sintomatologías, síndromes y trastornos clínicos entre los bailarines. Por ejemplo, todo el espectro de trastornos de la alimentación y distorsión o insatisfacción de la imagen corporal (Buckroyd, 2000; Culane & Deutsch, 1998; Glace, 2004; Hamilton, 1997a; Nelson & Chatfield, 1998; Ravaldi et al., 2003; Robson, 2002; Sonnenberg, 1998) es de suma importancia en esta población. La ansiedad, ya sea debida a la competición, al pánico escénico o a conflictos con

profesores u otros motivos, también aparece con frecuencia (Hamilton, 1998; Imbernón & Brao, 2000; R.E. Smith, Ptacek & Patterson, 2000). La personalidad del bailarín, los rasgos perfeccionistas o bien los mecanismos de defensa de omnipotencia pueden ser objeto de atención clínica (Diamond, 2007; L.H. Hamilton, W.G. Hamilton, Meltzer, Marshall & Molnar, 1989; Lindsay & Quested, 2007; Parkinson, Harahan, Stanimirovic & Sharp, 2007), así como las variaciones en el estado del ánimo, el consumo de alcohol y drogas, (L.H. Hamilton, 1998; Wilmerding, Robson, Book, 2002) y el estrés, (Mainwaring, Krasnow & Kerr, 1993; Patterson, Smith & Everett, & Ptacek, 1998; R.E. Smith et al., 2000).

#### **1.1.2.2. Entrenamiento en habilidades mentales en el ámbito de la danza**

En el mundo de la danza se emplean técnicas de aprendizaje que se transmiten de generación en generación, centrándose en la preparación técnica a través de la práctica y la repetición (L. H. Hamilton & Robson, 2006a). Hasta hace algunos años no había lugar para aproximaciones alternativas. En la actualidad, sin embargo, el uso de habilidades de entrenamiento mental está creciendo en popularidad entre los bailarines (Twitchett, 2006), quienes las utilizan para optimizar su rendimiento, durante el proceso de rehabilitación, o en momentos de estrés o desmotivación J. Taylor & C. Taylor (1995).

El entrenamiento en habilidades mentales incluye técnicas como la relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, el establecimiento de metas, la reestructuración cognitiva, la bioretroalimentación y el entrenamiento en técnicas de imaginación. Singer (2004), sugiere que las técnicas de *neurofeedback* pueden ser un tratamiento viable para los bailarines que experimentan ansiedad bien cuando están actuando o, en general, en su vida cotidiana. Algunos estudios muestran que los bailarines solistas emplean más habilidades psicológicas que del cuerpo de baile (Brassington & Adam, 2003). Estanol (2004) indica que un entrenamiento en habilidades mentales en bailarines puede incrementar la autoconfianza y disminuir los niveles de ansiedad. Además, L.H. Hamilton & Molnar (2005) apuntan que las técnicas de psicología del

deporte aplicadas a bailarines pueden disminuir el estrés en estos. Asimismo, Nordin & Cumming (2006a, 2006b) se han dedicado a estudiar cualitativa y cuantitativamente el proceso del desarrollo de las técnicas de imaginación empleadas por los bailarines.

Recientemente, L.H. Hamilton & Robson (2006b) han llevado a cabo una investigación sobre la eficacia de la aplicación de las habilidades mentales para optimizar el rendimiento en 24 estudiantes de danza, con una media de edad de 16,4 años. Los resultados obtenidos señalan que, los bailarines dentro del grupo de intervención mostraron medidas subjetivas de mejoría en el rendimiento así como también lo indicaron las evaluaciones de los profesores. En cambio, aquellos estudiantes que se hallaban en un grupo de control, sin intervención psicológica, no mostraron cambios significativos. Las autoras piensan que para que las habilidades mentales sean exitosas es importante evaluar qué técnicas son necesarias para cada bailarín en concreto. Además, resaltan que los psicólogos que estén trabajando para optimizar el rendimiento en los bailarines también deben estar preparados para detectar varias formas de estrés ocupacional. Por ejemplo, cuando un bailarín se queja de cansancio y fatiga, el profesional debe evaluar la salud del bailarín antes de poder centrarse en la optimización de su rendimiento.

Sharp (2007a) explica que para maximizar los beneficios del entrenamiento mental de los bailarines, deben darse cuenta de las relaciones que existen entre sus pensamientos, sus emociones, sus comportamientos y sus reacciones corporales. Necesitan ser conscientes de cual es su estado ideal para una buena actuación y de ésta manera podrán responsabilizarse de lo necesario para lograr este tipo de actuación. Así pues, ayudar a los estudiantes desde una edad temprana a incrementar su conciencia de que pueden desarrollar independencia y promover la autoresponsabilidad en danza es importante. Sharp, considera que es preciso promover esta conciencia formulando preguntas, que les ayuden a identificar sus puntos débiles y fuertes, a reflexionar sobre los comentarios de sus profesores y compañeros, a proponerse objetivos a corto plazo, y a autocorregirse. A menudo estas tareas pueden llevarse a cabo con los maestros o tutores. Sharp también sugiere que llevar diarios sobre su actividad de danza puede

ayudar a los estudiantes. En esos diarios, pueden anotar correcciones, mejoras, comentarios de los profesores y además proponerse metas. Los diarios también pueden ser una herramienta importante para corregir excesos de pensamiento o de imagen que no les beneficia, para incrementar la motivación y para mantener un objetivo. Por ejemplo, las instrucciones para los diarios se pueden adaptar a las necesidades individuales de cada bailarín. En el caso de un bailarín excesivamente analítico, perfeccionista y que piensa demasiado se le puede pedir tan sólo escribir breves frases, en cambio en otros estudiantes que necesitan desarrollar habilidades analíticas se les puede dar otras instrucciones.

El interés por el entrenamiento en habilidades mentales está aumentando en el mundo de la danza (Twitchett, 2006). No obstante, consideramos que el potencial de estas habilidades no ha sido todavía desarrollado (en especial en clases y ensayos) como una alternativa que permita complementar la repetición continua de los pasos. Sería interesante, en este sentido, obtener más resultados empíricos sobre el efecto de las intervenciones basadas en las habilidades mentales en bailarines.

### **1.1.2.3. Aspectos emocionales implicados en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la danza**

El entrenamiento-formación en danza se sitúa en la categoría de lo vocacional y tiene sus orígenes en los conceptos industriales de la educación artística en el siglo XIX (Hecht, 2007). Siguiendo a Garoian (1999), Hecht (2007, p.12) apunta que el modelo de formación-entrenamiento vocacional enseña habilidades y técnicas que pretenden alcanzar los requisitos de una industria, poniendo énfasis en la producción de masa. También señala que el entrenamiento vocacional como modelo pedagógico está basado en una relación maestro-aprendiz. Además, indica que los modelos autoritarios de enseñanza todavía son comunes en la educación del ballet y sugiere que los estudiantes podrían beneficiarse de la mezcla de diferentes modelos de enseñanza. Señala que uno de los problemas del entrenamiento vocacional del siglo XIX radica en que no promueve la creatividad desde el estudiante, y que hoy en día el desarrollo

creativo sufre debido a la ausencia de modelos mixtos de enseñanza en danza así como por causa de los métodos de enseñanza impersonales.

Los últimos años han sido testigo de un aumento en el interés por los aspectos emocionales de la formación en danza. Hecht (2006), por ejemplo, considera que la voz emocional del estudiante de danza debería tenerse muy en cuenta, no sólo por los profesores sino también por los mismos bailarines.

Buckroyd (2000) en su libro *The student dancer: emotional aspects of the teaching and learning of dance* analiza las relaciones intra e interpersonales que se producen en el mundo de la danza. Según esta autora, los motivos por los que las personas se adentran en el mundo de la danza son diversos, la vivencia subjetiva del entrenamiento y del sentido de sí mismo pueden ser diferente para los alumnos. También advierte que algunos bailarines se refugian en la danza para esconderse y no hacer frente a sus dificultades reales. Analiza el funcionamiento de las clases de danza siguiendo las teorías de Bion (1980) y enfatiza en la posibilidad de trabajar en grupos dentro de la clase de danza y de responsabilizar a los alumnos sobre su aprendizaje y formación. Su libro también incluye las ideas de Isca Salzberger Wittenberg (1998) sobre la experiencia emocional en el aprendizaje. Pensamos que este acercamiento mediante la comunicación y comprensión puede beneficiar tremendamente al proceso de formación. Buckyord defiende fuertemente la necesidad de que los alumnos puedan expresarse verbal y artísticamente.

Tanto van Standen (2006) como Hecht (2007) se han interesado por diseñar intervenciones que faciliten el bienestar emocional de los estudiantes en las escuelas de danza. Van Standen (2006) señala que el rol de la identidad como bailarín tiende a ejercer un gran poder sobre la identidad de la persona y que influye en el funcionamiento físico, psicológico y social. La autora ha creado un modelo psicopedagógico para facilitar el desarrollo de sí mismo y de la salud mental de los bailarines preprofesionales. Cabe destacar que éste se basa en la idea de crear un espacio seguro en el mundo de la danza que facilite el desarrollo psicológico.

Asimismo, Hecht (2007) también ha desarrollado un método para facilitar la inteligencia emocional en la formación en danza.

Tal y como apuntan varios autores (Buckroyd, 2000; Hecht, 2007; Sharp, 2007; van Standen, 2006), pensamos que la prevención en el desarrollo psicológico durante la etapa formativa es de gran importancia. Además, consideramos que una detección e intervención a tiempo puede evitar un mayor sufrimiento y un posible fracaso profesional. Por ello, creemos conveniente por un lado, la estrecha colaboración entre profesores y alumnos, y por otro lado, la posibilidad de que los alumnos dispongan de espacios seguros para manifestar sus preocupaciones o dificultades.

### **1.1.3. Otros profesionales en el mundo de la danza que pueden beneficiarse**

Sharp (2007a) indica que los psicólogos, además de estar a disposición de los estudiantes, también pueden realizar funciones de asesoramiento a otros profesionales que estén en contacto con los bailarines. Nos parece muy interesante la idea de poder crear espacios de comunicación entre los profesores y el psicólogo, entre los padres y el psicólogo, así como entre los profesionales médicos y el psicólogo. Otros grupos, como coreógrafos y directores, entre otros, también se podrían beneficiar de reuniones donde los profesionales exponen sus dificultades y entre todos tratan de buscar soluciones. El papel del psicólogo en estos casos es esencialmente de acompañamiento y moderador, con las funciones de contener ansiedades y ayudar a pensar.

En particular, pensamos que los profesores de danza pueden beneficiarse de un apoyo psicológico. Las exigencias y responsabilidades de los profesores están en aumento, y a la vez que la enseñanza puede ser gratificante también puede ser muy frustrante. Además, los profesores suelen sentirse muy solos en su actividad diaria y las reuniones con los demás profesores no siempre se llevan a cabo. La implementación de grupos de sesiones psicopedagógicas a profesores puede ofrecer una oportunidad para compartir preocupaciones y llevar a cabo una lluvia de ideas en búsqueda de

soluciones, ofrecer apoyo y guía, reafirmar las técnicas de enseñanza e incrementar la confianza en las habilidades comunicativas (Sharp, 2007a).

De manera cada vez más frecuente, los profesores se encuentran con que los alumnos les confían o muestran problemas personales importantes. Algunos profesores han comentado tener estudiantes con abusos sexuales o con trastornos de la alimentación. En tales casos, les puede ayudar contar con la confianza de un psicólogo con quien puedan hablar, derivar el caso o incluso que éste realice observaciones en la clase. Precisamente pensamos que la observación por parte de un psicólogo es una herramienta muy útil para la detección de signos de alarma en los alumnos y para ayudar a los profesores en diversos ámbitos: comunicación con los alumnos, maneras de corregir más constructivas, etc.

En el siguiente apartado nos adentramos en el proceso de formación y en las particularidades del ejercicio de la profesión de bailarín. Para ello, haremos referencia a la pasión en la danza y su integración en la identidad de los bailarines.

## 1.2. Los Bailarines

*«As a dancer, I've often felt the view behind the scenes was more interesting than the finished product. With all the daily injuries, cast changes, and lack of rehearsal time, it can be amazing that our shows make it to the stage.*

*Ultimately, it's up to the dancers to pull the show off. Our daily routine trains us to be up for this challenge. It also trains us to be who we are –artists- and it's in the rehearsal hall, not just onstage, where our art is created».<sup>13</sup>*

*Froman (2007)*

La danza es un arte de magia e ilusión, en el que el esfuerzo de los bailarines se enmascara para que el espectador perciba la facilidad y el goce de sus movimientos. No es de extrañar, por tanto, que lo que sucede entre bastidores y en la vida diaria de los bailarines cuando no están en escena permanezca ajeno a su público para preservar esta ilusión (L.H. Hamilton, 1997a). En esta sección nos acercamos al proceso de formación y a la vida de los bailarines, a los retos que deben afrontar a lo largo de dicha formación, así como a los que se enfrentan en su desempeño como profesionales. La naturaleza de estos retos configura el mapa de necesidades físicas y psicológicas que consideramos necesario atender y que este trabajo pretende conocer con mayor grado de detalle.

### 1.2.1. Características demográficas del mundo de la danza

Tenemos pocos datos sobre el número de personas que estudian o se dedican a la danza como profesionales. Sin embargo, presentaremos algunos estudios realizados en los Estados Unidos, Francia y España. En el caso de los Estados Unidos, tan sólo hemos encontrado un estudio que aborda la demografía de la danza. Sus autores

---

<sup>13</sup> «Como bailarín a menudo he sentido que lo que se ve detrás de las cortinas era más interesante que el producto acabado. Con todas las lesiones diarias, los cambios en el reparto, y la falta de tiempo de ensayo, es sorprendente que nuestros espectáculos lleguen al escenario. En última instancia, son los bailarines los que deciden poner energía para que el espectáculo salga adelante. Nuestra rutina diaria nos entrena para estar a la altura de este reto. También nos entrena a ser quienes somos-artistas- y es en la sala de ensayo, no sólo en el escenario donde nuestro arte se crea».



estimaron que en 1996 en los Estados Unidos existían un total de 76.000 bailarines profesionales y coreógrafos, siendo 38.000 empleados a tiempo completo y 38.000 a tiempo parcial (Bronner & Worthen, 1999). En la *tabla 1.2* se muestra la estimación del número de profesores y estudiantes en Estados Unidos, teniendo en consideración cuantos estudios de danza y centros de educación existen.

**Tabla 1.2.** *Estimación de profesores y estudiantes en los Estados Unidos (Bronner & Worthen, 1999, p. 152)*

	Total	Profesores por estudio	Total Profesores	Estudiantes por Estudio	Total Estudiantes
Estudios de danza	13.000	2-45	26.000–585.000	50-800	650.000–10.400.000
Educación Superior	450	2-45	900–20.250	20-100	9.000–45.000
<b>Total</b>	<b>13.450</b>		<b>26.900–605.250</b>		<b>659.000–10.445.000</b>

Cuando los autores combinan la estimación de los coreógrafos y bailarines con la de los profesores y estudiantes obtienen que entre 761.900 y 11.126.250 personas en los Estados Unidos participan de la danza como arte escénica. De estos, entre 102.900 y 681.250 son profesionales de la danza como profesores, coreógrafos o bailarines y aproximadamente entre 659.000 y 10.445.000 son participantes no profesionales.

Según un estudio realizado en Francia, este país cuenta con aproximadamente 5.000 artistas de danza (Rannou & Roharik, 2006), de manera que éstos constituirían la tercera población artística en el mundo del espectáculo después de los músicos y de los artistas dramáticos. Al igual que los músicos y los comediantes, los bailarines son principalmente asalariados intermitentes aunque algunos son empleados permanentes. En Francia más de 4.000 profesionales de danza son intermitentes y cerca de 500 son permanentes. Los bailarines permanentes dependen esencialmente de dos tipos de estructuras: los teatros líricos y algunos centros de coreografía nacionales. Los tipos de contratos son diferentes, en concreto, los de los centros coreográficos nacionales son contratos de una duración indeterminada, en cambio los de los teatros tienen una duración entre uno a tres años, que puede ser renovable. La situación de los bailarines

intermitentes se caracteriza por una sucesión de contratos cada vez más cortos y entrecortados por periodos más o menos largos de no empleo en el mundo de la danza. El riesgo de no volver a encontrar un empleo está siempre presente (Rannou & Roharik, 2006).

En España, según el Centro de Documentación de la Música y la Danza del Instituto Nacional de Artes Escénicas y de la Música (INAEM) del Ministerio de Cultura, en el año 2005, existían 629 compañías de danza a nivel estatal. Se calcularon 1.542 espectadores de danza y se recaudaron 18.553 €. En este estudio se incluyen, bajo el epígrafe de danza, al ballet, la danza moderna y la contemporánea, y otras formas de danza popular como bailes regionales, etc. En lo que se refiere a los centros de enseñanza de danza en España, 108 eran de carácter público y 371 privados. Además, se hallaron 29 centros de investigación y documentación de la danza. El INAEM ofrece los siguientes datos del 2005: 2.663 bailarines, 355 bailarines-coreógrafos, 151 bailarines-docentes, 99 bailarines-docentes-coreógrafos, 120 coreógrafos, 714 docentes, 108 docentes-coreógrafos.

En cuanto a nuestra Comunidad Autónoma, el Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya publicó en el 2006 un documento que recogía los indicadores y las estadísticas culturales de Catalunya. Según éste, en el 2004 se realizaron 896 representaciones de danza en nuestra comunidad. Ese mismo año, existían 24 compañías de danza y se representaron 110 espectáculos de danza en 1.233 representaciones.

En el apartado siguiente revisaremos algunas de las cuestiones que hacen del mundo de la danza un escenario excepcionalmente exigente para sus aprendices y profesionales.

### 1.2.2. La formación y la profesión de bailarín

*«The professional ballet dancer is a highly tuned “athletic artist”, who has been through a rigorous selection process while training from an early age. This “Darwinism” or selection of the fittest, ensures that the dancer will have the right body to be able to dance ballet with as few injuries as possible. At the professional level I would venture to say that only an astronaut is a more “selected” individual than the professional ballet dancer».*<sup>14</sup>

W.G. Hamilton (2005, p.7)

La formación de los bailarines suele empezar hacia los ocho años, aunque la edad de inicio puede variar en función del estilo de danza escogido. Habitualmente, los niños se inician en la danza unos años más tarde que las niñas. Por regla general, la formación de los bailarines se alarga aproximadamente una década (Bavelier, 1996; L.H. Hamilton, 1997a) durante la cual, los bailarines requieren una alta determinación para seguir aprendiendo a medida que la intensidad, la cantidad y la exigencia del entrenamiento se incrementan. Dicha exigencia deviene extrema y especialmente en la danza clásica, en la que cada gesto y cada parte del cuerpo hasta el final de los dedos debe estar enteramente controlada y, además, debe aspirar a una belleza perfecta. Para conseguir un control tal, la repetición de los movimientos es una constante en el período de formación, pudiéndola ilustrar con la frase *hacemos, deshacemos, rehacemos*<sup>15</sup> (Bavelier, 1996)

Los estudiantes que aspiran a ser bailarines profesionales deben recorrer un proceso de selección diferente de aquellos que acuden a clases de danza como una actividad extraescolar. Las academias de danza tienen diferentes maneras de seleccionar a sus

---

<sup>14</sup> «El bailarín profesional de ballet es un “artista atlético” altamente afinado, que ha sido seleccionado mediante un proceso riguroso de entrenamiento desde una edad temprana. Este “darwinismo” o selección del mejor, asegura que el bailarín tendrá el cuerpo adecuado para poder bailar ballet con las mínimas lesiones posibles. A nivel profesional me aventuraría a decir que tan sólo un astronauta es un individuo más seleccionado que un bailarín profesional de ballet.»

<sup>15</sup> *On fait, on défait, on refait.*

alumnos. Entre las más exigentes se hallan las escuelas de danza clásica que están unidas a grandes compañías, como por ejemplo, la *School of American Ballet* o *l'École de Danse de l'Opéra* de París. En ésta última, Bavelier (1996) equipara el proceso de entrada a la escuela con el de entrada a la armada. En este tipo de escuelas, para ser considerado apto se precisa un certificado de buena salud, una buena condición auditiva y cardíaca, así como estar dentro de los criterios de peso y altura en función de la edad. Otros requisitos necesarios para acceder a la formación son poseer un sentido del movimiento<sup>16</sup>, una verdadera musicalidad y ciertas capacidades físicas<sup>17</sup>. En función de la edad del candidato también se realiza una evaluación técnica.

Además de una estructura anatómica específica y de gozar de una buena salud, las escuelas limitan la edad de entrada con el fin de que la juventud de los candidatos les permita obtener el máximo beneficio del entrenamiento que ofrecen. En nuestro ámbito más local podemos encontrar un proceso de selección similar como el que se realiza en el Institut del Teatre de Barcelona, que cuenta también con una audición de entrada y que se completa con exámenes físicos.

En este contexto, los requisitos y las exigencias tanto físicas como mentales son elevadas y más cuando las academias profesionales básicamente eliminan a aquellos estudiantes que no quieren involucrarse por completo en esta vocación (L.H. Hamilton, 1997a). La competición aparece siempre que la demanda supera la oferta y en el mundo de la danza, está presente en clases, ensayos y actuaciones, tanto en escuelas como en compañías, así como en las audiciones y en el reparto de papeles (Hays & Brown, 2004; Robson, 2004; Wainwright & Turner, 2004). En definitiva, a pesar de que la competitividad en el mundo de la danza no siempre se ha reconocido, ésta constituye uno de sus rasgos más definitorios, por lo que el índice de fracaso en lograr las aspiraciones que los bailarines desean es elevado (L.H. Hamilton, W.G. Hamilton, Warren, Keller & Molnar, 1997), lo que conlleva sentimientos de frustración.

---

<sup>16</sup> Entendemos por “sentido del movimiento” la inteligencia quinesética que permite al alumno comprender cómo un movimiento se descompone y cómo reproducirlo nada más verlo.

<sup>17</sup> Por ejemplo, flexibilidad, rotación externa de las caderas, empeine.

Específicamente, 9 de cada 10 bailarines quieren ser profesionales, pero dos tercios nunca consiguen este objetivo (L.H. Hamilton, 1998). Cuanto más prestigiosa sea academia o compañía, mayor es la competición, y la posibilidad de fracaso. Por ejemplo, de 40 bailarinas estudiantes del School of American Ballet, más de la mitad abandonaron su formación durante la adolescencia, y sólo el 15% fueron admitidas en una compañía nacional de ballet (L.H. Hamilton et al., 1997).

### **1.2.2.1. La importancia de situar la danza en un lugar prioritario en la vida de los bailarines**

La disciplina y el rigor tienen un papel determinante en la formación de los bailarines. Refiriéndose a los alumnos de la escuela de danza de la Ópera de París, Claude Bessy señala:

*«Les enfants comprennent vite que la danse n'est pas seulement une distraction. C'est un art complet et exigeant qui cherche la beauté dans ses moindres détails. On ne peut pas admettre le laisser aller. Avoir un chignon, porter une tunique, surveiller son poids, dire bonjour, ne pas se battre dans le vestiaire ou se bousculer dans le couloir fait partie de la rigueur du travail»<sup>18</sup>.* (en Bavelier, 1996, p.36)

A menudo, la formación de los bailarines se centra exclusivamente en aspectos relacionados con la danza: clases, ensayos y algunas actuaciones, además de algún otro ejercicio complementario como pilates o una actividad cardiovascular. Desde una temprana edad, los alumnos se adentran en la subcultura de la danza, caracterizada por estar un tanto aislada de otros intereses, aprendizajes y relaciones sociales. No obstante, en función del tipo de escuela, los alumnos podrán, en mayor o menor medida, explorar otros ámbitos artísticos como el canto, la música, el teatro u otros estilos de danza.

---

<sup>18</sup>«Los niños comprenden rápidamente que la danza no es tan sólo una distracción. Es un arte completo y exigente que busca la belleza en los mínimos detalles. No se puede admitir el abandono. Llevar un moño, llevar una túnica, vigilar su peso, decir buenos días, no pelearse en el vestuario ni empujarse en el pasillo es parte del rigor del trabajo.»

En cualquier caso, es evidente que la danza requiere una implicación extrema por parte de los alumnos. De hecho, L.H. Hamilton (1997a) señala que aquellos aspirantes a bailarines que abandonan antes de llegar a su meta, están a menudo más interesados en el proceso de socialización, lo cual puede llegar a distraerles de sus objetivos. Por tanto, tener un *single-minded focus*<sup>19</sup> en danza es esencial para convertirse en un buen bailarín incluso cuando uno tiene talento. Esto queda ilustrado en la siguiente frase de Bavelier: “*Un élève, même doué, ne montera jamais dans la hiérarchie de l’École ou du Ballet s’il n’as pas un vrai tempérament de danseur, c’est-à-dire un sens artistique et le goût de l’effort*”<sup>20</sup> (Bavelier, 1996, p.76)

A continuación pasamos a revisar algunas de las más claras implicaciones que puede tener el situar la danza en un lugar prioritario para los estudiantes.

*A. La escuela/compañía como familia subrogada:* Debido a la cantidad de tiempo que los bailarines pasan en la escuela y a las relaciones interpersonales que se forjan con sus compañeros y superiores, la escuela o compañía se convierte en una familia subrogada. En algunas escuelas como la de la Ópera de París o la Elmhurst Ballet School, los alumnos más pequeños escogen un *pequeño padre* o *pequeña madre* entre los mayores que cumple las funciones de consejero y confidente (Bavelier, 1996). Igualmente, las compañías de danza se equiparan a las familias, y las denominadas *ballet families* llegan a incluir hasta tres generaciones diferentes (Wulff, 2001).

*B. La autoestima:* Los años de intenso entrenamiento durante la infancia y adolescencia tienen efectos en diversos niveles. Por una parte, les permite alcanzar el avanzado nivel de competencia que requieren y llegar a sentir el dominio de su cuerpo, lo que puede incrementar la confianza y autoestima para alcanzar nuevos retos.

---

<sup>19</sup> Tener la danza como único centro de atención

<sup>20</sup> “Un alumno, aún estando capacitado, no ascenderá nunca en la jerarquía de la Escuela o del Ballet si no tiene un verdadero temperamento de bailarín, es decir un sentido artístico y un gusto por el esfuerzo.”

*C. La renuncia:* Cabe recordar, por otra parte, que todo sacrificio conlleva una renuncia y, en este caso, se renuncia al ocio, a las actividades sociales y a ciertos aspectos de la infancia y de la adolescencia. Por ejemplo, durante la infancia se les exige una disciplina y responsabilidad prematura, dejando poco tiempo para el juego. También, durante la adolescencia, se renuncia a aspectos muy importantes, sobre todo relacionados con las habilidades sociales, e incluso la formación académica puede sufrir o no llegar a completarse (L.H. Hamilton, 1999). Cuando los bailarines llegan a un nivel casi profesional, pueden dedicar entre 5 y 10 horas diarias a la danza 6 días a la semana. Por tanto, aquellos que no estén en un internado artístico que también se ocupe de la formación académica o puedan combinar los estudios en escuelas especiales para jóvenes artistas o deportistas, podrían ver comprometida su formación académica (Robson, 2001).

*D. La supervivencia:* Dada la ardua competitividad, la corta duración de la carrera de un bailarín y los bajos niveles de compensación económica de estos artistas, en el mundo de la danza se está reconociendo la necesidad de prestar atención a otros intereses y talentos, así como a educar a los alumnos en destrezas para obtener dinero por otros medios, a manejar eficientemente el tiempo, etc.

Puesto que una parte importante de la formación como bailarín se realiza durante la adolescencia, nos interesa ver cómo los bailarines experimentan esta etapa del desarrollo. La adolescencia es un periodo esencial para el desarrollo del ser humano, donde se producen una serie de cambios a nivel físico, cognitivo, social y emocional. Se trata de una etapa donde uno se cuestiona quien es y quien quiere ser, y en la que los adolescentes experimentan diferentes estilos de vida e identidades. Además del desarrollo fisiológico que conlleva cambios biológicos y de madurez sexual, los adolescentes adquieren habilidades sociales que les capacitan para la intimidad y para convertirse parte de un grupo. También es el momento para elaborar etapas anteriores del desarrollo y para la separación e individuación (Buckroyd, 2000; L.H. Hamilton, 1999; Lee, 2001; Robson, 2001).

Los bailarines viven esta etapa de transición entre la infancia y la adultez mediada por el entrenamiento profesional en danza y por restricciones acerca de su peso corporal. Al estar inmersos en sus clases diarias, llegan a posponer ciertas tareas evolutivas de la adolescencia. Asimismo, mientras los aspirantes a bailarines convierten su entrenamiento y trabajo en el medio primario para lograr autonomía, satisfacción personal y expresión creativa, sus coetáneos no dedicados a la danza están experimentando una variedad de roles e identidades que les permiten conformar un sentido de identidad más amplio (L.H. Hamilton, 1999). Además, los bailarines también están dispuestos a posponer gratificaciones más inmediatas y soportar críticas de profesores para alcanzar sus objetivos en el futuro, lo cual contrasta con la impulsividad y la inmediatez que caracteriza a los adolescentes (Robson, 2001). Por ejemplo, la observación del peso corporal conlleva una disciplina gastronómica y los alumnos tienen que preferir un plato de verdura a un pastel de chocolate (Bavelier, 1996).

Si pensamos en que a los 12 o 13 años los bailarines que quieren dedicarse a la danza profesionalmente ya han pasado procesos de selección y han sido aceptados en programas preprofesionales de danza o en escuelas artísticas, debemos tener también en cuenta la dedicación previa necesaria para poder entrar en éstos programas altamente selectivos. Durante estos años previos, los bailarines ya han conocido y se han identificado con los valores principales de la subcultura de la danza. Muchos de ellos no están interesados en el mundo exterior, ya que piensan que todas las habilidades y relaciones importantes se hallan dentro del mundo de la danza (L.H. Hamilton, 1999). A parte de la integración de ciertos valores y conductas en la identidad de estos estudiantes, algunas investigaciones sobre adolescentes muestran que los bailarines son más introvertidos, perfeccionistas, y están orientados más firmemente para conseguir objetivos que sus compañeros no bailarines (Bakker, 1988 y 1991; L.H. Hamilton, 1999). Estas características son adaptativas para el entrenamiento en danza, aunque también pueden conllevar desajustes.



A diferencia de sus coetáneos, los bailarines adolescentes no suelen entrar en conflicto con sus padres. Tampoco es habitual que muestren actitudes opositoras hacia las figuras de autoridad en la escuela, sino que se adhieren a los valores imperantes (Robson, 2001). Esto es sorprendente ya que el ambiente de una escuela o compañía es altamente controlador, existen varias normas sobre la apariencia física, el comportamiento, la puntualidad y algunos castigos. Casi se podría decir que estas instituciones cumplen funciones parentales más apropiadas para niños que para adolescentes o incluso adultos. En especial, los internados artísticos se caracterizan por regirse por una gran cantidad de reglas que los asemejan a instituciones militares y que obviamente no promueven la independencia. Además de los horarios de clases existen, por ejemplo, una hora de apagar la luz para dormir, un horario en el que está permitido salir del recinto, normativas en cuanto a la bebida y la comida en las habitaciones y la prohibición de la presencia de personas de sexo opuesto en las mismas. Cabe mencionar que los profesores emplean reglas o normas para enfatizar la disciplina, por ejemplo, los bailarines no pueden hablar, mascar chicle, llevar ropa inapropiada o comportarse de manera desordenada en clase. Además, muchos desaprueban que sus alumnos tomen clases de danza en otras academias o estudios y en general, las escuelas de danza son posesivas para con sus alumnos (L.H. Hamilton, 1998). En el caso de que un bailarín intente rebelarse, corre el riesgo de ser excluido de la enseñanza.

Aquello que para el mundo de la danza es deseable (conformarse a las normas) no lo es tanto desde el punto de vista de la madurez psicológica. En este sentido, Buckroyd (2000) resalta que quienes se conforman están omitiendo una de las tareas más importantes de la adolescencia. Susan Lee (1995) ha trabajado el concepto de no-rebelión y cómo se configura ésta actitud en el ambiente de la danza. Esta autora opina que el mundo de ballet está organizado con rutinas que sirven para silenciar a la persona o a la voz de los estudiantes principiantes, enfatizando la *amabilidad* y llegando a glorificar el silencio y fingimiento. Señala que los esfuerzos que hacen los alumnos por hacer honra a la conformidad, a la dependencia y a la obediencia preparan el caldo de cultivo para los retos posteriores. En algunos casos, se construye un falso *self*. Lee indica que es posible que las chicas estén firmemente controladas,

sobrereguladas, constreñidas y no sean capaces de quitarse la máscara y encontrarse a sí mismas en ambientes más espontáneos. A menudo, ni siquiera reconocen la existencia de la *chica buena* que domina su personalidad. Estas chicas pueden perder el sentido de la propia personalidad que se está desarrollando, convirtiéndose en insensibles con respecto a su mundo interno y en relación con el mundo externo. La presión interna que esto supone puede generar algunas de las conductas de actuación a menudo asociadas a adolescentes en desarrollo: drogas, alcohol y promiscuidad.

Con todo lo expuesto hasta el momento, se podría decir que la dirección y la focalización tan orientada a la danza puede impedir que los bailarines experimenten realmente la crisis de la adolescencia en el momento que les corresponde evolutivamente. L.H. Hamilton (1999) indica que la crisis de identidad en los bailarines suele producirse cuando éstos no logran los objetivos esperados, o bien se pospone hasta que tienen que dejar de bailar (a menudo por la edad o por una lesión), cuando ellos aún no están preparados para hacer esta transición. Buckroyd (2000) señala que algunas voces con autoridad en el mundo de la danza argumentan que la adolescencia es un lujo que los bailarines no se pueden permitir.

#### **1.2.2.2. La dinámica estudiante-profesor**

*«Si preguntabas cómo se hacía el paso, a veces, te contestaban: “Calla. ¡Baila y no seas burro!”, recuerda José, mientras los alumnos seguían perplejos al maestro ante la cantidad de pasos y movimientos que debían realizar, acompañándose de las castañuelas. No existía una pedagogía de la danza. Había que sistematizar los ejercicios de pies, brazos y también aprender a tocar las castañuelas, porque entonces se enseñaba todo a la vez, y por mucha atención que se pusiera no se llegaba a asimilar todo.»*

José de Udaeta, (en Murias, 1995, p. 81).

La enseñanza de una técnica correcta de danza en un ambiente seguro es esencial para el saludable desarrollo de los bailarines. Es cierto que para que un aspirante se convierta en profesional se requiere una buena dosis de entrenamiento arduo y críticas,

las cuales no deberían ser excesivas dada la vulnerabilidad a la crítica durante el desarrollo. En relación con esto, L.H. Hamilton (1997a) indica que los niños pronto aprenden que el espejo sirve para las correcciones y con los años, realizarán de manera automática un inventario acerca de todo lo que les parece mal o incorrecto. Debe tenerse en cuenta, además, que los jóvenes todavía no han desarrollado un sentido completo de sí mismos y que los niños y adolescentes pueden tener una frágil autoestima. Por ello, es importante tener en cuenta que el entrenamiento físico incluye el potencial para ayudar a desarrollar la confianza y autoestima en los individuos pero también para dañarla (Buckroyd, 2000).

El profesor de danza tiene una gran influencia e impacto en la vida de los alumnos (Carr & Wyon, 2003; Robson et al., 2002) y a veces los padres no dedican suficiente atención en la elección de éste. Quizá no se den cuenta que mientras una relación parental nutritiva contribuye a la autoestima del niño, un profesor destructivo puede sabotear todos sus esfuerzos (Buckroyd, 2000; L.H. Hamilton, 1997a). Buckroyd (2000), indica que es importante ayudar a los padres a que aprendan a discriminar entre una enseñanza beneficiosa para el funcionamiento físico, social y emocional de los niños y aquella que puede lastimarles. En este sentido, aunque algunos profesores se han interesado recientemente por diferentes estilos de enseñanza y aprendizaje en la danza, todavía impera el modelo autoritario, muy especialmente en niveles avanzados (Buckroyd, 2000; Hecht, 2007). En su estudio, L.H. Hamilton, Stricker & Josephs (1991) comprobaron que los bailarines ven al profesor como una figura omnipotente que es tan admirada como temida. La interacción verbal entre estudiantes y profesores mediante preguntas y discusión en clase no es habitual (Alter, 1984). Los bailarines deben escuchar las críticas que los profesores les hacen para que avancen y hacer todo lo que puedan para mejorar (Bavelier, 1996). L.H. Hamilton (1997a) compara la educación en el mundo artístico con el entrenamiento militar, donde el profesor señala los errores de los alumnos y les anima a trabajar a pesar del dolor y las molestias. Se anima a los bailarines a ser estoicos y a priorizar la danza por encima de todo. Hay dichos en el mundo de la danza como: *Los problemas se tienen que dejar en el*

*vestuario o el espectáculo debe continuar*<sup>21</sup>, *no hay ganancia sin dolor*<sup>22</sup>, que los alumnos frecuentemente interiorizan como verdaderos sin cuestionarlos. Es, por tanto, un ambiente que deja poco espacio para la expresión de quejas y sufrimientos de los bailarines y que no facilita el cuidado de uno mismo.

La calidad del entrenamiento a menudo tiene un efecto importante en el autoconcepto del alumno. L.H. Hamilton (1997a) halló que prácticamente la mitad de los 960 bailarines que formaban parte de su muestra habían sufrido la injusta humillación de un profesor en clase. Esta práctica, que acostumbra a disfrazarse con el argumento de que el objetivo es motivar a los estudiantes a trabajar más duro, produce efectos como un incremento significativo de la ansiedad de actuación, las lesiones y las aspiraciones profesionales frustradas. Con frecuencia, el paso de ser bailarines en escena a enseñar a otros bailarines no se ve mediado por ningún período de formación, teniendo así que afrontar este nuevo reto profesional rescatando lo que ellos creen que es importante para un bailarín y lo que les servirá en su carrera profesional.

De modo que cabe preguntarse si la falta de formación de los profesores con respecto al proceso de enseñanza-aprendizaje les conduce inevitablemente a reproducir conductas disfuncionales sufridas por ellos mismos. En este sentido, resulta revelador el estudio de Robson et al. (2002), que mostró que el 78,8% (52 individuos) de una muestra formada por 69 profesores de danza se habían sentido criticados o humillados injustamente durante su formación. De estos, el 61,5% (32 individuos) cambió conscientemente su método de enseñanza, pero lo verdaderamente preocupante tiene que ver con el 38,5% (20 individuos) restante que, en el mejor de los casos, parecen no ser conscientes de la existencia de otras aproximaciones a la enseñanza.

En este sentido, aunque los alumnos precisan un profesor que les estudie y les evalúe críticamente a lo largo de los años, el método de enseñanza debe ayudarles a explorar y a cometer errores sin perder la confianza en sí mismos. Así, un adecuado

---

<sup>21</sup> *The show must go on.*

<sup>22</sup> *No pain, no gain.*

procesamiento del error durante el aprendizaje es más beneficioso para el bienestar físico y psicológico de los alumnos que la ilusión de ser perfectos (L.H. Hamilton, 1997a).

### **1.2.2.3. El cuerpo como instrumento para la expresión artística**

*«Le danseur doit savoir faire mais aussi dire avec son corps<sup>23</sup>»*

Rannou & Roharik (2006, p. 133).

La danza comparte un cierto número de características sociodemográficas con otras profesiones de las artes escénicas e incluso con ciertos deportes. Tanto en los deportistas como en los bailarines profesionales se debe considerar la relación de uno mismo con el cuerpo y la brevedad de la carrera. En ambas profesiones el entrenamiento empieza a una edad temprana formando una determinada morfología del cuerpo. No obstante, Nicholas (1975) ha demostrado que el ballet clásico excede las exigencias físicas y mentales de varios deportes, entre ellos el fútbol americano profesional. Los resultados de un estudio más reciente (Sakamoto, 2006) indican que mientras que los jugadores de fútbol a nivel universitario tienen un nivel de condición física más alto que los bailarines universitarios en cuanto a variables cardiovasculares, los bailarines universitarios tienen un nivel de condición física superior en lo que respecta a la flexibilidad del semitendinoso y del recto interno. En lo que se refiere a los bailarines retirados (es decir mayores de 40 años), se halló que presentaban una mayor condición física que los jugadores de fútbol retirados.

La profesión de la danza comparte aspectos con deportistas y con militares entre los que cabe destacar la capacidad de realizar los movimientos en coordinación con el resto de los bailarines. En este sentido, cada movimiento individual debe inscribirse en el movimiento del conjunto, siendo la coreografía el resultado de la puesta en escena de los cuerpos colectivos. Así pues, la formación de estos tres profesionales (bailarines, deportistas y militares) precisa una gran aceptación de la disciplina, del

---

<sup>23</sup> “El bailarín tiene que saber hacer pero también decir con su cuerpo.”

control de sí mismo, del sufrimiento, del dolor y del dominio del riesgo ya que el trabajo físico comporta un riesgo de lesión inherente a la actividad (Rannou & Roharik, 2006).

Según Rannou & Roharik (2006) el cuerpo no se puede considerar como un instrumento exterior, sino que ese instrumento se implica a sí mismo y a la expresión de sí mismo. Considerar el cuerpo como un instrumento tal y como se hacía antaño puede deshumanizar al individuo desde el punto de vista global, reduciéndolo a algo que puede ser diseñado, refinado, afilado y afinado para desempeñar una cierta destreza (Geeves, 1993). Además, la concepción del cuerpo como un instrumento refuerza la disociación mente-cuerpo tan prevalente en la cultura judeocristiana, una disociación que va dejándose atrás lentamente. Diversos autores (Buckroyd, 2000; Geeves, 1993) han señalado que la transición hacia una cultura de concepciones holísticas (en la que cuerpo, mente y espíritu se conciben como un todo armónico) debe ponerse de manifiesto también en el modo en que los bailarines tratan a su cuerpo durante su formación y su trayectoria profesional.

Desde nuestra perspectiva, la disociación mente-cuerpo puede estar influyendo de dos modos en el mundo de la danza. Por una parte, esta separación puede contribuir al bloqueo de la integración de técnica y expresión artística. Por otra parte, esta disociación entre la mente y el cuerpo puede llevar a los bailarines a concebir su cuerpo como un objeto o un instrumento un tanto distanciado del sentimiento de sí mismo. A raíz de ello, el bailarín podría empujarse a sí mismo más allá de los límites recomendables, corriendo riesgos innecesarios a expensas de su salud. De esta manera, el bailarín pensaría que las lesiones que padece se deben a cuestiones externas que le suceden a su cuerpo y no tanto a factores en los que se encuentra directamente involucrado.

#### **1.2.2.4. La profesión de bailarín**

El desarrollo profesional del bailarín está caracterizado por unos retos constantes (que pueden dar lugar a desajustes físicos y psicológicos), así como por recompensas que les mantienen ligados a la danza. En este apartado presentamos una revisión de los más destacados.

Una vez finalizada la formación, el bailarín entra en competición con otros bailarines para lograr un trabajo en una compañía. Algunos pueden optar por cambiar de ciudad, país o continente con la finalidad de lograr un puesto y hacer su sueño realidad. La movilidad en el mundo profesional de la danza se traduce en una alta proporción de bailarines extranjeros en muchos países. Además, los bailarines tienden a vivir en grandes zonas urbanas en lugar de en pequeños pueblos o zonas regionales puesto que es en las primeras donde se concentra la mayor oferta de trabajo. Por ejemplo, en Francia, a pesar de los esfuerzos del estado por descentralizar la cultura en diferentes regiones, la gran mayoría de bailarines se instalan en París (Rannou & Roharik, 2006). En cuanto al estado civil, han hallado que aproximadamente el 50% de los bailarines en ese país viven solos, sin pareja y sin hijos. Los bailarines que comparten piso con otra persona suelen hacerlo con personas pertenecientes al mundo de la danza o bien relacionadas con el mundo del espectáculo (Rannou & Roharik, 2006).

El patrón laboral inestable, la consecuente inseguridad económica y la necesaria movilidad de los bailarines dificultan su acceso a un seguro médico, especialmente si trabajan menos tiempo de lo que los requisitos de cada país exige para obtenerlo. Cabe recordar que los bailarines son los artistas peor pagados y que muchos tienen que combinar su profesión con otro tipo de trabajo, como por ejemplo el de camarero, para poder subsistir económicamente. Del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos hemos obtenido la media de remuneración por hora trabajada como bailarín (8,54\$), como actor (11,28\$) y como músico o cantante (17,85\$). En los bailarines, el rango abarca desde los 5,87\$ hasta los 21,59 \$ la hora de trabajo (Bureau of Labor Statistics, 2007).

Este arduo escenario, unido a la historia de sacrificios y dedicación invertida a lo largo de su formación, hacen del éxito profesional una necesidad más que un objetivo. L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1991) señalan que para que un bailarín tenga éxito debe poseer una extraordinaria dedicación a la danza, una capacidad ilimitada para trabajar duramente y la habilidad para perseverar a través de un grado mayor o menor de dolor constante. En el mismo sentido, Wainwright & Turner (2004) señalan que el éxito precisa de cierta dureza mental, de la capacidad de trabajo, del talento y de sentirse apasionados por la danza. Sin embargo, estos factores pueden llegar a ser contraproducentes. Un excesivo perfeccionismo, por ejemplo, puede llevar a los bailarines a proponerse metas poco realistas y la ambición por lograr dichos resultados puede constituir un factor de riesgo para lesionarse. Estos bailarines que L.H. Hamilton et al. (1989) denominan *overachievers* nunca están satisfechos con su trabajo y se empujan a ellos mismos más allá de sus límites. De manera relacionada, la 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 lesión.

Los requisitos de la danza clásica generan el mismo tipo de factores estresantes en diferentes culturas (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1994). Los bailarines de ballet están expuestos a niveles elevados de estrés y ansiedad en su vida profesional. Entre ellos, merece la pena nombrar la alta exigencia de excelencia artística, la presión para mantener un peso corporal bajo de manera irreal, horarios de ensayos y actuaciones cambiantes y exhaustivos, la competición, la inseguridad laboral y además la necesidad de poseer un alto nivel de tolerancia al dolor.

En cuanto a la danza contemporánea, el estudio llevado a cabo por Hardy & Qusted (2007) con una muestra de 10 bailarines de una media de edad de 31,7 años, de los cuales 5 eran bailarines independientes y 5 bailarines empleados, pone de manifiesto que las fuentes principales de estrés en ambos sectores de trabajo son los coreógrafos, la ansiedad sobre el futuro y las condiciones del entorno de trabajo. Los bailarines independientes principalmente estaban preocupados por temas económicos, por



mantener el nivel de forma física y por el cambio de carrera. Además, demostraban más cualidades emprendedoras y un *locus* de control interno saludable. En cuanto a los bailarines empleados, parecían ser menos autónomos, experimentaban más dudas y mayor estrés ocupacional. Además estaban más preocupados por factores externos y por cómo afrontar y manejarse con las jerarquías y los aspectos políticos de las compañías. Éstos viraban hacia un *locus* de control más externo. El apoyo social, el equilibrio entre la vida personal y el trabajo, así como el cuidado son fuentes importantes para el afrontamiento en ambos grupos de bailarines.

Además, las perspectivas profesionales de los bailarines dependen de su capacidad de agradar a los maestros de danza, que son los encargados de seleccionarles en las audiciones o de evaluar su progresión o su trayectoria en una compañía. Tanto en una como en otra situación, los bailarines raramente reciben *feedback* sobre su rendimiento e incluso no tienen claros los criterios empleados en las evaluaciones profesionales (Kogan, 2002). Convivir con esta incertidumbre es muy característico en el mundo de la danza. Mientras que en el caso de los atletas las medidas del éxito son explícitas y objetivas, por ejemplo perder o ganar una competición, el éxito de los bailarines depende del criterio de profesores y colegas, así como de la aprobación del público, que es lo que les permite para avanzar en su carrera.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es extraño que los bailarines consideren el control sobre sí mismos como una de las características esenciales del bailarín profesional Wulff (2001). A esto habría que añadir, según este mismo estudio, el considerar profesional el hecho de conseguir que el público sienta que uno está disfrutando mientras baila en un día en el que no es así, o estar ensayando a pesar de apenas poder tenerse en pie debido al cambio horario o al dolor producido por una lesión, e incluso llegar a actuar con una pareja con la cual uno acaba de tener una discusión importante.

### 1.2.2.5. Pasión e identidad

*«Whether they are avid students, Baryshnikov, or one of the multitudes attending every open audition, dancing is more than a job for this population. It is a way of life- as natural and necessary as breathing»<sup>24</sup>*

L.H. Hamilton (1993, p.4)

La identidad está relacionada con la manera en que uno se experimenta a sí mismo y cómo los demás, a través de su mirada, matizan esta identidad. Podemos pensar que una persona posee un *sentido de la identidad* cuando tiene la capacidad de experimentarse como un ser diferenciado, que está cohesionado y en continuidad con su pasado (Grinberg & Grinberg, 1993) La vivencia de la identidad es fluctuante en función de los acontecimientos vitales. Pero es la organización interna del sujeto la que puede dotar de estabilidad al sentimiento de identidad. De esta manera, podemos entender que la identidad es dinámica y que depende de realidades que pueden cambiar o que nosotros mismos podemos hacer que cambien al construirnos como personas.

La concepción de uno mismo como bailarín empieza a una edad temprana. Los alumnos priorizan progresivamente la danza sobre la relación con sus iguales, una buena educación u otras actividades (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1991). Por tanto, la formación de la identidad y del autoconcepto está ampliamente influenciada por el ambiente de la danza, en el cual pasan tanto tiempo (Saposnek, 1995). Es más, para la mayoría de profesionales y estudiantes de danza, bailar no es algo que uno meramente hace, sino que es algo que uno hace apasionadamente (Rip, Fortin & Vallerand, 2006). No es sorprendente que la danza pueda convertirse en una pasión dadas las compensaciones físicas, artísticas y psicológicas asociadas, (Greben, 2002) ni que la danza sea una gran fuente para su identidad, a veces casi la exclusiva.

Vallerand et al., (2003) definen la pasión como una fuerte inclinación hacia una actividad autodefinitoria que agrada al individuo, a la que atribuye mucha importancia

---

<sup>24</sup> «Ya sean estudiantes ávidos, Baryshnikov, o uno de las multitudes que acuden cada audición abierta, bailar es más que un trabajo para esta población. Es una forma de vida- tan natural y necesaria como respirar.»

y a la que dedica una cantidad considerable de tiempo y energía. Estos autores distinguen dos tipos de pasión: la armoniosa (*Harmonious Passion*) y la obsesiva (*Obsessive Passion*). La pasión armoniosa (HP) sería el resultado de una integración autónoma de la actividad en la identidad. Esto sucedería cuando la persona acepta libremente la actividad que le apasiona como importante sin sentir que la autoestima o aprobación social son elementos contingentes e involucrados en la misma. En este primer tipo de pasión, la actividad ocuparía un lugar significativo en la identidad personal pero sin ser abrumadora y dejaría lugar para otras ocupaciones y/o intereses. Además, la implicación en la actividad apasionada es completamente voluntaria y flexible, no es incontrolable ni rígida y el individuo tendría el control de la actividad de manera que cuando las condiciones se convierten en nocivas, la participación podría cesar.

En cambio, la pasión obsesiva (OP) implicaría la internalización de la actividad en la identidad y la participación en la actividad se asociaría a contingencias intra o interpersonales como la autoestima, la aceptación social o la excitación incontrolada. En este caso se produciría una sobre-identificación con la actividad apasionada y la persona valoraría la actividad por encima del resto de actividades e intereses. Con la OP, el individuo sentiría presión interior por dedicarse a la actividad y experimentaría conflicto entre la actividad y otras áreas de su vida. Este tipo de pasión podría incluso inducir al individuo a pensar sobre la actividad cuando no está involucrado en ella, lo que podría conllevar una persistencia rígida en la actividad a pesar de costes emocionales e interpersonales.

Las características que definen el mundo de la danza, contribuyen a que muchos bailarines experimenten su participación en el mismo desde la pasión obsesiva. Ello puede ser tanto más grave si tenemos en cuenta que la motivación para bailar y actuar es intrínseca más que basada en fama o fortuna, de manera que el compromiso con la carrera está alimentado más por la pasión que por una evaluación analítica de las recompensas económicas (Levine, 2004). L.H. Hamilton (1997a) indica que existen consecuencias estresantes para los bailarines a medida que la identidad y la vocación

(apasionada) emergen en uno. La autora señala que cuando la autoestima depende de la respuesta del otro, el peaje emocional puede ser caro (L.H. Hamilton, 1997a). Considerando que en ésta subcultura se valoran pocas cosas que no estén relacionadas con la danza, los bailarines pueden internalizar un autoconcepto muy limitado de quienes son y de aquello que podrían llegar a ser. Esto puede resultar peligroso puesto que el nivel de autoestima es entonces contingente al éxito o fracaso (Levine, 2004).

También resulta significativo y a la vez alarmante que muchos bailarines persistan en este mundo a pesar de sufrir decepciones que pueden llegar a cronificarse (L.H. Hamilton, 1997a). Muchos bailarines sin trabajo incluso utilizan las clases o audiciones para permanecer en contacto con un trabajo que les otorga sentido a través de su identificación con la profesión. Quizá el estado de bienestar y euforia (L.H. Hamilton, 1997a), que obtienen cuando logran una actuación óptima puede explicar parte de la pasión por la danza, pero las consecuencias de una pasión obsesiva pueden resultar desastrosas para el bienestar físico y psicológico de los bailarines.

### **1.2.3. Aspectos psicológicos a considerar durante la formación y el ejercicio de la profesión de bailarín**

Como hemos visto hasta ahora, la idiosincrasia de la formación y de la profesión en danza comporta un elevado nivel de exigencia tanto a nivel físico como a nivel psicológico. No es extraño, pues, que muchos bailarines acaben padeciendo lesiones y problemas emocionales de diversa índole (Sorignet, 2006). En este contexto, el apoyo o la terapia psicológica pueden ser de gran ayuda para los bailarines. En la actualidad son varios los profesionales que, como L.H. Hamilton, Sharp, Mainwaring, Buckroyd y Greben, se dedican a la asistencia de bailarines y otros profesionales de las artes escénicas. El psiquiatra Stanley E. Greben (2002), desde su amplia experiencia en tratar los aspectos emocionales de los bailarines, indica que, como grupo, los bailarines tienden a ser inteligentes, a poseer múltiples talentos y a ser personas altamente motivadas. Además, a consecuencia de su entrenamiento, están acostumbrados a recibir instrucciones, a ser dirigidos y corregidos, y suelen pensar que las personas con

autoridad tienen algo que enseñarles y alguna habilidad para ayudarles. No obstante, a menudo no se sienten competentes de manera autónoma, y dependen demasiado de la guía y opinión de los demás.

La constante orientación de los bailarines al logro de una mejora constante de sus destrezas en la danza comporta a menudo un subdesarrollo en otras áreas de su vida. Por ejemplo, muchos no tienen permiso de conducción, no saben manejarse con los bancos y a menudo sacrifican los estudios por su entrenamiento. Como consecuencia, tienden a carecer de confianza en su habilidad para tener éxito en cualquier otro tema que no sea la danza. La inexperiencia en diversos ámbitos de la vida diaria en comparación con el elevado dominio de la danza puede conllevar a una baja autoestima o a un estado depresivo (Greben, 2002).

Los bailarines se encuentran en mayor riesgo de sufrir determinadas enfermedades debido a su profesión. Por una parte, las exigencias estéticas en la danza llevan a los bailarines a sufrir trastornos en la alimentación con mayor probabilidad que la población en general. Por otra parte, el miedo a la lesión está omnipresente y la necesidad de manejar y afrontar las lesiones es común. Asimismo, envejecer es otra gran preocupación para los bailarines porque el cuerpo pierde progresivamente sus capacidades. Los bailarines viven con el conocimiento de que uno no puede bailar hasta una edad avanzada, como máximo hasta los 40 años<sup>25</sup>. A menudo sienten que no están preparados para la transición a otra profesión y es común la negación y la evitación a dejar los escenarios. Frecuentemente, impera la idea de continuar bailando hasta caerse, que los anglosajones refieren con la expresión *dance until you drop*.

Como venimos resaltando a lo largo del capítulo, para muchos bailarines bailar no es solamente una vocación si no que es toda su vida. La escuela o compañía de danza a menudo no incluye tan sólo la mayor parte de los colegas de un bailarín sino también a amigos y amantes. Perder un trabajo en una compañía priva a los bailarines de la

---

<sup>25</sup> Colomé (2007) destaca que la compañía Nerderlans Dans Theater III, creada en 1991, se compone de un grupo de bailarines mayores de 40 años, que al aplicar su amplia experiencia teatral denotan una verdadera excelencia. Esta compañía, a diferencia del resto, da valor a la madurez.

mayor parte de sus fuentes de seguridad y placer. Además, dado que la identidad del bailarín se halla íntimamente ligada a su trabajo, la pérdida de éste puede desorientar al bailarín.

A los factores psicológicos mencionados hasta el momento debemos sumar el hecho de que la experiencia del mundo de la danza es distinta en el caso de los hombres y de las mujeres. Hamilton, Kella & Hamilton (1995) observaron que los bailarines hombres eran menos emprendedores, estaban menos ajustados emocionalmente y más deprimidos que la norma. En cambio, las mujeres tenían menos fluctuaciones de humor y se sentían más gratificadas y realizadas con su trabajo. No obstante, Greben (2002), apunta que seguramente debido a la escasez de hombres en el mundo de la danza se aceptan conductas en ellos que no serían aceptadas en las mujeres, y por lo tanto, las mujeres experimentan aún más el trato diferencial y preferencial hacia los hombres

En cuanto al trabajo y al esfuerzo que realizan los bailarines, desafortunadamente, éstos no están realmente valorados por gran parte de la población. La sociedad suele ver a los bailarines como figuras románticas o como personas que juegan en lugar de trabajar. No se les respeta suficientemente si consideramos los años de esfuerzo sostenido que necesitan para construir sus carreras y los bajos ingresos económicos que obtienen en relación con su duro y constante trabajo (Greben, 2002).

No obstante, los bailarines se sienten recompensados por las satisfacciones que les produce bailar. Según Greben (2002), las fuentes de placer que los bailarines obtienen en la danza son diversas. Cabe señalar que los bailarines se hallan en un entorno bello tanto visual como musical. El placer en la danza deriva tanto de su componente estético como del uso kinestético que los bailarines hacen de su cuerpo. También es importante la satisfacción que los bailarines sienten al dominar y controlar los movimientos que están realizando. Otra fuente de placer tiene que ver con la posibilidad de trabajar en grupo o en compañía de otros así como con la de poder actuar y recibir el aplauso del público. Además, la actuación genera la

posibilidad de la fantasía, por ejemplo, al explicar una historia o transmitir unos sentimientos. En esencia, se encuentran en un ámbito artístico y es su capacidad de contribuir a ese arte lo que mantiene a los bailarines ligados a su trabajo.

Para resumir podríamos decir que la gratificación proveniente de la danza es multidimensional, abarcando diferentes ámbitos como el artístico, el musical, el visual, el emocional, el quines-tético, el atlético, etc. Sin embargo, dicha gratificación puede conducir en ocasiones a los bailarines a un nivel de autoexigencia extremo y éstos, sin el debido apoyo psicológico, corren el riesgo de desarrollar dolencias que pueden ser un obstáculo para el disfrute de su vocación.

### **1.3. Síntesis del capítulo**

En la primera parte de este capítulo hemos presentado una panorámica general (y necesariamente sintética) de las ciencias de la danza, haciendo especial hincapié en la psicología. En primer lugar hemos revisado los orígenes de la medicina de las artes escénicas y de la danza para luego explicar los conceptos de medicina de las artes escénicas, medicina de la danza y ciencia de la danza. Con ello hemos querido resaltar que la finalidad de estas tres disciplinas es común, puesto que persiguen el bienestar de los bailarines, ya sea desde la prevención, el tratamiento, el seguimiento o la investigación.

Situándonos ya en el marco de las ciencias de la danza, nos interesa particularmente la psicología de la danza y, por extensión, la psicología de los artistas escénicos. Después de definir estos conceptos, hemos centrado nuestra atención en tres subtemas: 1) el asesoramiento psicológico, la terapia de apoyo y psicoterapia; 2) el entrenamiento en habilidades mentales; 3) los aspectos emocionales en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la danza.

Diversas investigaciones han mostrado que las exigencias físicas y mentales durante la formación y el desempeño profesional de los bailarines son elevadas. Por ello, la

intervención ya sea como apoyo, asesoramiento o psicoterapia está demostrando ser útil. Tanto en la literatura como en la práctica clínica se tiene constancia de sintomatologías, síndromes y trastornos clínicos en bailarines que, por lo tanto, pueden beneficiarse de ayuda psicológica, como por ejemplo en el caso de trastornos de la alimentación, ansiedad, perfeccionismo, estrés, consumo de sustancias psicoactivas y en situaciones de depresión o duelo al no poder bailar.

En cuanto al entrenamiento en habilidades mentales, apuntamos hacia su creciente interés en el mundo de la danza a la vez que proponemos la necesidad de plantear estudios empíricos que nos permitan conocer la forma y el alcance de sus beneficios con mayor precisión. En este sentido, por ejemplo, creemos que pueden resultar una alternativa eficaz para reducir la continua repetición de pasos, optimizar el rendimiento y regular algunas variables psicológicas.

En relación con los aspectos emocionales en el mundo de la danza, nos adherimos a Hecht (2006) y a Buckroyd (2000) al considerar que debe tenerse en cuenta la voz de los bailarines. Asimismo, consideramos altamente pertinentes las propuestas de intervención para facilitar el desarrollo emocional de los bailarines sugeridos por van Standen (2006) y Hecht (2007).

En el último apartado señalamos que el asesoramiento psicológico en el mundo de la danza también puede beneficiar a los profesores e incluso a coreógrafos y directores. En este sentido, creemos interesante considerar la doble vertiente de este proceso: por una parte puede ayudar a pensar y reflexionar sobre la tarea de enseñanza en danza y la interacción con los bailarines, al tiempo que puede resultar un apoyo directo a los profesores quienes, a menudo, deben afrontar las dificultades en soledad.

En la segunda parte de este capítulo hemos descrito las características de la vida de los bailarines, prestando especial atención al proceso de formación y el desarrollo de su profesión cuando no están en escena.



Apuntamos brevemente a la demografía de la danza en diferentes partes del mundo. Seguidamente, dedicamos la primera parte al proceso de formación de los bailarines y de su profesión. En concreto revisamos aspectos como la exigencia, la competitividad y el proceso de selección, tanto durante la formación, como en la profesión de los bailarines. Nos centramos en la necesidad de sumergirse casi exclusivamente en la danza para no ser distraído por otros intereses y poder lograr un alto nivel de precisión en los movimientos. Además, comentamos las renuncias que supone escoger esta alternativa en la vida, tanto durante la infancia como en la adolescencia. Comentamos diversas publicaciones que señalan que los bailarines en formación no suelen experimentar la crisis de identidad de la adolescencia en el momento evolutivo apropiado, sino que los bailarines adolescentes suelen mostrar conductas de obediencia y conformidad con las figuras de autoridad. Por lo tanto, esta necesaria crisis para el desarrollo personal tiende a estar pospuesta. Nos interesamos también por la dinámica estudiante-profesor y especialmente como el estilo autoritario y excesivamente crítico de algunos profesores puede perjudicar la salud mental de los bailarines y por lo tanto, su éxito profesional.

Hemos dedicado un apartado para considerar el empleo del cuerpo como instrumento de expresión artística. Resaltamos la necesidad de integrar la mente-cuerpo en una visión holística del bailarín, para evitar deshumanizar y objetivizar el cuerpo como un simple instrumento dissociado del sentimiento de sí mismo.

En cuanto a la profesionalidad en la danza, señalamos algunos rasgos característicos como la competitividad, la movilidad geográfica de los bailarines, la corta duración de la carrera profesional y la baja remuneración en relación con la dedicación y el esfuerzo requerido. También apuntamos las cualidades necesarias para que los bailarines tengan éxito, así como factores estresantes, tanto en la danza clásica como en la contemporánea.

Dada la temprana identificación de los alumnos como bailarines y del sentimiento apasionado que sienten hacia la danza, nos hemos preocupado por unir los conceptos

de pasión e identidad en los bailarines. Siguiendo la publicación de Rip et al. (2006) definimos la pasión obsesiva y la pasión armoniosa y sus consecuencias en la manera que los bailarines integran la danza en su identidad, en función de si se adhieren más a un tipo de pasión u otra.

Para terminar el capítulo, hemos señalado los aspectos psicológicos en la formación y profesión de los bailarines.

El próximo capítulo lo dedicamos a las lesiones músculo-esqueléticas en la danza. Abordamos la definición de la lesión y la incidencia de las mismas en función de los criterios de localización, inicio y técnica de danza. También revisamos los factores de riesgo y de protección para las lesiones en los bailarines.

- 2.1. Hacia una definición de lesión en danza.
- 2.2. Incidencia según factores: localización, inicio y técnica de danza.
  - 2.2.1. Localización de las lesiones.
  - 2.2.2. Lesiones de inicio insidioso o traumático.
  - 2.2.3. Incidencia de las lesiones en función de la técnica de danza.
- 2.3. Dolor y problemas músculo-esqueléticos en bailarines retirados.
- 2.4. Factores de riesgo y factores de protección.
  - 2.4.1. Sexo y edad de inicio en la danza.
  - 2.4.2. Factores evolutivos.
  - 2.4.3. Factores fisiológicos y morfotipo.
  - 2.4.4. Entorno de trabajo de los bailarines.
  - 2.4.5. Preparación física y entrenamiento.
  - 2.4.6. Estilo de vida.
  - 2.4.7. Factores psicosociales
- 2.5. Síntesis del capítulo.



## Las lesiones músculo-esqueléticas en danza

Como hemos puesto de manifiesto en el capítulo anterior, las lesiones juegan un papel determinante en el mundo de la danza. La preocupación de los profesionales de este ámbito ante la incidencia de las lesiones se hace patente cuando algunas compañías optan por estudiar su coste económico así como la forma de reducir tanto el coste como la frecuencia de su aparición (Bronner, Ojofeitimi & Rose, 2003; Garrick & Requa, 1993; R. Solomon, J. Solomon, Micheli & McGray, 1999).

Resulta necesario, por tanto, reflexionar sobre qué constituye una lesión para la danza, sobre su incidencia, así como sobre las características de las lesiones que los bailarines sufren con mayor frecuencia según los estudios realizados hasta el momento. Finalmente, nos centraremos en los factores de riesgo y de protección a las lesiones, especialmente desde un punto de vista psicológico, dado que el estudio que presentaremos en el apartado empírico tiene como objetivo explorar y precisar la sintomatología de depresión, desesperanza y del estado de ánimo que presentan los bailarines lesionados así como sus estrategias de afrontamiento.

### 2.1. Hacia una definición de lesión en danza

De la revisión de los estudios realizados en el campo de la medicina y ciencia de la danza se desprende que no existe una definición de lesión en danza unificada y estandarizada. Esto conlleva una serie de problemas, especialmente a la hora de garantizar la validez de la comparación con los estudios de epidemiología<sup>26</sup> de las lesiones en danza y de sus características (Caine & Garrick, 1996).

---

<sup>26</sup> La epidemiología es la rama de la medicina que estudia la frecuencia y distribución de enfermedades en una población y los factores que condicionan la aparición de dichas enfermedades (Pozo, 2003)

Es necesario, por tanto, que empecemos por considerar qué es una lesión en danza y quién determina si ha ocurrido una lesión o no, puesto que ésta puede variar considerablemente en función de la persona que la defina (los propios bailarines, los directores, o los profesionales de la salud, entre otros). En relación con esta cuestión, Garrick & 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.

En general, podemos decir que una lesión músculo-esquelética es cualquier lesión o trastorno de los músculos, huesos, articulaciones, tendones, ligamentos, nervios, vasos sanguíneos o tejido blando relacionado. Así, incluiríamos dentro de este tipo de lesión a la distensión, el esguince, la fractura o la inflamación causada o agravada por la actividad (Safety and Health in Arts Production and Entertainment, 2004). No obstante, la comunidad de medicina y ciencia de la danza aún no ha llegado a un acuerdo en cuanto a los efectos o consecuencias que el dolor o malestar físico debe ocasionar para ser considerado como una lesión.

En el transcurso de los años, se ha puesto el acento en diferentes criterios para definir una lesión:

- 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 & Richardson (2007) han revisado el tipo de definiciones que emplean las diversas organizaciones. *El National Institute of Occupational Safety and Health* (NIOSH) basa su definición de lesión en la frecuencia y la severidad de los síntomas. En el ámbito del deporte, la *National Athletic Injury Reporting Systems (NARIS)* y el *National Collegiate Athletic Association's Injury Surveillance System (ISS)*, así como la *International Performing Arts Injury Reporting System (IPAIRS)* en el ámbito de las artes escénicas, basan su definición en la pérdida de un tiempo dedicado a la actividad, y especifican el tiempo perdido en términos de grado. De todos modos, las lesiones sin pérdida de tiempo pueden ser incluso más frecuentes (Powell & Dompier, 2004) y por tanto Liederbach & Richardson (2007) consideran que una definición basada en la pérdida de función puede ser una alternativa útil. Además, a parte de definir la lesión en base a criterios de pérdida de funciones o de tiempo, 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 las mismas (Liederbach & Richardson, 2007).

En este estudio 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 (Liederbach, 2000). También consideramos bailarines lesionados a aquellos que continúan bailando a pesar de padecer algún dolor o disfunción física, ya sea soportando el dolor a base de estoicismo o bien ayudados por cuidados personales y/o fármacos (Krasnow, Mainwaring & Kerr, 1999; Laws, 2005; Powell & Dompier, 2004).

Dadas las características de la patología músculo-esquelética en danza, debemos 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. En algunas ocasiones, el origen de las lesiones puede ser mixto, de modo que la 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 tendinopatias (Morton & Cassidy, 2006).

En la *tabla 2.1* mostramos las lesiones más frecuentes en danza ordenadas en función de la zona corporal afectada (adaptado de Harkness Center for Dancer Injuries, 2008b).

**Tabla 2.1.** Lesiones de danza más frecuentes (adaptado de Harkness, Center for Dance Injuries, 2008b)

Pie	Tobillo	Rodilla/Muslo	Cadera	Columna	Hombro	Codo/Muñeca/Mano
Fractura por estrés	Tendinitis del Aquiles	Dolor femoro-patelar	Trocantéristis y Bursitis	Distensión y contractura muscular lumbar	Luxación del hombro	Epicondilitis (Codo del tensita)
Fractura por estrés del 5º metatarsiano	Sesamoiditis	Dedo en gatillo	Cadera en re-sorto	Síndrome facetario posterior	Síndrome subacromial	Epidrodeitis (codo del golfista)
<i>Hallux Valgus</i> y bursitis (juanete)	“ <i>Posterior Impingement Syndrome</i> ”	Hiperextensión de rodilla	Síndrome del musculo Iliaco	Endermedad de Shuermann	Tendinopatía del manguito de los rotatores	Síndrome del túnel carpiano
<i>Hallux rigidus</i>	“ <i>Anterior Impingement Syndrome</i> ”	Subluxación de rotula Síndrome Femoro-patelar Condromalacia	Síndrome del Piramidal	Espondilolisis	Distensión de la articulación acromioclavicular	Luxación de muñeca
Fascitis Plantar	Dolor lateral del tobillo	Síndrome de Plica Sinovial	Fractura por estrés del cuello femoral	Espondilolistesis		
Metatarsalgia		Lesiones Meniscales	Osteoartritis	Hernia del disco lumbar		
		Lesiones del ligamento lateral interno		Sacroileitis		
		lesiones del ligamento cruzado anterior				
		Osteoartritis				



## 2.2. Incidencia según factores: localización, inicio y técnica de danza

*«While Aristotle (384-322 BC) suggested that “men may fall into ill health as a result of hypoactivity”, the Father of Medicine, Hippocrates (469-399 BC), noted that “physical condition (i.e., health) is at risk when exercise is at very high levels”»<sup>27</sup>.*

*Myszkewycz & Koutedakis (1998, p.88)*

Es habitual que, a lo largo de su formación y durante el desarrollo de su profesión, los bailarines sufran más de una lesión (Lewis, Dickerson & Davies, 1997). Los estudios que intentan recoger la prevalencia de lesiones indican una elevada incidencia de las mismas en bailarines de diferentes estilos de danza, edades y niveles de participación. Recientemente, Morton & Cassidy (2006) han realizado una revisión sistemática de la literatura científica anglosajona sobre el dolor y las lesiones músculo-esqueléticas en la danza. A pesar de las limitaciones que presentan (muestras reducidas, diferentes o poco matizadas definiciones de la lesión, etc.) estos estudios han llegado a algunas conclusiones que resultan de interés para nuestra investigación.

Así, por ejemplo, los estudios de Ramel et al., (1994, 1998, 1999) con bailarines profesionales de Suecia, indican que la prevalencia de dolor músculo-esquelético es del 95% y que el 90% de los bailarines de ballet experimentan dolor recurrentemente (Morton & Cassidy, 2006). Parece interesante poner en relación los estudios de Ramel et al., con el hallazgo de Tajet-Foxell & Rose (1995) que señala que el umbral del dolor y su tolerancia son más altos en bailarines profesionales que en individuos que no se dedican a esta profesión.

---

<sup>27</sup> «Mientras Aristoteles (384-322 AC) sugirió que “los hombres pueden enfermar como resultado de hipoactividad” el padre de la medicina, Hipócrates (469-399 AC), apuntó que “la condicion física (ej. la salud) está en riesgo cuando el ejercicio se realiza a muy alto nivel.»

### 2.2.1. Localización de las lesiones

A pesar de los diferentes estilos de danza y niveles de participación, las lesiones registradas con mayor frecuencia se producen en las extremidades inferiores. Del análisis epidemiológico de las lesiones en danza escénica de Caine & Garrick (1996) se desprende que aproximadamente entre el 60,9 y el 73,3% de las lesiones se hallaban en las extremidades inferiores, el 20,9% afectaba a la cabeza, columna y tronco, con preponderancia de la columna lumbar, y el 4% se encontraban en las extremidades superiores. Investigaciones más recientes han hallado un patrón similar en la localización de las lesiones. En la *tabla 2.2* presentamos los resultados de los principales estudios sobre la incidencia de las lesiones en las diferentes técnicas de danza. En todos ellos se observa que las lesiones se localizan más frecuentemente en las extremidades inferiores. En relación con las demás áreas anatómicas más frecuentemente lesionadas, los estudios suelen apuntar al torso, o a la zona lumbar. Estos datos concuerdan con la revisión de Morton & Cassidy (2006) de la que se desprende que dentro de las lesiones en las extremidades inferiores, las más frecuentes son en el pie y/o el tobillo, seguido de la rodilla y que dentro de la espalda existe una mayor prevalencia de la zona sacro-lumbar, aunque el cuello también está representado. Además, resaltamos que Arendt & Kerschbaumer (2003), con bailarines de danza clásica en Alemania, obtuvieron un mayor porcentaje de lesiones en los hombros de los hombres (9%) que en los de las mujeres (2,5%). Asimismo en danza contemporánea, Shah & Weiss (2005) encontraron que el 45% de los bailarines señaló una zona anatómica lesionada, el 50% indicó dos y el 17% tres o más zonas lesionadas durante el último año. En la zona de Barcelona, Massó (1992) halló que el 50% de bailarines padecía *hallux valgus* pero que variaba según la técnica de danza.

**Tabla 2.2.** Principales estudios sobre la incidencia y localización de las lesiones en danza.

Autores	AÑO	Técnica de Danza	Muestra	Evaluación	RESULTADOS	
					Localización de la lesión	Prevalencia
Arendt & Kerschbaumer	2003	Clásica	42 mujeres 35 hombres	Prospectivo 5 años	64% en extremidades inferiores 24% en el torso.	285 lesiones en las mujeres y 282 en los hombres.
Bronner et al.	2003	Contemporánea	42 bailarines	Retrospectivo y prospectivo 5 años	58% en extremidades inferiores 17% en lumbares y en la pelvis.	79-81%
Shah & Weiss	2005	Contemporánea	184 bailarines 73% mujeres 27% hombres	Retrospectivo, Encuesta anónima por correo	19,5% tobillo 18,6% lumbar 18,1% rodilla 11,4% el pie 10% la cadera	74% (137) sufrió al menos una lesión en el último año. 259 lesiones en total o 1068 lesiones por 1000 horas de danza.
Massó	1992	Varias	106 bailarines	prospectivo	Pie-tobillo Columna	50% <i>Hallux Valgus</i> pero variaba según técnica danza
Byrthing & Bo	2002	Clásica	41 bailarines profesionales	5 meses prospectivo	Pie y tobillo Cadera y espalda	64 lesiones 3,2 lesiones por bailarín
Evans et al.	1996	Broadway	161 bailarines 151 actores	retrospectivo		55,5 lesiones en la presente producción

### 2.2.2. Lesiones de inicio insidioso o traumático

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, et al. 2003; Caine & Garrick, 1996). Algunas de las lesiones causadas por microtrauma repetitivo son la tendinitis, tenosivitis, bursitis, fracturas por estrés, sobrecargas y neuropatías. Este tipo de lesiones no suelen ser invalidantes a corto plazo. En cambio, las lesiones debidas a un macrotrauma de inicio agudo están normalmente asociadas a un episodio único, como son las distensiones musculares, las roturas ligamentosas y las fracturas (Freddie, & Irrgang, 2001). 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).

En el estudio de Arendt & Kerschbaumer, (2003) la mayor parte de las lesiones eran por sobrecarga, pero el 73% de las lesiones consideradas severas fueron de inicio

agudo y ocurrieron durante saltos o levantamientos. Las lesiones severas por sobrecarga se hallaban en las extremidades inferiores y en la zona lumbar y fueron debidas a deficiencias técnicas. Bronner et al. (2003) en su estudio de bailarines de danza contemporánea, también hallaron que la mayor parte de las lesiones eran por sobrecarga e incluían esguinces, distensiones, fracturas por estrés del metatarso y osteonecrosis u osteocondritis disecante del tobillo. Un pequeño porcentaje de las lesiones, tales como distensiones de los ligamentos y fracturas, eran agudas. Además, hallaron que el 54% de las lesiones por trauma único ocurrieron durante las actuaciones.

### **2.2.3. Incidencia de las lesiones en función de la técnica de danza**

Los investigadores en epidemiología de lesiones se han interesado por conocer si las lesiones ocurren más frecuentemente en función de ciertas técnicas de danza. En este sentido, Bowling (1989), en el Reino Unido, halló que entre 141 profesionales de danza clásica y contemporánea, el 84% había padecido una lesión que afectó su capacidad para bailar en algún momento de su vida. Algunos autores han centrado su atención en las compañías de ballet clásico y han observado que la incidencia de lesiones anuales abarca desde el 67% hasta el 95% de los bailarines (Arendt & Kerschbaumer, 2003; Garrick & Requa, 1993; Nilsson, Leanderson, Wykman & Strender, 2001; Ramel et al., 1998; Solomon et al., 1999). En teatros alemanes hallaron un total de 285 lesiones en las mujeres y 282 en los hombres (ver *tabla 2.2.*). Además, en una compañía de ballet noruega, Byrthing & Bo (2002), el 75% de los bailarines padecieron como mínimo una lesión durante un periodo de 5 meses, siendo la incidencia de 3,2 lesiones por bailarín. Las lesiones eran mayoritariamente moderadas y severas, de las cuales, el 22% fueron de inicio agudo. En concreto, todas las lesiones severas fueron de inicio agudo y se localizaron en el pie o el tobillo. El 15,6% de los bailarines tuvieron que ausentarse del trabajo. En Japón, Kuno-Mizumura et al. (2007) entre 26 bailarinas de danza clásica hallaron que 20 de ellas habían sufrido una lesión en el pasado siendo la más común el esguince de tobillo (50%).

En relación con las lesiones en la danza contemporánea, Bronner et al. (2003) hallaron porcentajes similares a los de la danza clásica en bailarines de una compañía de danza contemporánea (79-81%). Asimismo, en el estudio de Shah & Weiss (2005) también obtuvieron porcentajes parecidos (74%).

En el ámbito de las producciones musicales y teatrales como las que se producen en Broadway, Nueva York, y en el West End, Londres, el porcentaje de lesionados es algo inferior. Concretamente, Evans, Evans, Carvajal & Perry (1996) estudiaron a 168 bailarines y a 151 actores de diversas producciones de Broadway, encontrando que el 55,5% de ellos habían sufrido al menos una lesión en el transcurso de producción en la que trabajaban en ese momento. Igualmente, en 269 artistas de producciones del West End (obras de teatro y musicales) Evans, Evans & Carvajal (1998) hallaron que el 46% padecía al menos una lesión. Mayers, Judelson & Bronner (2003) encontraron 96 lesiones en 104 bailarines de claqué, sin embargo el 35% de las lesiones se hallaron en un subgrupo correspondiente al 8,6% del total de los bailarines estudiados. Esto condujo a los autores a pensar que se trataba de sujetos con factores de riesgo que les predisponían a las lesiones, sin embargo las variables estudiadas no oscilaban significativamente con respecto al resto del grupo.

Morton & Cassidy (2006) indican que la incidencia de nuevas lesiones en estudiantes de danza es de entre el 43% y el 85% durante un año escolar. En el ámbito de academias privadas de danza, Kish, Plastino & Martyn-Stevens (2003) hallaron 226 lesiones en 173 estudiantes de edades comprendidas entre los 8 y 18 años de edad, cuya media era de 15,2 años. Las lesiones en estudiantes de danza irlandesa fueron estudiadas por McGuinness & Doody (2005) en 159 bailarines y hallaron que el 79% (125) tenía una o más lesiones. El tobillo (60) y el pie (48) eran los sitios de mayor incidencia respectivamente. Pozo (2003) ha estudiado a 32 bailarines preprofesionales de danza española procedentes del 5º Curso del Conservatorio de Danza de Madrid y señala que más de la mitad de la muestra (aproximadamente el 60%) había padecido incapacidad física para la práctica de la danza debido a una patología músculo-esquelética durante los últimos 12 meses, pero la incapacidad no fue permanente en

ningún caso. Lan & Wen (2006) llevaron a cabo un estudio trasversal sobre la presencia de lesiones en estudiantes en la Academia de Danza de Beijing. Participaron un total de 249 estudiantes, 148 de los cuales eran chicas y 101 chicos cuya edad estaba comprendida entre los 12 y 19 años. Tenían una media de 4,9 años de formación y solían entrenar unas 22 horas a la semana. De los 249 bailarines, 332 habían sufrido una o más lesiones, alcanzando un total de 341 lesiones. El 25,6% (190) de las lesiones se hallaban en el pie y en el tobillo, el 24,2% (179) en la rodilla y el 20,1% (149) en la zona lumbar (Lan & Wen, 2006). Asimismo, en Japón también se estudiaron las lesiones y el dolor en 27 chicas estudiantes de un departamento de danza que se estaban preparando para una competición de danza contemporánea (Kuno-Mizumura et al., 2007). En el momento de la investigación, estaban tomando clases extras y ensayando para la competición tres o cuatro horas cada día. El 86,6% (18 de los bailarines) padecían dolor que les impedía bailar al principio del ensayo, el 77% (21) había tenido una lesión previa, siendo la más común el esguince de tobillo (48%) y también estaban presentes otras lesiones como distensiones musculares, dolor en las lumbares y fracturas por estrés. En cuanto a la incidencia de lesiones en 30 estudiantes universitarios de danza contemporánea, Weigert & Erickson (2007) hallaron aproximadamente un 30% de lesiones determinadas por la visita médica cada semestre, mientras que la incidencia incrementaba hasta 67% en el primer semestre y 77% en el segundo, cuando se emplearon técnicas de autoinforme. Los autores señalan que esta notable diferencia apoya la hipótesis de que es probable que los bailarines no busquen atención médica para todos los problemas músculo-esqueléticos.

Por ello, debemos 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). En su tesis doctoral, Pozo (2003) ya indica que Garrick & Requa (1993) hallaron en una compañía de ballet que durante los 6 meses de la temporada, entre un tercio y la mitad de la compañía estaba simultáneamente en tratamiento debido a las lesiones, pero sólo la mitad de los bailarines comunicaron su lesión al médico de la compañía. Asimismo, en

una compañía de ballet sueca de 40 bailarines, sólo fueron declaradas oficialmente 20 lesiones de las 376 sufridas a lo largo de tres años (Ramel & Moritz, 1994).

Al comparar el patrón lesional entre diferentes técnicas de danza, Holohan & Rothman (2005) hallaron que las estudiantes de ballet clásico tenían una incidencia mayor de dolor en el pie que las estudiantes de danza contemporánea. Estos resultados concuerdan con el estudio de Massó (1992), donde al analizar la presencia de *hallux valgus* bilateral en función de la técnica de danza empleada, se hallaron diferencias significativas entre la danza clásica y la contemporánea. Específicamente, el 58,75% de los bailarines de danza clásica presentaban *hallux valgus* bilateral mientras que tan sólo el 24% de los bailarines de danza contemporánea lo hacían.

En nuestro país, J. B. Calvo analiza los primeros 750 tratamientos atendidos en su consulta. De ellos se desprende que en danza clásica las lesiones se localizaban más frecuentemente en el pie y tobillo, en danza española en la rodilla y en el flamenco en la columna cervical y en el pie (Calvo, 2001).

Consideramos importante señalar las dificultades para poder comparar los resultados obtenidos en la prevalencia/incidencia de lesiones dados los diferentes métodos de evaluación, obtención de datos y definición de la lesión entre otros. No obstante, todas las investigaciones indican una elevada frecuencia de lesiones independientemente de la técnica de danza, ya sean estudiantes o profesionales. Por ello, en el siguiente apartado nos parece sugerente acercarnos a la presencia de dolencias músculo-esqueléticas en bailarines retirados.

### **2.3. Dolor y problemas músculo-esqueléticos en bailarines retirados**

De la literatura revisada hasta el momento se desprende que existe una clara vinculación entre la práctica de la danza y las lesiones músculo-esqueléticas. Desconocemos, sin embargo, si estas lesiones ocasionan limitaciones funcionales a largo plazo en los bailarines, específicamente en aquellos que se han retirado de la

danza. En este sentido, Rönkkö et al., (2007) se han interesado por estudiar las quejas, el dolor y las incapacidades de bailarines retirados de ballet (n=32) y danza contemporánea (n=8) en comparación con la población general (n=631). La edad media de los bailarines fue de 59 años para los de danza clásica y de 50 años para los de danza contemporánea. Los resultados hacen referencia a síntomas durante el último mes e indican que el 19% de los bailarines de danza clásica tenían dificultades para caminar o cojeaban debido a dolor en la cadera, mientras que al 38% les ocurría debido a dolor en la rodilla. En los de danza contemporánea, el 50% tenían las mismas dificultades debido a dolor en la cadera y el 14% debido a dolor en la rodilla. Se hallaron problemas en el pie y tobillo en el 11% de los bailarines de danza clásica y en el 6% de los de contemporánea. El dolor en cualquier articulación (excluyendo la columna) fue expresada por el 78% de los bailarines, siendo el cuello y el hombro la localización más señalada. Los autores concluyen que los bailarines tienen significativamente mayor dificultad al andar o cojean, debido a dolor en la rodilla o en la cadera que los individuos integrantes del grupo control que no habían practicado la danza.

#### **2.4. Factores de riesgo y factores de protección**

Durante las últimas décadas hemos asistido a un creciente interés por determinar los factores que influyen en la vulnerabilidad y resiliencia de la lesiones en la danza. La aparición de lesiones puede deberse tanto a factores físicos como psicológicos. Las causas de las lesiones pueden considerarse, de hecho, como una combinación de factores entrelazados e interdependientes que repercuten de una determinada manera en un momento concreto. Revisamos a continuación factores como: el sexo de los bailarines y la edad de inicio en la danza, factores evolutivos, factores fisiológicos y morfotipo, su entorno de trabajo, la preparación física y el entrenamiento, su estilo de vida y factores psicosociales.



### 2.4.1. Sexo y edad de inicio en la danza

Los estudios han obtenido resultados contradictorios en cuanto a la incidencia de las lesiones en función del sexo Pozo (2003). Así, por ejemplo, Evans et al. (1996) hallaron que la condición de mujer era un factor de riesgo, pero Nilsson et al. (2001) observaron que los hombres suelen tener lesiones de inicio agudo debidas a un traumatismo único, mientras que las mujeres tienden a sufrir lesiones por sobrecarga. Laws (2005) halló que las mujeres tenían mayor tendencia a tener una lesión de cadera que los hombres y Morton & Cassidy (2006) señalan que el sexo parece influir en la localización de la lesión, pero no en la incidencia. Según Hamilton et al. (1989), la distribución y frecuencia de las lesiones no está tan determinada por el sexo, sino más bien por los años totales que la persona lleva bailando. Debemos recordar, que las niñas suelen empezar a bailar aproximadamente cuatro años antes que los niños. Noh (2005) halló que los profesionales del ballet sufrían más lesiones y requerían más tiempo para superarlas en comparación con los estudiantes universitarios y de secundaria. Asimismo, Hamilton et al. (1989) indicaron que los bailarines mayores (con una edad de 30 años o superior) padecían más lesiones y pasaban más periodos incapacitados que los bailarines jóvenes. Evans et al. (1996) han encontrado que tener más años de experiencia profesional es un factor de riesgo para lesionarse. Además, L.H.Hamilton (1998) halló que el porcentaje de individuos que padecían lesiones crónicas era mayor entre los bailarines profesionales que en estudiantes.

La edad de inicio en la danza también puede ser un factor de riesgo. Por una parte, los bailarines que se inician en ciertas técnicas de danza antes de estar preparados presentan una mayor probabilidad de lesionarse. Uno de los deseos de todas las niñas que aspiran a ser bailarinas es bailar con zapatillas de punta, pero empezar demasiado pronto puede ser un factor de futuras lesiones. En este sentido, el Dr. Weiss y IADMS recomiendan no empezar a bailar con puntas antes de los 12 años y tener en cuenta la anatomía, fuerza, hipermobilidad y entrenamiento previo de cada persona. Es posible que en algunos casos, la persona no esté preparada hasta unos años más tarde (Weiss, 2005). Massó (1992) al analizar la presencia de *hallux valgus* en función de la edad de

inicio en la danza, encontró diferencias estadísticamente significativas. Específicamente, entre los bailarines que se habían iniciado en la danza antes de los 11 años de edad, el 65% presentaban *hallux valgus*, mientras que sólo lo presentaban el 25,8% de los bailarines que se habían iniciado en la danza a una edad superior a los 11 años. La edad de inicio en la danza también repercutía significativamente en la mayor o menor presencia de hiperqueratosis. En su estudio, Massó (1992) halló que el 44% presentaban hiperqueratosis, el 78,8% de los cuales se habían iniciado en la práctica de la danza antes de los 11 años, mientras que el 41,7% se habían iniciado a una edad superior a los 11 años. 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 (L.H. Hamilton 1998). Es habitual que los bailarines que se inician tardíamente en el mundo de la danza tiendan a atender 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.

#### 2.4.2. Factores evolutivos

El crecimiento y desarrollo en los niños y adolescentes así como los cambios degenerativos en los más mayores también son factores de riesgo. Poggini, Lasasso & Iannone (1999), consideran la pubertad y los cambios músculo-esqueléticos durante el periodo de crecimiento como factores de riesgo para las lesiones de inicio insidioso en estudiantes de danza<sup>28</sup>. Steinberg, Siev-Ner & Hershkovitza (2005) llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal con un grupo control de las lesiones de las bailarinas en función de la edad. Participaron 1.555 bailarinas de edades comprendidas entre los 8 y 16 años reclutadas de diferentes escuelas de danza en Israel e incluyeron diferentes técnicas como el ballet clásico, el contemporáneo y el jazz. Asimismo, emplearon 226

---

<sup>28</sup> Al crecer el cartilago es menos resistente al microtrauma repetitivo que el cartilago adulto. Además el desarrollo músculo-esquelético es asincrónico, los huesos crecen más rápido que los tejidos blandos, lo cual incrementa la tensión en los ligamentos, llevando a una pérdida de flexibilidad en las articulaciones. Cuando existe un crecimiento rápido, se puede producir una pérdida de fuerza que se traduce en movimientos incontrolados y una pérdida temporal de coordinación (Poggini et al. 1999).

chicas no bailarinas de una edad parecida como grupo de control. Los autores encontraron que la incidencia de las lesiones incrementaba de manera considerable en función de la edad. Específicamente, observaron que a los ocho años, el 11% de las bailarinas había sufrido algún tipo de lesión, mientras que a los catorce años el número de lesiones se incrementaba hasta el 45% de las participantes. El patrón y el tipo de lesión también variaron en función de la edad. En las bailarinas más jóvenes, es decir entre los ocho y los nueve años la lesión más común era la tendinitis (41% de todas las lesiones) seguido por problemas de espalda y de rodilla (28% y 11% respectivamente). A la edad de catorce y dieciséis años los problemas de rodilla eran la mayor causa de queja (33%), seguido de la tendinitis (22%) y de los problemas de espalda (18%). En cuanto al grupo de control la queja más común era los problemas de rodilla (37%) aunque con la edad incrementaban significativamente los problemas de espalda. La tendinitis era rara en todos los grupos de edad dentro del grupo de control. El porcentaje de bailarinas que tenían dos o más lesiones repetidas aumentaba desde los nueve años (27,7%) hasta los dieciséis (46%). Los autores concluyeron que las bailarinas jóvenes (entre los ocho y los nueve años) eran más propensas a lesiones de los tendones y de la espalda mientras que las más mayores padecían más lesiones de rodilla.

La mayor parte de las lesiones en bailarines mayores de 40 años afecta al pie y a la rodilla, con patologías como *hallux rigidus*, *hallux valgus* y artrosis femoro-patelar (Rietveld, 2000).

### **2.4.3. Factores fisiológicos y morfotipo**

En más del 90% de la lesiones, el uso de una técnica incorrecta de danza juega un papel importante en la aparición de las mismas (Howse, 2002). Por ello, debemos tener presente que la estructura anatómica de un individuo puede dificultar el uso correcto de una determinada técnica de danza y, como consecuencia, incrementar notablemente la probabilidad de tener una lesión. Como apunta L.H. Hamilton (1998), no podemos cambiar nuestra anatomía, pero sí es posible escoger la técnica de danza que mejor se

adecue a las habilidades naturales de nuestro cuerpo. Por ejemplo, una chica con escasa rotación externa, probablemente pueda prevenir lesiones innecesarias y tenga más éxito en su carrera profesional si escoge otro tipo de danza que no sea ballet, como puede ser la danza contemporánea.

No nos queremos extender en los factores físicos conocidos influyentes en la facilitación de lesiones (Angiogi, Twitchett & Wyon, 2006; Howse, 2002; Koutedakis & Sharp, 1999; Koutedakis & Jamurtas, 2004), puesto que éstos van más allá del objetivo de la presente tesis. No obstante cabe mencionar los siguientes:

1. Condición física
2. Características músculo-esqueléticas : morfología, laxitud articular, etc.
3. Factores antropométricos: composición, índice de masa muscular, alineación corporal etc.,
4. Factores hormonales relacionados. Cuando los bailarines se alimentan de una manera inadecuada ya sea por presiones estéticas o por motivos emocionales, existen una serie de consecuencias para su salud física y mental, entre ellas la posibilidad de amenorrea primaria y secundaria y de osteoporosis. El síndrome conocido en el mundo anglosajón como *Female athlete triad* o tríada de la atleta consiste en una alimentación desordenada, amenorrea y osteoporosis. Este proceso se inicia con una dieta deficiente combinada con niveles de ejercicio elevados que genera una interferencia en el equilibrio hormonal necesario para la menstruación y para mantener los huesos saludables. Específicamente, la ausencia de la menstruación puede generar una pérdida de la densidad de mineralización ósea causando osteoporosis y fracturas por estrés, además de infertilidad y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (Minden, 2005; Warren, et al., 2003). Para mantener el esqueleto de los bailarines en forma, Myszkewycz & Koutedakis (1998) sugieren estrategias como mantener un peso corporal adecuado, una dieta normal que incluya un suplemento de calcio, descanso apropiado después de periodos de actividad física exigente, y estar pendiente de las posibles irregularidades menstruales.

#### 2.4.4. Entorno de trabajo de los bailarines

Es necesario valorar las condiciones de trabajo con las que se encuentran los bailarines. En ocasiones los estudios de danza pueden estar abarrotados o sus pavimentos pueden no ser los más apropiados para bailar (Byhring & Bo, 2002) Los suelos con poca absorción, resbaladizos y pegajosos pueden resultar muy dañinos especialmente para los saltos. Hoy en día, se considera que el mejor pavimento para la práctica de la danza es un suelo flotante, hecho de madera, con una cámara de aire debajo y que por su parte superior tenga una superficie protectora que evite que los bailarines resbalen (Minden, 2005). También es común la presencia de escenarios inclinados<sup>29</sup>. Diversos estudios han señalado los escenarios inclinados como un factor de riesgo para lesionarse, puesto que añaden una cantidad extra de estrés en las cadenas musculares (Evans et al., 1996; Evans et al., 1998; Hagins, 2006; Lewton-Brain, 2007). Asimismo, el estudio de Hagins (2006) es el primero en demostrar que las variables cinemáticas y cinéticas de las extremidades inferiores se hallan significativamente alteradas cuando los artistas aterrizan sobre una superficie del escenario inclinada en comparación con una superficie plana.

La temperatura, fría o demasiado calurosa, así como las representaciones al aire libre y las posibles corrientes de aire también son factores a tener en cuenta. Además, ciertas producciones precisan de efectos escenográficos como los copos de nieve en *el Cascanueces* que han jugado una mala pasada a más de una bailarina (L.H. Hamilton, 1998) o efectos especiales de iluminación y ruido. Otros elementos a tener en cuenta son la indumentaria de los bailarines, incluyendo el tipo de calzado o vestimentas pesadas, los accesorios que precisan y el diseño de la escena. Subir escaleras con poca iluminación puede resultar ciertamente peligroso.

---

<sup>29</sup> Los escenarios inclinados permiten una mejor visibilidad al público del diseño de la coreografía. Muchos de los grandes teatros europeos tienen una inclinación fija mientras que otros la pueden modificar. Por ejemplo, la Ópera de París y la Scala de Milan tienen una inclinación del 5%. Cada vez más los teatros de Broadway y del West End están siendo inclinados. Los sindicatos de bailarines están intentando limitar el grado de inclinación a 3,6 grados (Lewton-Brain, 2007). Aproximadamente el 20% de los escenarios de Broadway están inclinados (Hagins, 2006).

El efecto de estos factores puede ser tan importante que incluso compañías enteras pueden acabar padeciendo alguna lesión debido a las condiciones del teatro. Además, la mayoría de las veces, factores aparentemente tan inocuos como estos están fuera del control de los bailarines ya que no suelen tener la oportunidad de manifestar su opinión en cuanto a la escenografía, la coreografía o el lugar de la representación. Así lo demostró, por ejemplo, el estudio de Byrthing & Bo (2002), en el que el 64% de los bailarines que formaban parte de la muestra sentían no tener influencia alguna en las decisiones que concernían a sus condiciones de trabajo. En ocasiones, esta falta de influencia apunta hacia cuestiones tan preocupantes como la falta de comunicación entre los profesionales involucrados en el montaje de un espectáculo. En este sentido, el estudio de Ramel (2005) sobre las condiciones de trabajo de los bailarines suecos mostró que los bailarines deseaban una comunicación regular y de respeto mutuo entre ellos y los directores o profesores.

#### **2.4.5. Preparación física y entrenamiento**

Otros factores a tener en cuenta a la hora de prevenir lesiones son el calentamiento previo al ejercicio y la posterior relajación muscular. Asimismo, el número de horas de exposición a la danza, el patrón de entrenamiento y el descanso y el momento de la temporada pueden actuar como factores de predisposición (Morton & Cassidy, 2006). Los bailarines se hallan en una situación de mayor riesgo de lesionarse tras periodos de relativa inactividad, como después de las vacaciones de verano o tras el descanso de la temporada del *Cascanueces* en enero, representación que acostumbra a programarse durante las navidades (Byrthing & Bo, 2002; R. Solomon et al., 1999). También, en ciertas ocasiones, los bailarines trabajan más un lado del cuerpo que otro (Farrar-Baker & Wilmerding, 2006), produciendo una repetición constante de movimiento que aumenta la posibilidad de lesionarse. Además, en los últimos años, las coreografías son cada vez más exigentes desde el punto de vista físico y los bailarines se ven en la obligación de entrenar su cuerpo para poder trabajar con los diferentes coreógrafos y fusionar distintos estilos de danza. Por tanto, no es sorprendente que, en algunas compañías se estén viendo patrones de lesiones que responden a determinados estilos

coreográficos (Trepman, 2000). Evans et al. (1996) ya indicaron que un papel de alta exigencia física es un factor de riesgo. Algunos bailarines expresaron su queja de que los métodos de entrenamiento tradicionales de ballet clásico no les preparaban suficientemente para coreografías contemporáneas (Byrning & Bo, 2002). Doreste & Massó (1989) constataron la necesidad de complementar el entrenamiento en danza con ejercicio aeróbico. En concreto, estos autores estudiaron un grupo de 50 bailarines mediante un interrogatorio y una exploración física. La muestra estaba compuesta mayoritariamente por el sexo femenino y la edad estaba comprendida entre los dieciséis y los treinta y tres años. Estos bailarines, que tenían un buen nivel profesional, obtuvieron una media de consumo máximo de oxígeno por debajo de deportistas de un nivel medio aunque superior a los de la población sedentaria (mujeres: 37,7 ml/kg/min; hombres: 44,6 ml/kg/min). En cambio, el porcentaje graso de estos bailarines resultó estar muy por debajo de las personas sedentarias y de los deportistas de un buen nivel. En cuanto a la potencia máxima medida en Wats, fue buena en relación al peso corporal.

En el estudio de Byrning & 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. A veces los bailarines reciben avisos de ensayo o de actuación con poca antelación, además de tener horarios cambiantes y épocas en las que el trabajo es mucho más intenso que en otras. En períodos de formación, además, la repetición de movimientos sin un descanso apropiado favorece la aparición de lesiones por sobrecarga (Batson, 2007). En el caso de las compañías que están de gira y que deben desplazarse en avión debe tenerse en cuenta los efectos fisiológicos que el transporte aéreo produce, tales como el incremento de marcadores temporales de coagulación y fibronolisis suprimida. También se ha sugerido que la inmovilidad, la deshidratación y la hipoxia hipobárica están asociadas con el riesgo de desarrollar trombosis.

#### **2.4.6. Estilo de vida**

Dado que la continua repetición de movimientos y las exigencias físicas (tales como la fuerza, la flexibilidad y la resistencia) y mentales del entrenamiento en danza así como el inevitable resultado lesivo son clave para que los bailarines aprendan, desde una temprana edad, a cuidar de sí mismos con la finalidad de reducir en la medida de lo posible las conductas y/o condiciones que pueden desencadenar una lesión.

Un primer paso en este sentido es hacer conscientes a los bailarines de la necesidad de responsabilizarse de su propio cuerpo así como de respetarlo (Buckroyd, 2000; Minden, 2005). Pensamos que la premisa de que todos los seres humanos necesitan cuidar su cuerpo y su salud es de especial importancia en los bailarines ya que éste es su instrumento de trabajo. Por ejemplo, si, como decíamos, el calentamiento previo al ejercicio y la posterior relajación muscular constituyen factores preventivos de la lesión, los bailarines deberían prever tiempo antes y después de la clase para poder llevar a cabo estas tareas. En la misma línea, los bailarines deberían comprometerse con su salud manteniendo una dieta equilibrada y adecuada a la cantidad de ejercicio que realizan. Este es uno de los aspectos que presentan mayor dificultad ya que varios estudios revelan que los bailarines tienden a una alimentación desordenada y a veces deficitaria (Culane & Deutsch, 1998). Por una parte, un aporte calórico insuficiente o deficiente reduce la fuerza, la resistencia, la velocidad y la coordinación muscular e incrementa el riesgo de lesionarse a la vez que puede prolongar la recuperación (Minden, 2005). La pobre o inadecuada ingesta dietética durante la pubertad puede influir en el proceso de desarrollo de los adolescentes, a la vez que puede ser causa de lesiones insidiosas, como fracturas por estrés (Poggini et al. 1999). Por otra parte, los bajos niveles de azúcar en sangre alteran la concentración, la toma de decisiones y el estado de ánimo (Minden, 2005). Además, dado que nuestros cuerpos se componen de agua entre un 50% y 70%, la hidratación es esencial (Minden, 2005) ya que la actividad física implica la deshidratación a través de la transpiración. La deshidratación, además de poder causar rampas, náuseas y cansancio extremo, también puede afectar a la concentración e incrementar el riesgo de lesión. Por ello, cada vez



más se insiste en la necesidad de que los bailarines puedan tener botellas de agua en las clases de danza, erradicando poco a poco la antigua norma de no poder beber en clase.

Los cánones estéticos en la danza requieren un peso por debajo del considerado como normal<sup>30</sup>, lo que conlleva una serie de problemas para muchos bailarines. Ante la imposibilidad de mantener el peso exigido de manera natural, muchos empiezan dietas, consistiendo la mayoría en ingestas deficitarias que pueden dar lugar a un amplio espectro de trastornos alimentarios: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, comedores compulsivos y alimentación desordenada. Varios estudios han indicado la gran presencia de alimentación desordenada y de sintomatología relacionada con los trastornos alimentarios mencionados (Buckroyd, 2000; Culane & Deutsch, 1998; Glace, 2004; L.H. Hamilton, Brooks-Gunn & Warren, 1985, 1986; L.H. Hamilton, Brooks-Gunn, Warren & W.G. Hamilton, 1987, 1988; Nelson & Chatfield, 1998; Ravaldi et al. 2003; Robson, 2002; Sonnenberg, 1998).

Nelson & Chatfield (1998) indican que la prevalencia de anorexia nerviosa es más elevada en los bailarines (3,5% - 7,6%) que en la población normal (1% o menos). Otros estudios indican que entre un 1% y un 25% de los bailarines encajan dentro de los criterios de anorexia o bulimia nerviosa (Glace, 2004). En nuestro entorno, Massó (1992) halló que el 42,5% de los bailarines habían presentado alguna vez un episodio de anorexia con pérdida de peso considerable. Tras eliminar los casos que se consideraron como muy breves, pasajeros o que estaban relacionados con dietas voluntarias y situaciones de fatiga psíquica, se encontró que en un 22% de casos los episodios eran más considerables y sin una causa aparente. En este mismo estudio halló que el 50% de las bailarinas presentaban alteraciones menstruales y que un 12,76% habían sido diagnosticadas en alguna ocasión de anemia. McCalister (2006) señala que otros estudios han hallado sobrepeso u obesidad en estudiantes de danza a nivel universitario, que les genera una mayor dificultad para controlar la técnica de danza y también son un factor de riesgo para lesionarse.

---

<sup>30</sup> Según los estudios de L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1994), los profesionales de ballet tienen un peso entre un 12-15% por debajo del peso ideal en función de la altura. En cambio los bailarines de danza contemporánea se hallan un 6% por debajo del peso ideal (L.H. Hamilton, 1998).

Asimismo, la buena calidad y cantidad necesaria de sueño ejerce un efecto reparador en el organismo que permite al bailarín desarrollar su actividad de forma óptima. En cambio, ciertos hábitos tóxicos pueden empeorar la salud de los bailarines. En un estudio sobre el hábito de fumar en bailarines adolescentes, Wilmerding, et al. (2002) hallaron que fumar incrementaba la incidencia de lesiones y de problemas de salud. Además, L.H. Hamilton (1998) también ha señalado el consumo de alcohol y drogas en bailarines, lo cual tampoco ayuda a cuidar el cuerpo y prevenir lesiones.

Por tanto, la medida en que los bailarines incorporan en su vida hábitos saludables como los que hemos revisado contribuirá de manera determinante a reducir o incrementar su riesgo de lesión. Es decir, que la omisión o el descuido de cualquiera de estos hábitos saludables pueden facilitar que un bailarín se lesione.

#### **2.4.7. Factores psicosociales**

Desde hace unas décadas, varios estudios han versado sobre la influencia de variables psicológicas en la aparición de las lesiones. Por ello, en este apartado nos detendremos en los factores psicosociales que, según autores, como L.H. Hamilton (1997a), Mainwaring et al. (2001) y R.E. Smith et al. (2000), también pueden afectar la vulnerabilidad de los bailarines a la hora de lesionarse. Trataremos factores como el estrés, especialmente el negativo, la ansiedad, las características de personalidad y en particular el perfeccionismo, la fatiga y el sobreentrenamiento (*burnout*). Resulta difícil y artificial realizar una estructura para identificar específicamente el sentido de la relación concreta entre estos factores. Además, concebimos a los bailarines como individuos globales en los cuales los factores psicosociales suelen estar interrelacionados. Por ello, y con el ánimo de prestar atención a las diferencias individuales de los bailarines no proponemos un orden o una importancia específica de la aparición de estos factores.

No obstante, uno de los que más claramente puede conducir a la lesión es el estrés. Debido a su influencia negativa en el sistema inmunitario, el estrés puede aumentar el

riesgo de enfermar. El estrés también puede producir dificultades de concentración o incrementar la tensión de los músculos, lo que puede reducir la coordinación motora y la flexibilidad. Esta misma tensión muscular también puede ser debida a ansiedad y aumentar la vulnerabilidad (Sharp, 2003). Los bailarines, como personas humanas que son, pasan por épocas de mayor estrés en ciertas situaciones, por ejemplo, con el cambio de residencia o la muerte de una persona querida (Patterson et al. 1998). Además, existen otros factores estresantes específicamente relacionados con la danza tales como la difícil relación con un profesor o el estrés antes de representaciones, audiciones o exámenes.

Ramel & Moritz (1998) señalaron que la insatisfacción con el trabajo y la tensión muscular antes de las actuaciones eran los factores que más se asociaban con el dolor incapacitante en bailarines suecos. Asimismo, Byhring & Bo (2002) hallaron que el 72% de los bailarines experimentaban estrés negativo relacionado con su trabajo. El 36% decían que esto sucedía casi diariamente y 28% de ellos reaccionaron al estrés incluso con tensión muscular. El 50% no encontraba la forma de manejar esta situación de tensión.

En concreto, Patterson et al. (1998) estudiaron la interacción entre las variables de estrés, apoyo social y lesiones en un estudio prospectivo de 8 meses de duración en 46 bailarines profesionales. Hallaron que los eventos de vida positivos no se relacionaban con la presencia de lesiones, pero que los negativos eran indicadores significativos de futuras lesiones en bailarines con bajo apoyo social. R.E. Smith et al. (2000) siguieron esta línea de investigación, interesándose por el posible efecto moderador de la ansiedad cognitiva y somática en la relación entre el estrés y las lesiones en 46 bailarines durante 8 meses. En este caso, hallaron que la ansiedad somática, la interrupción de la concentración y la preocupación, ejercían un efecto predictor significativo a la aparición de lesiones. También encontraron que el estrés se relacionaba con el tiempo durante el cual los bailarines estaban lesionados (Mainwaring, et al. 1993; R.E. Smith et al., 2000) Según Mainwaring et al. (1993) cuanto más se incrementa el estrés negativo, más se incrementa la duración de la lesión

y en cambio, cuando incrementa el estrés positivo, disminuye la duración de la lesión. Noh (2005) ha estudiado algunos factores psicosociales que predicen la aparición de lesiones, entre los cuales, se incluye el estrés negativo en la danza.

Continuando con nuestra reflexión sobre el estrés, uno de los factores que puede contribuir a incrementarlo tiene que ver con la personalidad y las estrategias de afrontamiento que los bailarines emplean para manejar las frustraciones y los éxitos inherentes a su proceso de formación y actividad profesional. Una de las características más frecuentes de los bailarines es el perfeccionismo (Diamond, 2007; Lindsay & Quested, 2007; Parkinson et al., 2007; Sharp, 2007b). Esta característica subyace en dos tipos de comportamiento: el de aquellos que se proponen metas poco realistas y quieren lograr resultados superiores a los razonablemente esperables, y el de aquellos cuya inseguridad les empuja igualmente en el mismo sentido. Esta concatenación contribuye a reforzar su perfeccionismo e incrementa la posibilidad de lesión debido a la repetición continua y al esfuerzo sobremesurado (Hamilton et al., 1989). Como hemos mencionado en el capítulo anterior, estos bailarines se lesionan significativamente más que sus compañeros.

Krasnow et al. (1999) estudiaron la relación entre el perfeccionismo, el estrés y las lesiones en bailarinas (n=16 de ballet y 19 de contemporáneo) y gimnastas (n=30) de edades comprendidas entre los doce y dieciocho años. Todas empezaron su entrenamiento antes de los seis años de edad y habían continuado durante una década o más. Emplearon una versión modificada del *Life Experience Survey* (Sarason, Johnson & Siegel, 1978) que evaluaba aspectos negativos, positivos y totales de estrés para bailarinas y gimnastas. También utilizaron la escala de perfeccionismo *Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost, Morten, Lahart & Rossenblate, 1990). Hallaron correlaciones positivas significativas entre la lesión, el estrés total y el estrés negativo en bailarinas. Las bailarinas tenían niveles más altos de estrés total que las gimnastas. Observaron que las bailarinas de danza contemporánea mostraban una correlación positiva entre las *expectativas parentales*<sup>31</sup> y el número de lesiones, y en

---

<sup>31</sup> *Parental Expectations*

las bailarinas de ballet, había una tendencia a que las *expectativas parentales* y la *preocupación sobre errores*<sup>32</sup> estuviesen asociados a una mayor incidencia de lesiones. En la misma línea de investigación, el estudio de Lindsay & Quedsted, (2007) en 64 bailarinas y 15 bailarines preprofesionales cuya edad media era de veintiún años ( $DT=2,4$ ) también apoya la relación positiva entre *preocupación sobre errores* y el estrés. Diamond (2007) también relaciona el perfeccionismo con la disminución en atreverse a tomar riesgos y con la ansiedad de actuación.

Por otro lado, el estrés y otros síntomas pueden derivarse claramente del clima motivacional en las instituciones de danza (Carr & Wyon, 2003), del estilo de enseñanza que adopte el profesor, y de la relación bailarín-profesor. En cuanto a los dos últimos puntos, en el primer capítulo revisamos la complejidad de la relación entre bailarín y profesor. L.H. Hamilton (1998) indica que los profesores con un estilo destructivo de enseñanza constituyen un riesgo para el bailarín ya que la promoción del estoicismo y la autocrítica puede dar lugar a perfiles *overachievers* (Hamilton et al., 1989). Su estudio revela que el porcentaje de bailarines que continua bailando aún estando lesionados era significativamente mayor cuando los profesores les criticaban injustamente que cuando no era así (61% vs 39%). Además, el estilo crítico de los profesores repercutía en un mayor porcentaje de problemas mentales tales como miedo excesivo, ansiedad, y lesiones.

En relación con esto, resulta alarmante que, en el mismo estudio, el 24% de los bailarines comentasen que su profesor esperaba que continuase trabajando con una lesión seria (L.H. Hamilton, 1998). La misma autora apunta que los bailarines se hallan en una situación vulnerable ya que su pasión por la danza les perfila como víctimas potenciales de coacción para seguir bailando con una lesión seria y pueden sentirse culpables al tomar un tiempo de descanso. Los bailarines cuyos profesores esperaban que continuasen bailando lesionados, mostraban significativamente más problemas emocionales y físicos, comprometiendo seriamente su carrera profesional. Este mismo estilo destructivo y sus consecuencias no son exclusivos de los profesores,

---

<sup>32</sup> *Concern over concerns*

sino que también pueden darse en algunos coreógrafos. En este sentido, el estudio de Noh (2005) pone de manifiesto que para los bailarines de ballet coreanos las críticas del director de danza eran una de las mayores fuentes de estrés.

En cuanto a la ansiedad de actuación, L.H. Hamilton (1998) indica que se produce en más del 40% de los bailarines. La autora señala que la relación con el profesor puede ser ansiogena, especialmente en el caso de haber sufrido humillaciones por parte de éste. En estas circunstancias, los bailarines tienden a mostrar más síntomas de pánico, de miedo excesivo, de ansiedad somática y física y se hallan en una situación de constante alarma distinta a la de aquellos bailarines que no han experimentado tal humillación. Además cuando los profesores esperan que los bailarines lesionados continúen bailando con lesiones severas, éstos muestran más ansiedad de actuación.

Además del perfeccionismo, el estrés y la ansiedad, la fatiga también juega un papel importante en la presencia de lesiones. Durante los períodos de formación, muchos estudiantes reaccionan ante la feroz competición que existe entre ellos llenando sus vacaciones de verano con cursos intensivos y festivales de danza. De esta forma, el período estival acaba estando tan ocupado como la temporada escolar, creando un cansancio permanente a los bailarines. No hace falta decir que este cansancio es un factor de riesgo tanto para sufrir trastornos psicológicos como para lesionarse (Robson, 2001). En este sentido, los resultados obtenidos en el estudio de Liederbach, Gleim & Nicholas (1994) resultan de interés. Estos autores llevaron a cabo un estudio longitudinal y prospectivo con doce bailarines profesionales con el fin de correlacionar medidas fisiológicas y psicológicas con el inicio de la lesión durante cinco semanas intensivas en la temporada de ballet. Semanalmente, medían los niveles de norepinefrina y epinefrina en orina y el estado de ánimo. Paralelamente el entrenador y el médico anotaban las lesiones que iban presentando los bailarines. Hallaron un leve incremento de epinefrina y aún menos en la norepinefrina. El 66% de las lesiones se produjeron en la cuarta semana, momento en que los bailarines mostraban un incremento significativo en la escala de fatiga y una disminución en la de vigor del *Perfil del Estado de Ánimo* (POMS, McNair, Lorr & Droppelman, 1971,1992). Unos

años más tarde, Liederbach & Compagno (2001) estudiaron aspectos psicológicos relacionados con la fatiga en 500 bailarines, pudiendo comparar las variables psicológicas entre aquellos que posteriormente se lesionaron en el curso de dos años y los que no. Los que se lesionaron habían puntuado significativamente más elevado en fatiga al principio del estudio del mismo modo que mostraban en las subescalas del *Eating Disorders Inventory 2* (EDI): aspirar a la delgadez, tendencias bulímicas, perfeccionismo e insatisfacción corporal (Gardner, 1991). Asimismo, estaban a dieta regularmente y bailaban más de 5 horas diarias, 5 días a la semana.

En relación con el estrés y la fatiga, Koutedakis & Sharp (1999) indican que el sobreentrenamiento o *burnout* puede estar empujando a los bailarines hacia retiradas tempranas, hacia lesiones, hacia frecuentes enfermedades menores y, en el mejor de los casos, a reducir el número de actuaciones. Estos autores apuntan, además, que el estrés derivado del aumento de volumen de trabajo junto a problemas sociales, económicos, académicos y de condición física, pueden sobrecargar los mecanismos de adaptación al ejercicio y causar cambios indeseables a nivel hormonal, inmunológico y neurológico.

## 2.5. Síntesis del capítulo

Con el fin de ofrecer una visión general de la cantidad de lesiones que se producen en los bailarines así como de la diversidad de factores que intervienen en las mismas, en este capítulo hemos revisado las lesiones músculo-esqueléticas en danza y sus factores asociados. En la primera parte, exponemos los motivos por los cuales la comunidad científica no ha llegado aún a un consenso para definir la lesión en la danza y proponemos nuestra definición: *el dolor o la disfunción física que afecta al sistema músculo-esquelético que padece el bailarín y lleva a modificar partes de las clases, ensayos o actuaciones o a no participar en ellos* (Liederbach, 2000). También incluimos en la definición de bailarines lesionados a *aquellos que continúan bailando a pesar de estar lesionados (con dolor o disfunción física) ya sea soportando el dolor a base de estoicismo o bien ayudados por cuidados personales o fármacos* (Krasnow et al., 1999; Laws, 2005; Powell & Dompier, 2004). A continuación explicamos el tipo

de lesiones en función de producirse por un inicio agudo o por sobrecarga y presentamos una clasificación de las lesiones más frecuentes en la danza en función del área anatómica afectada. La elevada incidencia de lesiones en los bailarines es ampliamente conocida. Presentamos una revisión de los estudios sobre la incidencia de lesiones en función de los criterios de localización de la lesión, su inicio y el tipo de técnica de danza practicada. Además, apuntamos brevemente al dolor y a los problemas músculo-esqueléticos en bailarines retirados.

La segunda parte del capítulo la hemos dedicado a los factores de riesgo y de protección de las lesiones en bailarines. De los factores que pueden influir en la vulnerabilidad a padecer una lesión, hemos revisado los siguientes: el sexo y la edad de inicio a la danza, factores evolutivos, factores fisiológicos y morfotipo, el entorno de trabajo de los bailarines, la preparación física y el entrenamiento, el estilo de vida, y varios factores psicosociales. A pesar de ser conscientes de que tanto los factores físicos como los psíquicos pueden favorecer la aparición de lesiones hemos prestado mayor atención a estos últimos. Precisamente, dentro de los factores psicosociales tenemos en consideración variables como el perfeccionismo, el estrés, el sobreentrenamiento/burnout, la ansiedad y la fatiga.

En el próximo capítulo nos aproximamos a las conductas de los bailarines cuando están lesionados y a sus estrategias de afrontamiento.



- 3.1. Conductas ante la lesión y contextualización en el mundo de la danza.
  - 3.1.1. Estudios sobre las conducta de los bailarines ante las lesiones.
- 3.2. Afrontamiento a la lesión.
  - 3.2.1. Afrontamiento ante lesiones y problemas a la salud (Coping with Health Injuries and Problems).
  - 3.2.2. Estrategias de afrontamiento ante las lesiones.
- 3.3. Síntesis del capítulo



## Conductas de los bailarines ante la lesión

*«Dancers are highly motivated individuals. Unless their injuries are significant, they often do not pay attention to them. Frequently they do not seek treatment, or continue working when they should take time off. All too often, they return to dancing either too early or with unrecognized residual weaknesses that make them prone to reinjury.»<sup>33</sup>*

W.G. Hamilton, (1993, p.9)

Estar lesionado significa sufrir algún tipo de dolor o disfunción músculo-esquelética. Parece aconsejable y razonable que la persona lesionada consulte, dentro de un periodo de tiempo prudente, a un profesional sanitario para evaluar la gravedad y el alcance de la lesión y obtener tratamiento en caso de que sea necesario. A pesar de que ésta secuencia puede parecer lógica y sencilla, en bastantes ocasiones los bailarines son reacios a seguirla. En este capítulo nos preguntamos acerca de lo que hacen los bailarines cuando se lesionan y cómo afrontan las lesiones a lo largo del proceso de recuperación.

### 3.1. Conductas ante la lesión y contextualización en el mundo de la danza

Según Wainwright, Williams & 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 & Mainwaring, 1994). Por eso, no es de extrañar, que muchos bailarines vivan y trabajen con lesiones

---

<sup>33</sup> «Los bailarines son individuos altamente motivados. A no ser que las lesiones sean importantes, a menudo no les prestan atención. Frecuentemente no buscan tratamiento, o continúan trabajando cuando tendrían que descansar. Demasiado a menudo vuelven a bailar ya sea demasiado pronto o con puntos débiles residuales que no son reconocidos y que hacen que los bailarines sean más propensos a volverse a lesionar.»

crónicas (Kerr, et al., 1992). Además, la actitud estoica hacia el dolor, las lesiones, el sufrimiento y el dolor en sí mismo se consideran roles centrales en el desarrollo de la sensibilidad artística (Wainwright et al., 2005).

En este sentido, nos parece interesante el estudio de Fortin & Trudelle (2006), que examina el concepto de salud de 15 bailarines profesionales de danza contemporánea en Montreal, Canadá. Sus edades estaban comprendidas entre los 24 y 55 años, 4 eran miembros de compañía y once eran bailarines *freelance*. Todos los bailarines 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. Otro aspecto mencionado fue que los bailarines dedican mucho tiempo y dinero en reparar sus cuerpos dañados o lastimados. Precisamente eran los colegas profesionales quienes representaban una importante fuente de información en cuanto a la salud y en dar referencias de especialistas, tratamientos y productos para cuidarse. Los autores se interesaron en dos aspectos que pueden limitar una práctica saludable para el cuerpo de los bailarines, estos son: el hecho de tomar riesgos como una forma de avanzar dentro de la creatividad y la búsqueda estética del movimiento, y la cultura del silencio que impera en las relaciones interpersonales. Los bailarines de danza contemporánea opinan que en la búsqueda estética siempre comporta una forma mayor o menor de violencia al cuerpo. Piensan que si uno no intenta superarse a sí mismo entonces juega en un terreno conocido y seguro, lo que puede traducirse en la recreación de una danza

banal. Argumentan que ésta puede ser interesante, pero que no es la manera en la cual progresa una forma de arte.

En cuanto a la cultura del silencio, casi todos los bailarines estuvieron de acuerdo en que el silencio reina en el estudio de danza. Indican 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. Por tanto, parece existir una norma implícita según la cual los bailarines no deben dar muestras del dolor que les aqueja. Para los bailarines de danza contemporánea, existe una negociación bien compleja entre ceñirse a prácticas saludables para el cuerpo y las preocupaciones estéticas de la danza. Los bailarines están dispuestos a empujar sus cuerpos más allá de los límites recomendados y asumir riesgos ya que es parte del proceso creativo. Saben que es necesario empujarse a sí mismos física y emocionalmente más allá de los límites para crear originalidad en el arte. Los autores sugieren que la salud de un bailarín es el producto de las relaciones que se establecen entre éstos y los coreógrafos, el sistema educativo, las expectativas del público, los profesionales médicos, etc. Por tanto, debemos tener en cuenta que son muchas las personas que pueden ayudar o impedir a que un bailarín tome conciencia de la importancia de cuidar su cuerpo.

Como hemos visto, 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. Asimismo, los bailarines están habituados a la presión de los coreógrafos y de sus iguales para continuar ensayando y bailando lesionados ya que es habitual oír comentarios como que se debe *trascender la lesión*<sup>34</sup>, *trabajar a través de la lesión*<sup>35</sup>, *el poder de la mente sobre la materia*<sup>36</sup> (Krasnow et al., 1994). Nos parece oportuno señalar que si la

---

<sup>34</sup> *Transcend the injury.*

<sup>35</sup> *Work through your injury.*

<sup>36</sup> *Mind over matter.*

lesión física ha sido ignorada, entonces el impacto psicológico de la lesión tampoco ha sido abordado y parece improbable que así sea en un futuro próximo (Mainwaring et al., 2001).

Krasnow et al. (1994) señalan que si los coreógrafos, directores y profesores, evitan acudir a los médicos, entonces los jóvenes también lo harán. Además, en ocasiones, los profesores no tienen en cuenta las lesiones y algunos incluso las toman como errores (Geeves, 1990). No obstante, los maestros, al ser tanto figuras a imitar como de autoridad, se hallan en una situación privilegiada para prevenir y facilitar el manejo de las lesiones en jóvenes bailarines. En consecuencia, los alumnos pueden beneficiarse tremendamente de profesores que les enseñen a respetar y a cuidar sus cuerpos (Mainwaring, Krasnow & Young, 2003). Además, como el dolor está a menudo asociado con el progreso en la danza, los profesores pueden ayudar a los alumnos a distinguir entre éste y el dolor asociado a una posible lesión. De todos modos es extraordinariamente difícil para un bailarín no bailar a pesar de estar enfermo o lesionado; lo demuestran casos como el de Tamara Rojo que bailaba con peritonitis y aquellos que se tomaban antiinflamatorios de forma habitual para manejar el dolor y poder actuar (Wainwright et al., 2005). De esta manera, un bailarín lesionado continúa bailando, a menudo con el apoyo de fisioterapeutas, psicólogos del deporte, y profesores (Turner & Wainwright, 2003). Por lo tanto, es evidente que muchos bailarines no se permiten a sí mismos estar lesionados y cuidarse. Por un lado, pueden encontrar difícil admitir que están lesionados y comunicarlo a sus profesores, por otro lado, pueden temer perder oportunidades de bailar en la próxima coreografía (Kerr et al., 1992).

Asimismo, los bailarines suelen ser reacios a acudir al médico y a menudo buscan soluciones alternativas como tratamientos no tradicionales para sus lesiones. Muchos perciben que los médicos, incluso los facultativos del deporte, no entienden sus necesidades específicas como bailarines (Kerr et al., 1992). L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1991), señalan que los bailarines tienden a aguantar la molestia física o intentan automedicarse en vez de arriesgarse a ver a un médico que les pueda

recomendar que descansen un tiempo del trabajo. Consideran que no es sorprendente, que cuando los bailarines finalmente acuden al médico, la lesión ya está a menudo en una fase avanzada. Merece la pena destacar 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).

A la reticencia de acudir al médico, se le añade la dificultad de poder acceder a un médico especializado en danza, ya que aún hoy en día no hay servicios especializados en todas las ciudades. Esto repercute en un mayor coste económico por las largas distancias hasta los centros especializados y requiere una inversión importante del tiempo del bailarín (Krasnow et al., 1994). Independientemente de que se trate de servicios especializados en danza o no, el factor económico puede ser en muchos casos un impedimento para la búsqueda de ayuda. Cabe recordar que muchos bailarines tienen un nivel de ingresos muy bajo. Además, no todos los países ni todos los bailarines tienen seguridad social que cubra la atención médica, fisioterapia u otras terapias y medicamentos (Krasnow et al., 1994). Algunos bailarines lesionados precisan frecuentes sesiones de fisioterapia pero su seguro médico sólo cubre un número limitado de sesiones y se ven forzados a buscar otro trabajo para poder pagar sesiones adicionales. La importancia del factor económico recae sobretudo en aquellos bailarines *freelance* o que trabajan en compañías pequeñas que no se pueden permitir asociaciones con centros médicos, en la mayoría de universidades y de programas preprofesionales y en bailarines no profesionales, es decir, aficionados. Requa & Garrick (2005) señalan que los bailarines de compañías pequeñas y aquellos que están empleados a tiempo parcial, raramente tienen un seguro médico profesional ni tan siquiera parcialmente pagado por la compañía. En cambio, los bailarines que trabajan en compañías con su propio equipo médico o con acuerdos médicos no se ven afectados por el factor económico en la misma medida (Krasnow et al., 1994).

### 3.1.1. Estudios sobre las conductas de los bailarines ante las lesiones

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 (L.H. Hamilton, 1997a; Shah & Weiss, 2005) Reino Unido (Brinson & Dick, 1996; Laws, 2005), Australia (Crookshanks, 1999; Geeves, 1990 y 1997) y Japón (Kishida, 2006).

L.H. Hamilton (1997a) en un estudio sobre 960 bailarines, 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. Kerr et al. (1992) señalan que la mayoría de los bailarines no buscan atención médica para las lesiones, y paradójicamente la mayor parte de la información sobre las lesiones de los bailarines ha sido proporcionada por médicos (Kerr et al., 1992). El estudio de Bowling (1989) indica que menos del 50% de las lesiones de los bailarines han sido atendidas por médicos y que sólo un tercio cesó de bailar para reposar. Asimismo, McNeal, Watkins, Clarkson & Tremblay, (1990) apuntan que la mayor parte de los bailarines no pierden tiempo del entrenamiento o actuaciones a causa de las lesiones y en su estudio, el 50% se quejaban de dolor durante o después de clase. Robson & Gitez (1991) hallaron que dentro de los bailarines que buscaron atención médica, el 43% continuaron bailando en contra del asesoramiento de su médico. Cabe recordar que continuar bailando lesionado puede lesionar otras partes del cuerpo.

En el Reino Unido se han llevado a cabo dos encuestas nacionales, en 1993 y 2002, publicadas por Brinson & Dick (1996) y Laws (2005). En la *tabla 3.1* presentamos los estudios de Brinson & Dick y de Laws. Es de suponer que la disminución de bailarines que ignoran los primeros síntomas de la lesión en el estudio de Laws se debe a las variadas intervenciones tanto de prevención, educación y disponibilidad de atención sanitaria que se está llevando en el Reino Unido. Como podemos ver en la *tabla 3.1* en éste estudio también se les preguntó cómo reaccionaban cuando sospechaban estar



lesionados y afortunadamente un mayor porcentaje de bailarines buscó un tratamiento médico que en 1993.

**Tabla 3.1.** Estudios de Brinson & Dick y de Laws en el Reino Unido.

Autores	Año	Muestra	Evaluación	RESULTADOS	
				Ignoraron los primeros signos de la lesión	Reacciones de los bailarines al sospechar que estaban lesionados:
Brinson & Dick	1993	658 bailarines 50% profesionales 50% estudiantes preprofesionales	Encuestas retrospectivas	23-45% profesionales; 34% preprofesionales	37% buscaron tratamiento médico profesional 76% tomaron medidas preventivas por su cuenta.
Laws	2002	256 profesionales 79 estudiantes preprofesionales	Encuestas retrospectivas	9-25% profesionales 22% preprofesionales	60% buscaron tratamiento médico profesional 41% tomaron medidas preventivas por su cuenta 58% comunicó la lesión a otra persona 18% tomó medicamentos analgésicos 53% continuó bailando pero con cuidado 6% ignoró la lesión 3% la escondió

En la *tabla 3.2* presentamos los resultados de los profesionales que los bailarines consultaron cuando estaban lesionados. En cuanto a los profesionales de ballet observamos que en el año 2002, el más solicitado fue el fisioterapeuta seguido del masajista y del instructor de pilates. La alta demanda de osteopatía disminuyó significativamente en el 2002. En cambio, el acupuntor prácticamente dobló la cantidad de bailarines que solicitaron su ayuda en el año 2002. En los dedicados a la danza contemporánea, el profesional más solicitado es el fisioterapeuta seguido del osteópata o el masajista, tanto en 1993 como en el 2002. En cuanto a otros profesionales de la danza, en el año 1993 la mayor demanda fue para el osteópata seguido del fisioterapeuta y del médico de familia, en cambio en el año 2002 la mayoría acudieron al fisioterapeuta seguido del masajista y del acupuntor. En el caso de los estudiantes, tanto en 1993 como en 2002, el profesional más solicitado fue el fisioterapeuta. En 1993, le sigue el osteópata, y el médico de familia y el masajista fueron solicitados por igual. En el 2002, el segundo profesional más solicitado fue el instructor de pilates seguido por el osteópata.

En la *tabla 3.3* presentamos los porcentajes sobre las personas, que tuvieron mayor influencia para que los bailarines retomasen su actividad después de la lesión. Tanto en los profesionales de ballet como en los de contemporáneo y en los estudiantes, la persona que más influye en la decisión de retomar la actividad es el bailarín mismo, seguido del profesional médico. En los profesionales de ballet y de contemporáneo, el personal de la compañía también puede influir en la decisión de volver a la actividad, siendo de mayor importancia en los profesionales de ballet que en los de contemporáneo. En cuanto a los estudiantes, la influencia del profesor también es destacable.

**Tabla 3.2.** Profesionales a quienes consultaron los bailarines por su lesión en el Reino Unido.

En %	Profesionales de Ballet		Profesionales de Contemporáneo		Otros Profesionales		Estudiantes	
	1993	2002	1993	2002	1993	2002	1993	2002
Otra rehabilitación		7		15		9		6
Otro tratamiento inicial	5	17	7	19	16	12	11	8
Pilates		42		15		21		26
Psicólogo		2						2
Counsellor		1	3	2	3		3	1
Dietista		1						1
Acupuntor	14	23	21	17	16	24	4	5
Masajista	46	63	30	27	26	27	23	20
Quiropráctico	11	2	12	4	13	0	6	7
Osteópata	47	18	51	34	42	18	34	21
Especialista/ consultor	23	24	12	9	10	18	17	13
Médico de familia	9	4	16	8	39	12	23	10
Fisioterapeuta	78	80	52	48	39	35	55	60

**Tabla 3.3.** Personas de mayor influencia en la decisión de retomar la actividad, según Laws.

<b>Mayor influencia para retomar la actividad en %</b>	<b>Profesionales de Ballet</b>	<b>Profesionales de Contemporáneo</b>	<b>Estudiantes</b>
Profesional Médico	50	36	41
Personal de la Compañía	16	7	2
Profesor	6	2	26
Yo mismo	61	77	56
Otro	6	6	1

En Australia, también se han realizado encuestas similares en tres ocasiones. En 1997 participaron 701 estudiantes preprofesionales (Geeves, 1997) En la *tabla 3.4* presentamos los estudios de Geeves (1990) y Crookshanks (1999).

Si comparamos los resultados de 1990 y 1999, a diferencia de lo que sucede en los estudios del Reino Unido, no parece existir una mejoría en las conductas que adoptaron los bailarines. Además, en lo que se refiere a los bailarines preprofesionales, (Geeves, 1997) aproximadamente la mitad continuaron bailando a pesar de estar lesionados. El 56% de los estudiantes se sintieron presionados para seguir bailando.

En 1999, el 47% de los bailarines recibieron tratamiento in situ y de los 62 bailarines que buscaron tratamiento profesional, el 50% lo buscaron al día siguiente, el 20% esperaron 2 ó 3 días antes de buscar tratamiento y el 25% esperaron más de 5 días. En los preprofesionales, sólo un cuarto consultó a un profesional médico después de un tiempo de la lesión (un bailarín se demoró hasta 60 días antes de consultar). Crookshanks, (1999) señala que obtener pronto el tratamiento adecuado para la lesión, se traduce en una mejor recuperación de la misma, menos tiempo sin trabajar y un menor riesgo de que se convierta en una lesión problemática a largo plazo.

**Tabla 3.4.** Estudios sobre las conductas de los bailarines ante las lesiones en Australia (Geeves, 1990 y Crookshanks, 1999).

Autores	Año	Muestra	RESULTADOS		
			Cesaron de bailar y reposar aproximadamente 10 días	Continuaron bailando inmediatamente después de lesión:	Mencionaron no tener suficiente información sobre la lesión
Geeves	1990	172 profesionales	35%	57%	23%
Crookshanks	1999	193 profesionales	28%	70%	18%

En la *tabla 3.5* mostramos los profesionales que consultaron los bailarines al estar lesionados en los estudios realizados en Australia. El consultado más frecuentemente tanto en 1990 como 1999 fue el fisioterapeuta. A este le siguieron el masajista, el osteópata, el médico general, el médico especialista, el acupuntor y el quiropráctico. En concreto, el quiropráctico aumentó considerablemente de 1990 a 1999. De los bailarines preprofesionales, el 58% consultó con un fisioterapeuta pero sólo el 16% consultó al médico en primera opción.

**Tabla 3.5.** Profesionales a quienes consultaron por su lesión en Australia.

Profesional Consultado	1990	1999
Fisioterapeuta	58%	63%
Masajista	48%	47%
Osteopata	26%	28%
Médico General	31%	27%
Médico Especialista	22%	16%
Acupuntor	13%	14%
Quiropráctico	3%	13%

En el estudio de Shah & Weiss (2005), de las 259 lesiones que hallaron en profesionales de la danza contemporánea, en el 79% de las lesiones los bailarines consultaron con varios profesionales médicos y no médicos. El 31% consultó al médico, el 28% al fisioterapeuta, el 25% al quiropráctico, el 22% al masajista, el 19% al profesor de danza, el 17% al director de la compañía, el 16% al coreógrafo y el 16% al acupuntor. Es evidente que los porcentajes suman más del 100%, lo que se debe a que en algunos casos los bailarines realizaron más de una consulta. En cuanto a los motivos que los bailarines dieron para no buscar tratamiento médico se hallan 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.

Kishida (2006) llevó a cabo un estudio sobre 86 bailarines profesionales en Japón de diversos estilos de danza. De los resultados se desprende que los bailarines japoneses al estar lesionados o tener problemas físicos, principalmente acudían al masajista y al acupuntor, ambos en un 34,1% de las veces, al traumatólogo en un 32,9%, a profesionales tradicionales en el alineamiento de los huesos en un 31,7% y a traumatólogos del deporte en un 30,5%. Al autor le sorprendió que el 12,2% de los bailarines no acudiese a ningún profesional médico y que cuidasen de sus lesiones por sí mismos. Es interesante hacer notar como los bailarines tendían a acudir a profesionales de medicina tradicional china y japonesa en lugar de a la medicina occidental. En cuanto a la rehabilitación, el 43,9% llevó a cabo un programa de rehabilitación sin ayuda de un profesional médico, mientras que el 24,4% realizaba la rehabilitación en casa bajo la dirección y consejos que habían obtenido de un profesional médico. Asimismo, un 12,2% no realizó rehabilitación. Kishida también preguntó a los bailarines si estaban satisfechos con los profesionales médicos, sus explicaciones, los tratamientos, la rehabilitación y el apoyo ofrecido. El 53,7% dijeron que estaban muy satisfechos, el 13,4% estaban algo satisfechos y el 18,3% no estaban satisfechos. En cuanto a los problemas principales con relación al tratamiento y a la rehabilitación, los bailarines indicaron que los profesionales médicos no veían la danza como una vocación o profesión sino como una afición. Además muchos profesionales no tenían conocimiento de las diferentes técnicas de danza y de las lesiones derivadas de ellas. Otros indicaron también que les fue difícil encontrar un tratamiento y una rehabilitación apropiada, además de los problemas económicos que conllevaba el tratamiento. Los bailarines también echaron en falta poder compartir información con otros bailarines lesionados. Parece importante comentar que Kishida también se interesó por las opiniones de tres traumatólogos y de un fisioterapeuta en cuanto a los problemas que tenían al cuidar las lesiones de los bailarines. 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. Asimismo, comentaron que en aquellos casos donde los métodos de entrenamiento eran problemáticos era mucho más difícil tratar las lesiones y llevar a cabo la rehabilitación.

Otros autores también han abordado las conductas de los bailarines en sus estudios. Macchi & 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.

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). 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.

En su estudio, Macchi & Crossman (1996), preguntaron a los bailarines por el impacto de la lesión en su vida fuera del ballet. Cinco indicaron que no tenían deseo de socializarse, 2 se socializaron más, y 1 dijo que afectó negativamente a la manera en que actuaba con los demás. Además, 2 de ellos respondieron sarcásticamente *¿Qué vida fuera del ballet?*. 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 (12) la decisión se tomó exclusivamente por parte del bailarín, en 4 casos conjuntamente con

el fisioterapeuta, en un caso junto al médico, y en 2 casos fue la decisión exclusiva del médico.

Los resultados de los estudios presentados en esta sección ponen de manifiesto las dificultades que los bailarines se encuentran cuando están lesionados. Parece que, 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. Sin embargo, parece que en algunos casos los esfuerzos que se están realizando en diferentes partes del mundo están dando su fruto. Quizá un microanálisis de las funciones e intereses implicados por parte de bailarines, profesionales del mundo de la danza y del mundo de la medicina podría contribuir a un proceso más apropiado para todos.

### 3.2. Afrontamiento a la lesión

*«...the need to learn how to cope with injury, the dancer's biggest occupational hazard»<sup>37</sup>*

Glasstone (1986)

Lazarus & 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*”. Afrontar hace referencia a cualquier cosa que uno hace o piensa para intentar disminuir el estrés que genera una determinada situación independientemente del resultado. En otras perspectivas psicológicas, las estrategias de afrontamiento se conocen como mecanismos de defensa.

---

<sup>37</sup>“La necesidad de aprender a afrontar las lesiones es el mayor riesgo ocupacional”.

A continuación presentamos el instrumento de medida de las estrategias de afrontamiento que empleamos en el estudio empírico y que nos ayudará a entender las investigaciones sobre el afrontamiento a las lesiones que discutimos en este capítulo.

### **3.2.1. Afrontamiento de las lesiones y problemas a la salud (Coping with health injuries and problems)**

Endler & Parker (1992) consideran que la manera en que un individuo afronta la enfermedad es predictivo de su recuperación y de su posterior ajuste psicológico. Según estos autores, las estrategias de afrontamiento juegan un papel mediador entre el estrés y la salud o la enfermedad y, de este modo, mientras que algunas estrategias pueden actuar como una protección hacia una enfermedad, otras pueden exacerbarla. Los autores crearon el *Coping with Health Injuries and Problems* (de ahora en adelante CHIP) con el objetivo de obtener una escala con buenas propiedades psicométricas que les permitiera identificar las respuestas de afrontamiento de un individuo ante una variedad de problemas de la salud. Explicamos a continuación las escalas de este instrumento y avanzamos que se proporcionará información sobre el mismo nuevamente en el capítulo del método.

Este instrumento evalúa cuatro tipos de estrategias de afrontamiento que hacen referencia al *afrontamiento instrumental*, *por distracción*, al *paliativo* y a la *preocupación emocional*. El *afrontamiento instrumental* se refiere a aquellos esfuerzos del individuo por aliviar la fuente de estrés o incomodidad a través de actividades tales como conocer más sobre su estado de salud o escuchar el consejo de los profesionales sanitarios. El *afrontamiento por distracción* describe hasta qué punto la persona emplea acciones o cogniciones destinadas a evitar la preocupación por el problema de salud. Se incluyen entre éstas pensar sobre otras experiencias más placenteras u ocuparse con otras actividades como escuchar música y estar en compañía de otros. El *afrontamiento paliativo* describe una serie de actividades y respuestas de autoayuda empleadas para aliviar lo desagradable de la situación. Un ejemplo de ello sería intentar lograr un entorno lo más silencioso posible o dormir suficientemente.



Finalmente, *la preocupación emocional* explica en qué medida la persona centra su atención en las consecuencias emocionales de su problema de salud, incluye el hecho de preocuparse y fantasear. Un ejemplo sería sentirse ansioso por las actividades que no se pueden cumplir o preocuparse por el posible empeoramiento del problema de salud.

### 3.2.2. Estrategias de afrontamiento ante las lesiones

En 1997, E. Udry presenta un innovador estudio sobre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social durante la rehabilitación de la operación del ligamento cruzado anterior en atletas lesionados. La muestra se componía de 15 hombres y de 10 mujeres de edades comprendidas entre los dieciséis y los cuarenta años, cuya media era de 27,9 ( $DT=8,4$ ).

Se emplearon los siguientes instrumentos de medida: *Coping with Health and Injury Problems* (CHIP) (Endler & Parker, 1992), la versión breve del *Profile of Mood States* (POMS) (McNair, Lorr & Droppelman, 1971, 1992), y el *Social Support Inventory* (SSI) (Brown, Brady, Lent, Wolfert & Hall, 1987). Además dos evaluadores en la clínica puntuaban a los sujetos en cuanto a su compromiso con la rehabilitación en función de los siguientes criterios: asistencia, completar el protocolo de rehabilitación y la intensidad del esfuerzo. Los atletas fueron evaluados repetidamente cada 3 semanas desde la tercera semana después de la lesión hasta decimosegunda. La *tabla 3.6* recoge los resultados obtenidos.

**Tabla 3.6.** Puntuaciones del *Coping with Health Injuries and Problems* (CHIP) en atletas lesionados antes y después de la intervención quirúrgica.

Afrontamiento	Pre-operación		3 semanas		6 semanas		9 semanas		12 semanas	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Instrumental	26,96	6,38	27,28	4,83	24,48	5,99	23,40	6,66	23,56	6,80
P. Emocional	20,48	8,01	22,48	7,03	18,92	7,72	18,16	7,54	18,40	7,64
Distracción	21,64	6,55	23,24	6,50	21,32	6,39	22,24	6,95	21,80	7,47
Paliativo	15,84	6,13	19,96	4,70	15,84	4,33	14,76	4,12	14,52	4,16

En relación con las estrategias de afrontamiento a lo largo del proceso de rehabilitación, la instrumental fue la más empleada y la que menos fue la paliativa. El afrontamiento paliativo y la preocupación emocional fluctuaron a lo largo de la recuperación de los atletas, pero el afrontamiento mediante estrategias de distracción sólo varió minimamente. Asimismo, el afrontamiento instrumental parece estar asociado positivamente con un incremento en el compromiso con la rehabilitación, y el afrontamiento paliativo asociado con niveles menores de adhesión.

Por otro lado, Barr, Hewston, Redding & Wyon (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, Scheiers & Weintaub, 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<sup>38</sup>, al enfrentarse a lesiones y dolor. Según los autores, 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. Dado el insuficiente apoyo emocional para estos bailarines, los autores proponen crear grupos de ayuda para ellos, así como considerar la necesidad de un consejero o psicólogo.

En el mismo sentido Rip et al. (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) por la danza estaba asociada a sufrir lesiones agudas de menor duración mientras que la obsesiva (OP) 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

---

<sup>38</sup> El afrontamiento centrado en las emociones enfatiza la regulación de emociones estresantes, mientras que el centrado en los problemas intenta cambiar, alterar o modificar la situación/condición que causa el estrés.

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.

La OP no se relacionaba con respuestas de afrontamiento saludables hacia la lesión. Hallaron que se asociaba con el orgullo personal que interfería e impedía obtener a los bailarines un tratamiento adecuado cuando estaban lesionados. Asimismo, la OP no facilitaba las estrategias de afrontamiento que promueven la salud y la recuperación de la lesión. Específicamente, los bailarines que puntuaban más elevado en OP, sufrían lesiones crónicas durante más tiempo y no cesaban su actividad ni hacían reposo. Por lo tanto, no es extraño la presencia de una asociación marginal entre la OP e ignorar el dolor. Los autores sugieren que la presencia de OP puede precipitar las lesiones en la danza a la vez que se asocia con sufrir lesiones crónicas prolongadas.

Anderson & Hanrahan (2007) han estudiado la percepción del dolor en los bailarines y las estrategias de afrontamiento que éstos emplean. Según autores como J. Taylor & C. Taylor (1995), existen dos tipos de dolor experimentado por los atletas: el dolor rutinario asociado al ejercicio y el asociado a una lesión aguda o crónica. Estos autores sugieren que existen percepciones y respuestas diferentes a nivel físico y psicológico en función del tipo de dolor experimentado. En cualquier caso, todavía muchos atletas no saben diferenciar claramente ambos tipos de dolor. Anderson & Hanrahan (2007) 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 (por ejemplo, si ocasiona amenaza o si es un reto que genera ganas de controlarlo) y el estilo de afrontamiento que emplean los bailarines ante el dolor. Participaron un total de 51 bailarines de ballet y contemporáneo de los cuales 34 eran mujeres y 17 hombres. La edad media de los bailarines era de 25,9 años, con una experiencia media en la danza de 17,1 años. Los participantes completaron varios instrumentos de medida en relación con el dolor y su percepción. 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. 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. Anderson & 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. También piensan que es importante educar a los bailarines para seleccionar las estrategias adecuadas de afrontamiento al dolor.

En este sentido, pensamos que preparar a los bailarines durante su proceso de formación tanto para aprender a diferenciar el dolor beneficioso del perjudicial, así como ayudarles a pensar a cerca de la posibilidad de que se pueden lesionar y tener que afrontar la lesión es muy importante. Los bailarines tendrían entonces suficiente información sobre lo que deberían hacer a nivel conductual (ir al médico, reposar, etc.) y además se habrán podido preparar, aunque sea minimamente para afrontar las consecuencias emocionales y cognitivas. Además, puede servirles para pedir apoyo psicológico en caso les fuera necesario.

### **3.3. Síntesis del capítulo**

En este capítulo nos hemos centrado en las conductas que los bailarines presentan cuando están lesionados. En un primer momento reflexionamos en cómo el contexto en el cual están inmersos los bailarines influye en las actitudes y comportamientos cuando se lesionan. De esta manera, mostramos cómo la subcultura de la danza prácticamente propone e impone el estoicismo ante las lesiones. Los coreógrafos, directores y profesores tienen un papel crucial en cómo el resto de bailarines pueden tender a reaccionar ante las lesiones. Las actitudes y opiniones de estos profesionales pueden favorecer que un bailarín consulte a un médico o bien que esconda la lesión y baile aún estando lesionado.

En el siguiente apartado hemos revisado varios estudios retrospectivos sobre las conductas de los bailarines lesionados en diferentes países. Estas investigaciones se interesaban por el tipo de profesional, a quienes consultaron los bailarines al estar lesionados, si era o no sanitario, el cambio de actitud hacia la danza, o incluso por la persona que ejercía mayor influencia en el retorno a la actividad.

En cuanto al estudio empírico sobre las estrategias de afrontamiento ante las lesiones hemos hecho referencia a la investigación de Udry (1997) en atletas lesionados, así como al de Barr et al. (2004) en el cual los autores hallaron que los bailarines empleaban estrategias de afrontamiento centradas tanto en las emociones como en los problemas. También hemos incluido el estudio de Rip et al. (2006) que relaciona el tipo de afrontamiento con el tipo de pasión, armoniosa u obsesiva, que presentan los bailarines. En la investigación de Anderson & Hanrahan (2007) los autores relacionan el tipo de afrontamiento en función de la percepción cognitiva del dolor.

En el próximo capítulo hacemos alusión a las respuestas emocionales de los bailarines lesionados y a cómo el factor psicológico influye en la recuperación de la lesión.



- 4.1. Consideraciones preliminares sobre la depresión y el duelo.
- 4.2. Identidad y pérdida.
- 4.3. Modelos del *proceso de reacción* ante las lesiones en los bailarines.
- 4.4. Estudios sobre las reacciones emocionales de los atletas y bailarines lesionados.
  - 4.4.1. Reacciones emocionales en atletas lesionados.
  - 4.4.2. Reacciones emocionales en bailarines lesionados.
- 4.5. Respuesta del entorno hacia el bailarín lesionado: contexto y participantes.
- 4.6. Factores asociados a las lesiones.
- 4.7. La recuperación psicológica de la lesión.
  - 4.7.1. Consideraciones en cuanto al factor emocional en la recuperación.
  - 4.7.2. Intervenciones durante el proceso de recuperación.
- 4.8. Síntesis del capítulo.





## **Respuestas emocionales y recuperación ante la lesión**

A lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a diferentes situaciones que implican un mayor estrés emocional. Tizón (2004) denomina transiciones o crisis psicosociales a “*situaciones en que prácticamente todos los seres humanos desencadenan duelos de cierta importancia, que comportan factores de riesgo situacionales y pueden entenderse como situaciones de riesgo*”. Éstas pueden ser, por ejemplo, la pérdida de una persona querida, la pérdida de trabajo o de la propia salud. Los capítulos anteriores nos han permitido conocer algunas de las transiciones o crisis psicosociales características del mundo artístico. Así, como vimos en el *capítulo 1*, es habitual que los pre-adolescentes con talento y aspiraciones artísticas sean aceptados en escuelas-internados pre-profesionales alejados de su hogar y de su familiares. Sin embargo, una de las crisis más importante en la vida de los bailarines es el hecho de estar lesionado, ya que comporta no sólo un estrés físico sino también psicológico (Buckroyd, 2000; L.H. Hamilton,1997b). La imposibilidad de volver a bailar profesionalmente, ya sea por lesión, por enfermedad o por la edad del bailarín, lleva a la jubilación del mismo (otra transición o crisis psicosocial), o en el mejor de los casos, al retiro del bailarín profesional en activo pero al surgimiento de una nueva profesión ya sea dentro o fuera de campo de la danza, relacionada o no con ella. En este capítulo nos acercamos a las respuestas emocionales de los bailarines ante la lesión, cuestiones a las que esperamos que nuestro estudio contribuya a conocer con mayor detalle.

### **4.1. Consideraciones preliminares sobre la depresión y el duelo**

Ante la pérdida de algo o alguien querido la respuesta humana predominante es la pena, aflicción o tristeza (Tizón, 2004). No debemos, sin embargo, confundir estos afectos o emociones con la depresión, que constituye un trastorno o estado

psicopatológico que tiene su fundamento en la tristeza o la pena. Entendemos por duelo “*el conjunto de fenómenos que se ponen en marcha tras la pérdida: fenómenos no sólo psicológicos, sino psicosociales, antropológicos e incluso económicos*” (Tizón, 2004, p. 21). Siguiendo al mismo autor, subrayamos la importancia de no confundir la tristeza y la pena normales asociadas al duelo con la depresión, puesto que puede llevar a errores terapéuticos. Por ello, en la *tabla 4.1* exponemos los síntomas fundamentales de la depresión (Tizón, 2004 p.358) y en la *tabla 4.2* presentamos las diferencias entre duelo y depresión (Tizón, 2004 p. 360).

**Tabla 4.1.** *Síntomas fundamentales de la depresión, según Tizón (2004, p. 358)*

Estado de ánimo o humor triste, ansioso o con “ <i>sentimiento de vacío</i> ”.
Pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.
Desinterés por muchas actividades cotidianas, incluidas las sexuales, lúdicas y afectivas.
Inquietud, irritabilidad, agitación en ocasiones (o bien enlentecimiento psicomotor).
Llanto frecuente. Tristeza.
Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
Sueño excesivo o escaso, fundamentalmente con despertar matutino.
Pérdida del apetito y peso (o aumento desmedido de ambos).
Fatiga crónica, pérdida de energía, sensación de cansancio.
Dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones.
Síntomas físicos que no responden al tratamiento biológico, tales como cefaleas, trastornos digestivos, dolor crónico, etc.

**Tabla 4.2.** Diferencias entre el duelo y la depresión, según Tizón (2004)

	<b>Depresión</b>	<b>Duelo</b>
<b>Pérdida</b>	- Más lejana, inconsciente, repetida o no proporcionada al estado afectivo del sujeto.	- Generalmente, más próxima, consciente y proporcionada a los afectos del sujeto.
<b>Motivaciones</b>	- Apatía. - Pérdida de energía e interés	- Hiperactividad o inhibición psicomotriz
<b>Emociones</b>	- Afectos depresivos. - Sentimientos de vacío. - Ira, Resentimiento. - Ansiedades “depresivas” y persecutorias entremezcladas. - Vergüenza. - Culpa (persecutoria). - Todos ellos más estables que en los procesos de duelo.	- Las mismas que en la depresión, pero: - menos estables - menos profundas - sobre una personalidad no melancólica o depresiva
<b>Cogniciones</b>	- Se afecta la capacidad de concentración - Ideación suicida en los casos graves casi siempre presente y duradera - Ideación negativa acerca del pasado, presente, futuro, del sí mismo y del mundo	- Capacidad de concentración más variable - Ideación suicida ocasional, pero poco duradera (¡hay excepciones!: ancianos, duelos complicados, etc.) - Cambian las ideas acerca del futuro, del sí mismo y del mundo.
<b>Biología</b>	- Trastornos del sueño - Trastornos del apetito - Cambios hormonales - Cambios en los neurotransmisores - Cambios inmunológicos	- Cambios menos notables, pero con repercusiones - Neuroendocrinas - Inmunológicas

Como podemos ver, el duelo y la depresión comparten una serie de afectos o estados de ánimo como, por ejemplo, la ansiedad, que pueden coexistir con la tristeza o pena, y además es un componente insoslayable de todos los síndromes depresivos (Tizón, 2004). Otros estados emocionales podrían ser la ira o la hostilidad, la fatiga y la confusión. Estos, junto con el vigor son estados de ánimo considerados en el *Profile of Mood States* conocido como POMS (McNair, Lorr & Droppleman, 1971, 1992), uno de los pocos instrumentos estandarizados y frecuentemente empleados en la investigación empírica sobre atletas lesionados. También la desesperanza puede formar parte de las transiciones psicosociales. Beck & Steer (1993) consideran a la desesperanza como un constructo psicológico que se ha observado como telón de fondo en diferentes trastornos mentales. Según estos autores, la desesperanza hace referencia a la visión negativa del futuro a largo y corto plazo que coincide con el tercer componente del modelo de la tríada cognitiva de depresión de Beck (1967). Este autor propone un modelo cognitivo de depresión que consiste en: 1) Una visión

negativa de uno mismo; 2) Una visión negativa del funcionamiento actual del mundo; 3) Una visión negativa del futuro. Éste último componente hace referencia a la desesperanza. Los individuos con desesperanza creen: 1) que nada les saldrá bien 2) que nunca tendrán éxito en lo que intenten hacer 3) que sus objetivos importantes nunca se obtendrán y 4) que sus peores problemas nunca se resolverán.

No hemos hallado estudios empíricos sobre la prevalencia de depresión en relación con la población de bailarines. No obstante, L.H. Hamilton (1998) ha realizado una estimación de la depresión mediante una encuesta. Así, con una muestra heterogénea de aproximadamente 1.000 bailarines, estudiantes, profesionales y ex-bailarines en los Estados Unidos encontró que el 21% de las bailarinas y el 28% de los bailarines declaraban haber sufrido una depresión diagnosticada por un médico (L.H. Hamilton, 1998). A partir de estos resultados, y comparándolos con el porcentaje de riesgo de depresión en la comunidad (del 10 al 15% en mujeres y del 5 al 12% en hombres), L.H. Hamilton se planteó si los bailarines son más vulnerables a la depresión que el resto de la población. En su encuesta halló que 9% de las bailarinas y 20% de los bailarines habían sido diagnosticados de depresión clínica. Este mismo estudio constató que los bailarines profesionales estaban significativamente más deprimidos que otro tipo de bailarines (19% frente al 8%). La autora sugiere una cierta vulnerabilidad de los bailarines ante los trastornos de ánimo.

En muestras más pequeñas tomadas con anterioridad Mays (1994) había medido la sintomatología depresiva con el Inventario de depresión de Beck (BDI, Beck & Steer, 1987) en bailarines que se hallaban en el periodo de transición tras retirarse como bailarines profesionales en activo. La muestra estaba formada por 12 hombres y 29 mujeres del *Career Transition for Dancers* de Nueva York<sup>39</sup>, con una media de edad de 35,5 años. En el BDI, obtuvieron una puntuación media de 8,83 con una gran desviación típica de 8,10. Cabe señalar que estos bailarines se encontraban en una fase

---

<sup>39</sup> Centro que se encarga de orientar y ayudar a los bailarines en proceso de transición a otra profesión.

de sus vidas donde la sintomatología depresiva, dentro de unos límites, puede considerarse como un proceso normal de duelo.

Más recientemente, en un estudio sobre trastornos de la alimentación y la imagen corporal en bailarines, gimnastas y culturistas, Ravaldi et al. (2003) emplearon el BDI para medir variables asociadas. En el subgrupo de bailarinas participaron 117 estudiantes femeninas de danza clásica y contemporánea de escuelas no profesionales de danza. En relación con los resultados del BDI, los autores observaron que las bailarinas y las gimnastas obtuvieron significativamente puntuaciones más elevadas que las chicas del grupo de control. Concretamente, la puntuación de depresión en las bailarinas era de 5,7, abarcando el rango desde los 2 hasta los 10 puntos en el BDI.

A pesar de no existir, estudios empíricos sobre la sintomatología depresiva en bailarines lesionados, en investigaciones con atletas lesionados se ha comprobado que pueden alcanzar niveles de sintomatología emocional elevados en el POMS y en el BDI. Concretamente, Brewer (2001) apunta que entre un 5 y un 24% de los atletas lesionados presentan sintomatología emocional a nivel clínico. Además, algunas investigaciones en atletas y bailarines lesionados han referido la presencia de ideación suicida (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1991; Mainwaring et al., 2003; A.M. Smith & Milliner, 1994).

De la literatura se desprende que muchos bailarines experimentan pena y tristeza al estar lesionados y no poder bailar (L.H. Hamilton, 1997b, Macchi & Crossman, 1996; Mainwaring, et al., 2001; Mainwaring et al., 2003; Robson, 2006; Wainwright, et al., 2005). A nuestro modo de ver, los afectos que presentan los bailarines lesionados están relacionados con la lesión y puesto que la pérdida producida por dicha lesión es consciente, podríamos considerar que se hallan en un proceso de duelo. Tizón (2004, p.21) define los *procesos de duelo* como “*el conjunto de cambios psicológicos y psicosociales, fundamentalmente emocionales, por los que se elabora internamente la pérdida; es un conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración y el dolor.*” Este proceso es distinto

para cada bailarín, puesto que una misma lesión puede tener significados diferentes para distintos individuos. Según Hamilton (1997b), las lesiones suelen ser particularmente dolorosas para personas que:

- 1) Poseen un concepto de sí mismas excesivamente centrado o vinculado a la danza.
- 2) Tienen personalidades orientadas hacia la ambición y el logro.
- 3) Se perciben de sí mismos como fracasos en otras áreas de la vida.

Asimismo, al ser bailarines lesionados, se hallan en un periodo de mayor vulnerabilidad emocional durante la rehabilitación y la reincorporación a la danza y no siempre el proceso emocional que les acompaña es fluido y sencillo L.H. Hamilton (1998). En este sentido, a parte de los procesos de duelo, pueden surgir una serie de complicaciones tales como la depresión o la ansiedad a nivel clínico (L.H. Hamilton, 1997b; Mainwaring et al., 2001, 2003).

Cuando la depresión es pronunciada, L.H. Hamilton (1997) sugiere la necesidad de tratarla cuanto antes para que el paciente pueda adherirse a un programa de rehabilitación con mayor garantía de éxito. Esto es de especial importancia para los profesionales sanitarios que tratan con ellos, ya que deben tener en cuenta que los problemas emocionales pueden estar enmascarados con síntomas como la alteración del peso, irritabilidad o automedicación incluso con alcohol y drogas.

En este trabajo incluimos bajo el término *sintomatología emocional* tanto a los síntomas depresivos, de desesperanza como a los síntomas del estado de ánimo medidos por el POMS. Consideramos que estos síntomas pueden ser compatibles con el desarrollo habitual del proceso del duelo. En algunos casos, sin embargo, la complicación del duelo o la presencia de un duelo patológico pueden incrementar estos síntomas dando lugar a síndromes o trastornos psicopatológicos. Dada la vulnerabilidad de los bailarines a padecer trastornos del estado de ánimo (L.H. Hamilton, 1998) y que la “*pérdida de la parte del sí mismo, de la autoestima, del “sentido del sujeto”, de la estructura del sí mismo hasta entonces, etc.*” es considerada

como un indicador emocional de duelo patológico (Tizón, 2004) pensamos que la presencia de sintomatología emocional puede ser elevada.

## 4.2. Identidad y pérdida

*«Kristen was told that she had to stop dancing. This news sent her into a downward spiral. “I lost all my self-discipline and ambition,” she explained. “I stopped eating to punish myself because I felt it was all my fault. I was no longer the person I wanted to be- a dancer. I felt like an intruder in a world of which I was no longer part. The question I asked myself everyday was ‘Who am I when I am no longer a dancer?’»*

Mainwaring, et al. (2003, p. 59)<sup>40</sup>

A lo largo de este trabajo hemos resaltado que el concepto de identidad en los bailarines está fuertemente influenciado y estrechamente ligado a la actividad de bailar. En el *capítulo 1* ya avanzábamos la importancia de la identidad en relación con la pasión por la danza. En este apartado queremos mencionar su implicación en el proceso de pérdida. Parece como si la identidad de los bailarines se definiera única y exclusivamente por su rol de trabajo como bailarín o alumno aspirante a bailarín, en lugar de tener interiorizado un rol más amplio como el de ser humano (Mainwaring, 2006). De hecho, parece que los bailarines tienden a no separar quienes son de lo que hacen (L.H. Hamilton, 1997a). Entonces, si bailar se convierte en el único medio para obtener satisfacción personal y autonomía, es habitual que aparezcan problemas asociados, en especial cuando el bailarín por algún motivo no puede bailar. En estos casos, el tiempo transcurrido sin bailar puede ocasionar ansiedad, depresión, confusión y desesperanza, precipitando la vuelta al trabajo antes de estar físicamente preparados (Sharp, 2003). Por tanto, no es de extrañar, que a menudo, el bailarín lesionado no sólo sienta que ha perdido su salud física, sino también que ha perdido su identidad.

---

<sup>40</sup>*«A Kristen le dijeron que debía dejar de bailar. Esta noticia la sumergió en una espiral descendiente. “Perdí toda mi autodisciplina y ambición” explicó. Dejé de comer para castigarme a mi misma porque sentía que todo era mi culpa. Ya no era la persona que quería ser –una bailarina–. Me sentía como una intrusa en un mundo al que ya no pertenecía. La pregunta que me hacía cada día era “¿quién soy yo cuando ya no soy una bailarina?”»*

En cuanto al concepto de pérdida, Tizón (2004, p.21) la considera “*la situación de pérdida de personas, cosas o representaciones mentales, que pone en marcha reacciones afectivo-cognitivo-conductuales y, en términos generales, los procesos de duelo y el duelo en sí.*” De manera relacionada con lo que decíamos anteriormente, las consecuencias de la lesión no sólo amenazan la condición física y su carrera de bailarín, sino también a su identidad como persona (Wainwright et al. 2005). Estos autores añaden que si la danza llena o es la vida de un individuo, entonces no bailar, inevitablemente tienen como resultado en sentirse perdido y vacío.

Además de no poder acceder al placer intrínseco de la danza, basado en el dominio físico de su propio cuerpo y en la expresión de emociones, con la imposibilidad de participar en las clases, ensayos y actuaciones, los bailarines corren el riesgo de ganar peso y perder la forma física. Estos cambios pueden arrastrar consigo consecuencias muy negativas ya que pueden derivar en imágenes corporales incompatibles con la definición previa que tienen de sí mismos. Por otro lado, además de verse obligados a asumir la pérdida de habilidad motriz y dominio físico de su cuerpo, los bailarines lesionados deben hacer frente también al dolor y a las molestias físicas por la lesión (L.H.Hamilton, 1997b). Todos estos cambios o modificaciones pueden cambiar, a su vez, la manera en que el bailarín lesionado se experimenta a sí mismo.

La lesión en los bailarines no sólo limita o modifica prácticamente todas sus actividades diarias sino que también interrumpe sus sueños y aspiraciones. Si nos detenemos a pensar en una joven bailarina que se lesiona al año de formar parte de una compañía profesional, es probable que se deprima y/o se desespere al ver cómo el sueño que recientemente ha alcanzado empieza a desvanecerse. La bailarina sabe perfectamente las escasas oportunidades que hay para bailar y lo difícil que es entrar en una compañía. También sabe que muchas otras suplentes están esperando para ocupar su lugar. Además, en muchos casos, no recibirá compensación económica alguna por el sueldo perdido mientras esté lesionada (Krasnow et al., 1994).



Por lo tanto, cuando se lesionen, los bailarines profesionales empezarán a temer por su trabajo y su sueldo, así como por sus capacidades profesionales, mientras que los bailarines pre-profesionales pueden temer no llegar a bailar profesionalmente. También tienen que enfrentarse a la pérdida de roles y de oportunidades, además de a la pérdida del lugar que ocupaban dentro del mundo de la danza, sin que nada un significado equivalente pueda reemplazarlo (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1991). En el caso de bailarines universitarios, éstos pueden no conseguir los créditos que habían planificado o incluso tener que retrasar la graduación (Krasnow et al. 1994). En función de la edad y la severidad de la lesión, la incertidumbre sobre el futuro y la amenaza de tener que retirarse de los escenarios también preocupa al bailarín (Hamilton, 1997b; Turner & Wainwright, 2003).

En ocasiones, se produce una pérdida o disminución del apoyo que el bailarín recibe por parte de la comunidad de la danza. Así, además de todo lo anterior, los bailarines lesionados pueden sentir inseguridad en cómo los demás (profesores, compañeros, directores, coreógrafos, familiares) les perciben (L.H.Hamilton, 1997b). Es decir, deben hacer frente a cambios con respecto a si éstos les siguen identificando como bailarines después de haberse lesionado.

En este apartado hemos visto que la lesión puede provocar en los bailarines una pérdida de control sobre sus vidas que puede llegar a sobrepasarles. Así, deben reajustar sus actividades diarias, ambiciones e identidades en función de su nueva situación (Turner & Wainwright, 2003). Se hallan en un periodo más vulnerable emocionalmente, con mucho tiempo para pensar sobre sus vidas (pasado, presente y futuro), lo que suele conducir a una cuestionamiento de su identidad, así como de sus objetivos en la vida. Después de muchos años durante los cuales la danza les ha absorbido la mayor parte del tiempo, tienen muchas horas libres. A veces no saben bien qué hacer con ese tiempo, no encuentran actividades con las que disfrutar y el sentimiento de vacío interior es el que impera. Tampoco es infrecuente ver como alguna bailarina que ha renunciado a una buena educación se lamenta ahora por no haber continuado los estudios. Igualmente, es posible que durante este periodo se

interesen por otros roles dentro del campo de la danza, por ejemplo, la enseñanza o la coreografía. En el apartado siguiente nos acercamos a las formas en que los bailarines pueden reaccionar ante los cambios provocados por la lesión.

### 4.3. Modelos del proceso de reacción a las lesiones en bailarines

La literatura sobre los *procesos de reacción* a las lesiones en atletas lesionados se divide fundamentalmente en dos vertientes: 1) Modelos de fases que provienen del proceso de duelo basado en las teorías de Kübler-Ross (1969) y que han sido adaptados a los atletas lesionados (Evans & Hardy, 1995); 2) Modelos de apreciación cognitiva que tienen su origen en la literatura del estrés y del afrontamiento (Wiese- Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998).

En este trabajo hablamos del proceso de reacción para referirnos al conjunto de reacciones en forma de afecto o emoción, cognición y acción que la lesión despierta en el bailarín. L.H. Hamilton (1997a, 1997b) y Mainwaring et al. (2001) se han aproximado al *proceso de reacción* a las lesiones de los bailarines desde perspectivas diferentes pero, a nuestro modo de ver, complementarias.

Por un lado, L.H. Hamilton (1997a, 1997b) distingue tres fases desde el inicio de la lesión hasta su completa recuperación. En la primera fase, cuando apenas se ha producido la lesión (especialmente si ha sido de inicio agudo) a menudo se produce un estado de *shock*<sup>41</sup>, puesto que no ha habido posibilidad de preparación. Al cabo de unas horas, y aún sumido, en este estado de *shock*, es común que los bailarines nieguen la lesión. En ese momento, ésta puede considerarse una reacción adaptativa, que preserva el autoconcepto del bailarín a la vez que promueve la esperanza de que la recuperación será rápida y completa. L.H. Hamilton (1997a, 1997b) precisa que, en este punto, el bailarín no niega estar lesionado, sino más bien las consecuencias de la lesión tales como pueden ser la severidad y las posibles limitaciones a largo plazo. No obstante,

---

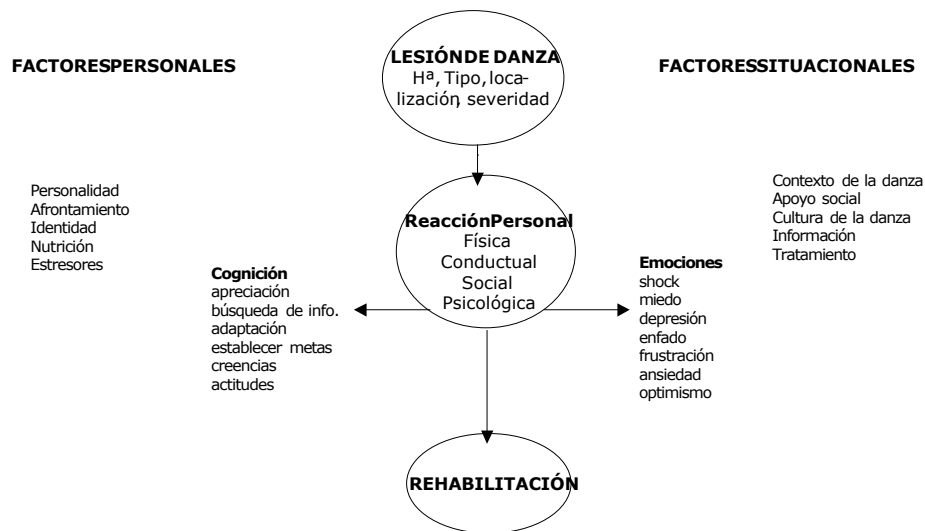
<sup>41</sup> Incluye sentirse anestesiado y no sentir la habilidad para integrar o comprender la magnitud o severidad de la lesión (Krueger, 1981).

considera que la defensa por negación puede convertirse en desadaptativa sino disminuye y llega a interferir con el tratamiento, por ejemplo, haciendo que el bailarín se niegue a buscar un tratamiento adecuado. En este sentido, en el estudio de Macchi & Crossman (1996) se constata que algunos bailarines negaron la severidad de la lesión o el impacto que tendría en su carrera. Robson (2006) halló resultados similares y argumenta que esconder el dolor o negar la lesión al principio puede estar relacionado con el deseo de invulnerabilidad de los adolescentes o el miedo a perder la posición como bailarín. Otros autores comentan que probablemente escondan el dolor para mantener la buena opinión que los profesores y coreógrafos tienen de ellos (Mainwaring et al., 2001). Una vez iniciado el proceso de atención médica, comenzaría una segunda fase, en la que los bailarines normalmente empiezan a confrontar el significado de la lesión con su vida. Es posible que se desencadenen en este momento reacciones de duelo, lo cual sigue siendo una respuesta normal y acorde con la situación. Durante esta fase intermedia, L.H. Hamilton (1997a, 1997b) señala que el bailarín suele percibir los primeros signos de progreso en la rehabilitación, lo que también acostumbra a mejorar su estado psicológico. No obstante, pueden hacerse patentes en este momento algunos problemas psicológicos (como la depresión o el abuso de sustancias psicoactivas, entre otros) que el bailarín podía ya padecer con anterioridad a la lesión.

En la fase final, los bailarines se reincorporan a las clases y deben mantener el progreso conseguido para poder bailar de nuevo. Es importante recordar que la lesión aún se encuentra en proceso de recuperación a medida que van ganando resistencia y coordinación. Resulta, por tanto, contraproducente asumir en este punto, como hacen muchos bailarines, un horario frenético para recuperar el tiempo perdido y lograr su nivel de desempeño previo (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b).

Según Mainwaring et al. (2001), existen diversos factores personales y situacionales que, junto con las características de la lesión, pueden determinar las reacciones emocionales de los bailarines lesionados. Este proceso está ilustrado en la *figura 4.1*.

El modelo propuesto por Mainwaring et al. (2001) está basado en las teorías de afrontamiento del estrés y se caracteriza por ser multifactorial. Además de las características de la lesión, tiene en consideración a los factores que atañen tanto a la persona como a la situación en que se produce la lesión. Entre los factores personales incluye la personalidad, el afrontamiento, la identidad, la nutrición y los estresores. Por factores situacionales alude al contexto de la danza, el apoyo social, la cultura de la danza, la información y el tratamiento. Tienen en cuenta que estos dos grandes grupos de factores influyen en el *proceso de reacción* de la lesión. Además, en cuanto a la lesión, consideran importante tener en cuenta si hay historia previa de otras lesiones o no, el tipo de lesión, su localización así como la severidad de la misma.



**Figura 4.1.** *Proceso de reacción emocional a las lesiones en danza según Mainwaring et al. (2001, p. 107.)*

Según estos autores, los tres grupos de factores (lesión, persona y situación) influyen en la *reacción personal*, que se manifiesta a nivel físico, conductual, social y psicológico. En cuanto a la reacción psicológica, diferencian entre respuestas cognitivas y respuestas emocionales. Asimismo, la *reacción personal* es lo que determinará si los pacientes buscan un tratamiento de rehabilitación, cómo y cuándo y quizás también en cómo será el proceso de rehabilitación.

Desde nuestro punto de vista, ambos modos de concebir el *proceso de reacción* emocional a las lesiones son válidos y viables. Además, pensamos que la conjunción de ambos modelos, contribuyen a tener una visión más amplia y global de diferentes factores que pueden estar contribuyendo a las reacciones emocionales. La secuencia de reacciones que ambos modelos proponen parece ajustarse adecuadamente a las lesiones en bailarines que dejan de bailar durante un periodo de tiempo. En cambio, nos preguntamos sobre el proceso de reacción de aquellos bailarines que continúan bailando a pesar de estar lesionados. Esta situación implica que los bailarines deben hacerse cargo de su dolor y malestar físico además de la frustración emocional que suele conllevar el no poder bailar en condiciones óptimas.

#### **4.4. Estudios sobre las reacciones emocionales de los atletas y bailarines lesionados**

Dada la escasez de estudios empíricos sobre la reacción de los bailarines ante las lesiones, consideramos relevante ampliar nuestra mirada e incluir en nuestra revisión aquellos estudios que, al haberse centrado en colectivos con los que los bailarines tienen un alto grado de semejanza, pueden aportar luz a nuestra investigación. Además, esta revisión de investigaciones con atletas lesionados nos ha proporcionado los fundamentos para diseñar nuestro estudio empírico con bailarines lesionados. Los próximos apartados se dedicarán conocer de este modo las reacciones emocionales de los atletas y bailarines lesionados.

##### **4.4.1. Reacciones emocionales en atletas lesionados**

El primer investigador en interesarse por la dimensión psicológica de la experiencia del deporte es Little. En su estudio de 1969, este autor distinguió dos tipos de personalidades en pacientes que acudían a la consulta psiquiátrica en función de la importancia que éstos otorgaban a la actividad física. Por una parte, halló un grupo de pacientes a los cuales denominó *neuróticos atléticos* (personalidad atlética) que se caracterizaban por sobrevalorar la salud y el buen estado físico, excluir otros intereses

de su vida, sentirse extremadamente orgullosos de la ausencia de enfermedades en su vida y de la resistencia física, fuerza y habilidades que poseían. Por otra parte, los *neuróticos no atléticos* (personalidad no atlética), apenas mostraban conciencia de su bienestar físico a lo largo de su vida y no habían tenido el más mínimo interés por el deporte o por las actividades físicas. Los resultados del estudio apuntan que una lesión o enfermedad actúa como un importante factor precipitante de la sintomatología neurótica en hombres con una personalidad atlética en contraposición a hombres con una no-atlética.

Desde Little (1969), diversos investigadores han empleado metodologías cualitativas y/o cuantitativas para examinar las respuestas emocionales de los atletas a la lesiones. Como hemos mencionado en el apartado anterior, el proceso de reacción a las lesiones en atletas se han estudiado a) considerando la reacción a la lesión como un duelo (Evans & Hardy, 1995) o b) bien desde los modelos de apreciación cognitiva que tienen su origen en la literatura del estrés y del afrontamiento (Wiese- Bjornstal et al., 1998). De estos estudios, se desprende que durante el periodo posterior a la lesión los atletas experimentan una sintomatología emocional de diferente intensidad, magnitud y duración. Una multitud de factores intervienen e influyen en cómo el atleta reacciona ante la lesión, ya sea a nivel emocional, cognitivo y/o conductual, incluyendo a variables personales<sup>42</sup>, situacionales<sup>43</sup> y cognitivas<sup>44</sup> (Brewer, 1994; Evans & Hardy, 1995; Evans & Hardy, 2002; Johnston & Carroll, 1998; Rose & Jevne, 1993; Tracey, 2003; Wiese-Bjornstal et al., 1998). A pesar de la existencia de diferencias individuales en el impacto emocional que la lesión produce en los atletas, los estudios, frecuentemente, han destacado la depresión y la frustración como los aspectos más comunes a lo largo del proceso de rehabilitación (Udry, Gould, Bridges & Beck, 1997). Algunos atletas han llegado a padecer depresión extrema y otros incluso han contemplado la tentativa de suicidio (A.M. Smith & Millinier, 1994).

---

<sup>42</sup> Edad, identidad atlética, personalidad, etc..

<sup>43</sup> Estrés, entorno de la rehabilitación, apoyo social, etc.

<sup>44</sup> Objetivos, percepción de capacidad de afrontar la lesión, etc.

Con la finalidad de verificar el impacto emocional de las lesiones en los atletas, se han desarrollado dos líneas principales de investigación. Por un lado, diversos autores se han interesado en comparar las repuestas emocionales de los atletas lesionados con las de atletas no lesionados, hallando puntuaciones más elevadas de sintomatología emocional en los primeros (Brewer, 1993; Chan & Crossman, 1988; Leddy, Lambert, Matew & Ongles, 1994). Otros autores, en cambio, han comparado los niveles de sintomatología emocional antes y después de la lesión en un mismo grupo de atletas, obteniendo mayor nivel de sintomatología emocional después de la lesión (A.M. Smith, et al., 1993). Brewer (2001) señala que no se puede concluir definitivamente que exista una relación causal entre la lesión deportiva y la sintomatología emocional, sin embargo, las investigaciones sugieren que dicha relación es altamente probable.

En cuanto a la metodología empleada en estos estudios, algunos investigadores han empleado instrumentos estandarizados como el POMS o BDI para estimar el grado en que los atletas presentan reacciones emocionales clínicamente significativas. A continuación revisaremos los más destacados entre ellos.

Como mencionábamos anteriormente, Brewer (2001) apunta que entre el 5 y el 24% de los atletas lesionados manifiestan alguna sintomatología emocional a nivel clínico, mientras que el resto muestra sintomatología de estrés emocional a nivel subclínico. Asimismo, remarca que no se debe minimizar la importancia de esta sintomatología ni el impacto adverso que produce en los atletas (Brewer, 2001).

A.M. Smith, Scott, O'Fallon & Young (1990) estudiaron las respuestas emocionales de atletas no profesionales ante una lesión, con el objetivo de determinar la posible interferencia de éstas con la rehabilitación y valorar la necesidad de una intervención psiquiátrica o psicológica. El estudio implicó el seguimiento de 72 atletas desde el inicio de la lesión que, para considerarse como tal, debía impedirles practicar su deporte al menos un día antes de retomar la actividad deportiva. La muestra se componía de 50 hombres y 23 mujeres, con edades comprendidas entre los doce y los cincuenta y cuatro años. Los atletas acudían a la sección de medicina deportiva de la

Clínica Mayo en Rochester, Estados Unidos. Todos fueron examinados por el mismo médico para determinar las características de la lesión y se emplearon dos instrumentos de medida: el *Emotional Responses of Athletes Injury Questionnaire* (ERAIQ) elaborado por los mismos autores y el POMS). Cada dos semanas se reevaluaba a los atletas mediante el POMS y el ERAIQ hasta que los atletas practicaban nuevamente a tiempo completo su deporte o hasta transcurrido un máximo de 4 meses. Los resultados obtenidos mostraron que el 82% de los pacientes recibió tratamiento médico en los 8 días posteriores a la lesión, y sólo algunos fueron examinados después de dos semanas después del inicio de la lesión. Para el 69% de los bailarines se trataba de la primera lesión, mientras que el 31% ya había padecido una lesión con anterioridad. Antes de padecer la lesión, el 78% de la muestra practicaba un deporte durante más de 10 horas semanales y el 20% lo hacía durante más de 20 horas. Después de la lesión, dos tercios de los deportistas dedicaban menos de 2 horas semanales al ejercicio. Los autores hallaron una correlación negativa entre las horas de práctica semanal del deporte y la edad ( $r=-0,46$ ,  $p<0,0001$ ) y una correlación positiva entre las horas de participación en el deporte y el atletismo percibido ( $r=0,50$ ;  $p=<0,0001$ ), pero las horas de participación solamente mostraron una débil relación positiva con la escala de ira-hostilidad del POMS ( $r=0,23$ ;  $p=0,05$ ).

En la *tabla 3.4* presentamos las medias y desviaciones típicas de los atletas en puntuaciones T, obtenidas en el POMS.

En la evaluación inicial con el ERAIQ, los atletas indicaron sentir primordialmente frustración, depresión y enfado. Al comparar las medias de las escalas del POMS con las baremaciones del POMS de estudiantes universitarios, se hallaron puntuaciones significativamente más elevadas en los atletas lesionados en las escalas de depresión ( $p=0,0216$ ) e ira-hostilidad ( $p=<0,0001$ ). En cambio, no encontraron diferencias para las escalas de tensión y vigor, pero obtuvieron significativamente menor fatiga ( $p=0,0010$ ) y confusión ( $p=0,004$ ) en los atletas lesionados. La severidad de la lesión se definió en función del tiempo en que los atletas no podían practicar su deporte. Los atletas con lesiones menos severas presentaban una sintomatología emocional menor



que las baremaciones de los estudiantes universitarios, en contraste con los que padecían lesiones más severas puesto que éstos experimentaron significativamente mayor tensión, depresión y enfado y menor vigor durante un mes. En relación con la edad de los atletas, los autores hallaron que los más jóvenes mostraban niveles significativamente más elevados de hostilidad que los mayores. Los autores remarcaron la necesidad de valorar individualmente los efectos psicológicos de la lesión para facilitar la rehabilitación y un seguro retorno a la actividad deportiva.

En la misma línea de investigación, A.M. Smith et al. (1993) se interesaron por el perfil emocional de atletas de competición y su autoestima antes y después de la lesión. Este estudio proviene del mismo centro de investigación y atención clínica que acabamos de presentar y emplean la misma definición de lesión y severidad en función de la no-participación en el deporte. También emplean los mismos instrumentos de medida, el ERAIQ y POMS, a los que añaden el *Rosenberg Self-Esteem Inventory* (Rosenberg, 1968). 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. En la *tabla 4.3* presentamos las medias y desviaciones típicas del POMS de los atletas para este estudio

**Tabla 4.3.** Medias y DT del POMS en atletas, según A.M. Smith et al., 1990, 1993.

	A.M. Smith et al., 1990 (n=72)		A.M. Smith et al., 1993 (n=36)			
			Antes Lesión		Después Lesión	
	M	DT	M	DT	M	DT
Tensión	13,8	6,9	11,6	-	12,6	-
Depresión	17,2	10,3	7,5	-	16,7	-
Ira-Hostilidad	16,1	9,9	10,5	-	15,9	-
Vigor	14,9	6,3	20,4	-	15,9	-
Fatiga	8,9	5,7	8,3	-	6,2	-
Confusión	8,8	5,2	7,0	-	8,5	-

Brewer (1993) llevó a cabo una serie de investigaciones sobre la identidad atlética y la vulnerabilidad a la depresión en función de la lesión. En uno de los estudios, participaron 121 atletas lesionados (81 hombres y 40 mujeres) que eran pacientes de una clínica de medicina deportiva en el área de Phoenix, Estados Unidos. En éste, se emplearon diferentes instrumentos de medida: el *Athletic Identity Measurement Scale* (AIMS, Brewer, van Raalte & Linder, 1993), el *Physical Self-Perception Profile* (Fox & Corbin, 1989), el *Social and Athletic Readjustment Rating Scale* (SARRS, Bramwell, Masuda, Wagner & Holmes, 1975), la escala de depresión del POMS y el Inventario de depresión de Beck (BDI). El autor halló una asociación positiva entre la identidad atlética y la depresión así como entre el nivel de eventos estresantes y la depresión. Sin embargo, encontró una asociación negativa entre la autoeficacia física y la depresión. En el BDI los atletas obtuvieron una puntuación media de 7,14 y una desviación típica de 6,45. En la escala de depresión del POMS la puntuación media era de 12,22 y la desviación típica de 9,96.

En otro estudio de Brewer (1993) participaron 90 hombres del equipo de fútbol americano de la Universidad de California, Davis, Estados Unidos. Los autores emplearon los mismos instrumentos de medidas que en el estudio precedente, pero en esta ocasión, los sujetos fueron asignados a dos grupos diferentes en función de si estaban lesionados ( $n=15$ ) o no ( $n=75$ ). En el BDI la puntuación media para los atletas lesionados fue 6,33 ( $DT=5,63$ ) y de 3,07 ( $DT=4,31$ ) para los no lesionados. Esta diferencia entre los grupos resulta estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ). En la escala de depresión del POMS, los atletas lesionados obtuvieron una puntuación media de 15,53 y una desviación típica de 9,18 mientras que los no lesionados tuvieron una puntuación media de 12,27 ( $DT=9,69$ ). El autor, resalta la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las dos medidas de depresión, y argumenta que los atletas lesionados que presentaban un estado de ánimo disfórico pueden haberse sentido mejor reconociendo ítems somáticos de depresión como los que contiene el BDI que los que reflejan un estado de ánimo depresivo del POMS. Señala que las expectativas de la sociedad, y la virilidad de los jóvenes atletas pueden haber influido en las respuestas de la escala de depresión del POMS.

Además, Leddy et al. (1994) examinaron las respuestas psicológicas a la lesión en 343 atletas universitarios de sexo masculino, de edades comprendidas entre los diecisiete y los veintitrés años. Los resultados señalaron que el 51% (74) de los 145 atletas lesionados presentaron síntomas depresivos a un nivel leve o superior después de la lesión. A pesar de que muchos de los atletas tenían síntomas leves de depresión, encontraron que 17 de los 145 (12%) obtuvieron puntuaciones de BDI superiores o iguales al punto de corte 20, lo que indicaba síntomas suficientemente intensos para necesitar una evaluación psicológica y, posiblemente, tratamiento.

Asimismo, Brewer, Linder & Phelps (1995) estudiaron diferentes variables situacionales y el ajuste emocional en atletas que se visitaban en un clínica de medicina del deporte. La muestra se componía de 81 hombres y 40 mujeres, cuya media de edad era de 24,36 años con una desviación típica de 10,61 años. En el BDI, los participantes obtuvieron una puntuación media de 7,17 ( $DT=6,84$ ) y sólo el 4,8% se hallaron dentro de un rango de sintomatología depresiva a nivel clínico. Además, los resultados mostraron una correlación negativa entre la edad y la alteración emocional posterior al inicio de la lesión, lo que concuerda con los resultados de A.M. Smith et al. (1990) sugiriendo que los atletas de mayor edad afrontan mejor los efectos emocionales de las lesiones. Los autores señalan que algunos pacientes pueden experimentar estrés psicológico hasta el punto de interferir con una rehabilitación exitosa. También indican que se podría concluir que los atletas jóvenes, con una lesión aguda y que además perciben una falta de apoyo y de control sobre la rehabilitación pueden ser los más vulnerables a padecer estrés emocional después de lesionarse.

En su investigación, Manuel et al. (2002) examinaron variables psicológicas en 48 adolescentes de edades comprendidas entre los quince y los dieciocho años y durante un periodo de tres meses posterior a la lesión. Entre los aspectos psicológicos que estudiaron, midieron el estrés negativo y positivo, la identidad atlética, la depresión, el apoyo social y la severidad de la lesión. Se realizaron análisis de medidas repetidas que mostraron una disminución de la sintomatología depresiva significativamente a lo largo del tiempo. Según el BDI, el 27% de los adolescentes estaba moderadamente

deprimido al inicio de la lesión. El número de adolescentes con sintomatología depresiva fue disminuyendo a lo largo de las semanas: específicamente, el 21% mostraba síntomas depresivos a las tres semanas, el 17% a las 6 semanas y el 13% a las 12 semanas. Además, la ausencia de estrés positivo y la alta identidad atlética estaban asociadas a un pronto inicio de síntomas depresivos. En cambio, el apoyo social se asociaba con niveles bajos de depresión al inicio de la lesión.

En su meta-análisis, A.M. Smith & Milliner (1994) detectaron grandes desviaciones típicas de los diferentes estudios que medían la depresión en atletas lesionados, y consideraron la posibilidad de que coexistiesen pensamientos o tendencias hacia el suicidio en algunos de estos atletas. Se interesaron particularmente por los adolescentes, ya que el suicidio era la segunda causa de muerte en los jóvenes norteamericanos de entre quince y veinticuatro años y coincidía con una franja de edad en que la actividad deportiva y las lesiones tienen una elevada incidencia. Los autores abstraieron los factores comunes de 5 atletas lesionados de dieciséis a dieciocho años de edad quienes, a pesar de tener éxito en su deporte, intentaron suicidarse. Todos sufrieron una lesión grave que precisó intervención quirúrgica mostraban las siguientes características:

- 1) Sufrieron una lesión grave que precisó intervención quirúrgica.
- 2) Una rehabilitación dura y ardua que restringió la participación en su deporte favorito entre 6 semanas hasta 1 año.
- 3) Un deterioro en sus habilidades atléticas, a pesar de estar adheridos al programa de rehabilitación.
- 4) En el momento de reincorporarse al deporte, tenían sentimientos de carencia /ausencia de sus capacidades (competencias) previas a la lesión.
- 5) Habían sido substituidos por sus colegas en la posición que solían ocupar, lo cual disminuía su autoestima.

De los estudios que acabamos de presentar consideramos importante resaltar:

- 1) La presencia de sintomatología depresiva a nivel clínico o subclínico en atletas lesionados, así como de reacciones emocionales como, por ejemplo, niveles elevados de frustración, enfado, hostilidad y de la disminución de vigor.
- 2) El aumento de las respuestas emocionales estresantes durante el proceso de estar lesionado en comparación con mediciones previas.
- 3) La relación positiva entre la identidad atlética y la depresión en atletas lesionados.
- 4) La mayor dificultad de los atletas jóvenes en afrontar la lesión en comparación con los mayores.
- 5) La presencia de ideación suicida.

#### **4.4.2. Reacciones emocionales en bailarines lesionados**

En este apartado presentamos estudios sobre las reacciones emocionales de los bailarines. Las siguientes investigaciones proceden tanto de metodologías cualitativas y cuantitativas, transversales y retrospectivas, basadas en cuestionarios o entrevistas. Más adelante veremos que nuestro estudio es eminentemente cuantitativo, pero sin renunciar a la voz de los bailarines que recogemos a través de preguntas abiertas en un cuestionario.

Como hemos visto, la lesión en un bailarín no repercute sólo en el cuerpo, sino que afecta también a otras áreas de su vida. En función de las características de la lesión, ésta puede ser más o menos dolorosa, requerir inmovilización, una intervención quirúrgica o fisioterapia y rehabilitación. Igualmente, la conducta del bailarín se verá alterada en un sentido u otro, ya sea teniendo que hacer reposo, ausentándose de ensayos y actuaciones o modificando algunos ejercicios en clase. Asimismo, algunos aspectos sociales pueden verse alterados y es posible que el bailarín se sienta solo y aislado, ya que probablemente disminuya el contacto directo y diario con sus compañeros. Wainwright et al. (2005) señalan que incluso hay consecuencias espirituales a raíz de la lesión. No hay que olvidar que la lesión se produce en el

contexto del mundo del espectáculo, el cual no deja de ser una industria que enfatiza la excelencia y el máximo rendimiento. En este contexto, una lesión puede propiciar que toda una serie de inseguridades y miedos de los bailarines salgan a la luz cuando la salud física de los bailarines se ve comprometida (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b).

Desafortunadamente, son pocas las investigaciones que han estudiado las reacciones emocionales de los bailarines lesionados. L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1991) hallaron diferencias significativas en el estilo de vida y en el equilibrio psicológico entre un grupo de bailarinas de danza clásica lesionadas (n=11) y un grupo de bailarinas no lesionadas (n=24). La media de edad de ambos grupos era de 23,62 años. Las bailarinas lesionadas consumían significativamente más alcohol y drogas que las no lesionadas y además el 38% de las lesionadas habían considerado la posibilidad de suicidarse, mientras que ninguna de las bailarinas no lesionadas presentaron ideación suicida.

Macchi & Crossman (1996) examinaron retrospectivamente el impacto de las lesiones en 26 bailarines de danza clásica de la sección profesional del Royal Winnipeg School en Canadá. La muestra estaba formada por 18 chicas y 8 chicos, con edades comprendidas entre los doce y veintiún años de edad, cuya media era de 17,4 años. Mediante una entrevista semi-estructurada, se les preguntó por las emociones vividas en diferentes momentos de la lesión. Las emociones predominantes en el periodo inicial después de la lesión incluían frustración, miedo, estrés, enfado y un estado de depresión. Durante la rehabilitación los bailarines reaccionaban tanto con optimismo por volver a bailar como con pesimismo sobre la severidad de la lesión y por el tiempo que tardarían en recuperarse. No obstante, destacaban la depresión y la frustración a lo largo de la rehabilitación y el alivio, junto con la frustración, en el momento de reincorporarse a la danza. La *tabla 4.4* recoge las frecuencias de las emociones que los bailarines indicaron sentir durante las tres etapas posteriores a la lesión. Parece ser que 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).

Robson (2006), 10 años más tarde, analizó también las respuestas emocionales a las lesiones de 26 estudiantes femeninas de ballet de una escuela-residencia canadiense, empleando entrevistas semi-estructuradas después de que hubiesen sido visitadas por el fisioterapeuta. La edad media de las bailarinas era de 16,9 años. La mayoría estaban frustradas puesto que las lesiones se produjeron justo antes de una serie actuaciones. También estaban preocupadas por si podían mantener sus roles o si variarían, y por saber si iban a poder realizar sus exámenes. Las principales emociones que las bailarinas sintieron al inicio de la lesión eran preocupación/miedo y enfado/frustración, quedando la depresión en tercer lugar. A la semana siguiente, presentaban sentimientos de esperanza, depresión y enfado/frustración. Al preguntarles cómo se sentían sobre la futura semana, indicaron preocupación/miedo. Algunas estudiantes también estaban preocupadas por los efectos a largo plazo de la lesión.

Mainwaring et al. (2003) entrevistaron a dos jóvenes bailarinas y hallaron que la lesión de cadera que padecían les causaba emociones negativas. Sus narraciones retrospectivas revelaban una mezcla de enfado, incertidumbre, ansiedad, sentimientos de alienación, depresión, culpa, duda, decepción y miedo. Estas bailarinas también experimentaron enfado, culpa y estrés al observar a otros bailar; ambas tenían dificultades de afrontamiento que derivaron en estrés manifestado por el intento de suicidio en una, y episodios depresivos y trastornos de la alimentación en la otra. De todos modos, los autores concluyeron que no podían saber si estos síntomas eran sólo atribuibles a la lesión.

**Tabla 4.4.** Emociones que indicaron los bailarines durante las fases de la lesión (Macchi & Crossman, 1996, p.227)

	Inicialmente	Durante la rehabilitación	Al volver
<b>Enfado</b>	15	6	4
<b>Desprecio</b>	2	2	-
<b>Negación</b>	6	2	3
<b>Depresión</b>	14	12	7
<b>Indignación</b>	4	1	3
<b>Estrés</b>	16	8	3
<b>Miedo</b>	17	7	9
<b>Frustración</b>	25	20	15
<b>Culpa</b>	6	6	4
<b>Vergüenza</b>	4	2	-
<b>Sorpresa</b>	3	-	-
<b>Interés-Excitación</b>	-	-	8
<b>Alegría</b>	-	1	8
<b>Optimismo</b>	2	5	8
<b>Alivio</b>	-	6	11

Los estudios de Sanahuja-Maymó (2005a, 2005b) y Sanahuja-Maymó et al. (2006) también se sitúan en el contexto norteamericano. En éste, los análisis preliminares en una submuestra de 44 bailarines universitarios lesionados mostraron que el 25% presentaban síntomas clínicos de depresión según el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996) y el 43% presentaban síntomas clínicos de desesperanza con la Escala de desesperanza de Beck (Beck & Steer, 1993). Además, la comparación de los estudiantes en función del programa de danza universitario del cual procedían no mostró diferencias significativas en las puntuaciones globales de depresión y desesperanza. Los síntomas más frecuentes de depresión encontrados fueron la fatiga, la pérdida de energía, los cambios en el patrón de sueño, la agitación, la autocrítica y la irritabilidad. En cuanto a la desesperanza, los bailarines lesionados presentaban a menudo cierta incertidumbre acerca de su futuro, dudas sobre las expectativas de lograr lo que uno quiere, la creencia de no tener tiempo suficiente para realizar todo lo que uno desea y de no tener una especial suerte en la vida.

Algunos de los diferentes factores relacionados con la lesión que parecen influir en el estado de ánimo del bailarín son:

- a) El tiempo transcurrido desde la lesión.
- b) El empleo de instrumentos de soporte o apoyo.



- c) El grado de limitación para bailar.
- d) La dedicación exclusiva a la danza.
- e) El apoyo social apropiado.
- c) El estilo de vida.

Igualmente, los bailarines que tomaban medicación analgésica o anti-inflamatoria presentaban mayor desesperanza y depresión, además de una pérdida de placer, culpabilidad y cansancio. Asimismo, los bailarines que presentaban problemas para dormir también presentaban mayor desesperanza, cansancio e indecisión. Es posible que el dolor físico les impidiese descansar correctamente y que además tuviesen que tomar medicación para calmar el dolor. Todo esto puede generar cansancio, sentimientos de desesperanza y depresión que deben ser atendidos para no añadir más dolor psíquico al dolor físico.

Hasta ahora hemos comentado cómo las lesiones afectan negativamente a los bailarines, pero, al igual que los deportistas lesionados algunos bailarines también encuentran aspectos positivos a las lesiones. En concreto, Brinson & Dick (1996) hallaron que, a pesar que el efecto psicológico más frecuente en los bailarines lesionados era una disminución en la autoestima, depresión y ansiedad, algunos encontraron aspectos positivos que designaban con comentarios como: *sentí, que por primera vez, podía vivir mi vida, aprendí a cuidarme o estaba más contenta y logré relajarme*. Dado que la lesión fuerza al bailarín a disminuir su principal actividad, algunos lo aprovechan para detenerse y repensar sus prioridades en la vida. Otros, comentan que es un momento para crecer como bailarín y que les ha servido para entender mejor las exigencias físicas y mentales de la danza. De todos modos, la gran mayoría de bailarines que encuentran algún aspecto positivo en la lesión, se refieren al mejor aprendizaje sobre cómo funciona su cuerpo. Se trata de un momento en el que pueden darse cuenta de que no habían recibido una enseñanza adecuada e intentan quitarse ciertos vicios que les perjudican. También pueden llegar a entender la importancia de cosas sencillas que quizá antes les pasaban más inadvertidas como el

beneficio de los estiramientos y la relajación muscular. Incluso pueden llegar a disfrutar de los objetivos realistas y precisos de la rehabilitación.

Podemos concluir afirmando que tanto las investigaciones sobre las respuestas emocionales en atletas como en bailarines apuntan a la presencia de sintomatología emocional a nivel clínico y subclínico, específicamente de depresión. No obstante, en la población de bailarines lesionados, apenas existen estudios empíricos.

#### **4.5. Respuesta del entorno hacia el bailarín lesionado: contexto y participantes**

En un mundo tan exigente como el de danza, donde los bailarines están obsesionados con la perfección (L.H. Hamilton, 1998), los problemas físicos se perciben a menudo como signos de debilidad que deben superarse (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1991). En este contexto, los bailarines suelen mostrar actitudes estoicas en relación con sus lesiones. Además, la gratificación psicológica y el valor de un bailarín profesional dependen de su capacidad para trabajar. Los profesores, directores y *managers* refuerzan sutilmente este mensaje, por ejemplo, al disminuir o retirar la atención hacia los bailarines lesionados o incluso no darles un papel después de la recuperación (L.H. Hamilton, 1997a; Wulff, 2001).

Los bailarines no sólo cuentan con pocos recursos en los que apoyarse fuera de la profesión, sino que dentro de la misma no siempre encuentran la comprensión que precisan (L.H. Hamilton, 1997a). El espectro de respuestas a las lesiones dentro del mundo de la danza incluye la fría objetividad, la antipatía o la hostilidad, lo que conlleva serias consecuencias para la autoestima del bailarín. Más doloroso es cuando los compañeros intentan distanciarse de su propia vulnerabilidad a la lesión y etiquetan al bailarín como una persona que tiende a tener accidentes, que tiene miedo al éxito o que es simplemente vago. No es fácil para los bailarines lesionados separarse de sus compañeros, ya que incluso los que no tienen trabajo, pasan su tiempo mayoritariamente en compañía de otros, en audiciones o recibiendo clases para mantenerse en forma. Los bailarines lesionados pueden quedarse aislados de sus

iguales y a menudo tienen que afrontar solos el proceso de recuperación solos (L.H. Hamilton, 1997a).

En el estudio de Macchi & Crossman (1996), la reacción general de los compañeros hacia los bailarines lesionados fue de preocupación y apoyo, pero 3 de ellos indicaron obtener reacciones negativas de sus compañeros. Éstas incluían la incredulidad de que la lesión fuese real, el ser llamado *blandengue*, y ser tratado como un forastero. En cuanto a los profesores, la mitad manifestaron reacciones positivas hacia los lesionados y la mitad negativas: los profesores estaban enfadados, dejaban de lado a esos bailarines o les preguntaban por qué estaban lesionados de nuevo. Una de las profesoras se preocupó y entendió a un bailarín lesionado porque había sufrido la misma lesión y podía entender por lo que estaba pasando. Los autores comentan que los compañeros tuvieron menos reacciones negativas hacia las lesiones y argumentan que posiblemente fue debido a que, muchos de ellos habían estado lesionados el año anterior y se podían identificar con el trauma emocional que acompañaba a la lesión. En cuanto a los padres, 7 bailarines mencionaron el apoyo y preocupación de las madres (no así de sus padres). 13 bailarines indicaron el apoyo de los amigos (Macchi & Crossman, 1996).

#### 4.6. Factores asociados a las lesiones

Adam, Brassington, Steiner & Matheson (2004) se han interesado por factores asociados a las lesiones. Estos autores llevaron a cabo un interesante estudio sobre los factores psicológicos asociados con aquellas lesiones que impedían a los bailarines bailar como mínimo durante un día. La muestra constaba de 54 bailarines profesionales provenientes de una compañía estatal alemana, 9 de los cuales eran solistas visitantes europeos y que en total representaban a 20 países. En el momento del estudio, todos estaban activos y sanos, los autores entrevistaron a los bailarines para obtener información sobre las lesiones acaecidas durante los 10,5 meses previos, administrando el *Cohen Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), el *Social Support Appraisal* (SS-A, Vaux et al., 1986), el *Profile of Mood States*

y el *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI, Buysse, Reynolds, Monk, Bernam & Kupfer, 1989). El 87% de ellos habían tenido al menos una lesión durante los meses precedentes. Los bailarines del *corps de ballet*<sup>45</sup> perdieron una media de 17,55 (DT=18,1) días de trabajo (ensayos y actuaciones) y los solistas perdieron 11,7 (DT=14,8). Como término medio, los bailarines no pudieron cumplir con sus obligaciones profesionales debido a las lesiones durante 42,8 días de los 286 días posibles de ensayo y actuación. Los autores optaron por realizar correlaciones de Pearson para explorar la relación entre el estrés percibido, el estado de ánimo, el sueño y el porcentaje de tiempo que los bailarines estuvieron sin bailar. Hallaron una relación significativa y positiva entre el estrés percibido y la ausencia debido a la lesión ( $r=0,60$ ;  $p<0,001$ ). El porcentaje de tiempo ausente debido a la lesión también se correlacionaba positiva y significativamente con la tensión ( $r=0,41$ ,  $p<0,001$ ), la depresión ( $r=0,41$ ;  $p<0,001$ ), la hostilidad ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ) la confusión (0,44,  $p<0,001$ ) y la fatiga (0,26  $p<0,05$ ) del POMS, pero negativamente con el vigor ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ). Además, hallaron relaciones negativas y significativas de las siguientes variables: la calidad global del sueño, las horas dormidas cada noche, la calidad subjetiva del sueño, el apoyo social con el porcentaje de tiempo en que los bailarines estaban lesionados. En cambio, la relación fue significativa y positiva al relacionar el irse a dormir tarde y tener somnolencia diurna. Los autores concluyen que los resultados no precisan el sentido de la relación entre las variables, aunque queda clara su relación, siendo el estado de ánimo bien conducente o consecuente con la lesión.

#### 4.7. La recuperación psicológica de la lesión

Estudios en psicología del deporte ponen de manifiesto que el estrés emocional en atletas lesionados puede alargar el proceso de rehabilitación (Brewer, 2001). En el caso de atletas lesionados, diversas investigaciones han indicado que el estrés emocional debido a la lesión, puede influir en la adherencia al programa de rehabilitación y en el

---

<sup>45</sup> Cuerpo de baile.

progreso de la lesión<sup>46</sup> (Brewer, Jeffers, Petitpas & Van Raalte, 1994). En el estudio de Fisher, Mullins & Fyre (1993) los *athletic trainers* señalaron varios factores que consideraban importantes en el proceso de rehabilitación:

- La buena relación y comunicación entre el *athletic trainer* y el atleta lesionado.
- La explicación de la lesión y del programa de rehabilitación.
- Que el sitio de rehabilitación sea de fácil accesibilidad para el atleta.
- Que las sesiones de rehabilitación estén planeadas teniendo en consideración los horarios de los atletas.
- Que los atletas piensen que el programa vale la pena.
- Que exista una supervisión personal y una monitorización regular.
- La importancia de tener en cuenta que los atletas lesionados quieren ver resultados inmediatos.
- El apoyo de las personas significativas.

A pesar de que no se ha llevado a cabo ningún estudio empírico para comprobarlo en bailarines, el conocimiento teórico y clínico apoya esta hipótesis y en las próximas páginas revisamos aquellos tratados y frutos de la reflexión de terapeutas que pueden resultar relevantes en este sentido.

#### **4.7.1. Consideraciones en cuanto al factor emocional en la recuperación**

La manera en que un bailarín afronta y su modo de reaccionar ante una lesión facilita o dificulta su recuperación. Además, los bailarines lesionados son más vulnerables al estrés psicológico durante el periodo de recuperación. No obstante, en primer lugar, debemos tener en cuenta que las dificultades emocionales del bailarín, que pueden no haber sido detectadas o tratadas adecuadamente antes de la lesión, pueden interferir en una buena recuperación física (L.H. Hamilton, 1997b). Independientemente de la presencia de psicopatología previa o no, la depresión (y la desesperanza) tiene

---

<sup>46</sup> El *athletic trainer* es un profesional sanitario reconocido por la Asociación Médica Americana (AMA) que se especializa en la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de lesiones de todas las personas que están físicamente activas. Esta profesión todavía no existe en muchos países. (Ewalt, 2006)

bastantes probabilidades de aparecer. Sin embargo, éstas pasan a menudo inadvertidas a los profesionales sanitarios, complicando el proceso de recuperación.

La depresión puede tomar diferentes formas y los profesionales de la salud deben saber que los problemas emocionales pueden estar enmascarados. Algunas manifestaciones que pueden sugerir depresión o problemas emocionales son el incremento o disminución de peso, la irritabilidad y la automedicación incluso con alcohol o drogas. Otras veces, se presentan emociones negativas prolongadas como la confusión y la apatía, la culpa y los cambios rápidos de humor (L.H. Hamilton, 1997b).

Durante la recuperación, es común el resentimiento, la hostilidad y la falta de obediencia hacia los profesionales de la salud o una sobre-dependencia prolongada de éstos (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b). El sentimiento de frustración y el estar enfadado con uno mismo también juegan un papel importante en una buena y completa recuperación. Algunos bailarines reconocen sentir tanta frustración que a veces continúan bailando y haciendo ejercicio aún sabiendo que lo único que consiguen así es agravar su lesión. En ocasiones, echan tanto de menos la danza que vuelven a bailar y no prevén las consecuencias a largo plazo. Además, reiniciar las actividades de danza demasiado pronto o de manera rápida y repentina para ponerse al día cuando empiezan a bailar de nuevo posibilita que vuelvan a lesionarse. Asimismo, reducir las sesiones de fisioterapia sin consentimiento médico cuando la lesión empieza a mejorar puede sabotear los esfuerzos previos (L.H. Hamilton, 1998). Reiniciar la actividad física después de una lesión no es siempre una tarea fácil. A pesar de la ilusión por volver a bailar aparecen a veces el miedo y la precaución. Es posible que los bailarines se vuelvan muy precavidos sobre de lo que pueden hacer ya que no quieren lesionarse de nuevo. Otras preocupaciones hacen referencia a la posible pérdida de nivel técnico durante el tiempo lesionado y a la pérdida de confianza en sí mismo.

La confianza es un elemento básico y necesario durante el proceso de rehabilitación, puesto que los bailarines tienen que confiar en el programa propuesto y en su efectividad para poder adherirse a él y cumplimentarlo con éxito (J. Taylor & C.

Taylor, 1995). También es preciso tener confianza en que el completar el programa les permitirá, en los casos en los que sea posible, bailar al nivel previo a la lesión. Por ejemplo, hay bailarines que empiezan a tener dudas sobre si podrán volver a bailar, aún cuando tanto el fisioterapeuta como el traumatólogo expresan su confianza en una total recuperación. En estos casos es común que aparezcan ideas pesimistas sobre las posibilidades de recuperación.

Según Milne, Mall & 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. También es importante la motivación dada la duración y la intensidad que conlleva el tratamiento (J. Taylor & C. Taylor, 1995). De todos modos, a veces es difícil mantener la motivación debido a la ausencia de confianza tanto en sí mismos como en el programa de rehabilitación. Además, la ansiedad sobre la recuperación y los problemas de concentración pueden reducir la motivación e inhibir la recuperación completa. En las situaciones en que hay una motivación inferior a la esperada es común que los bailarines falten a sesiones de rehabilitación, que no progresen acorde con las expectativas, que muestren poca energía e incluso que incrementen de peso y pierdan la forma física.

Cabe señalar, sin embargo, que la lesión puede generar ansiedad, en parte quizá por el dolor asociado a ella. Durante el programa de rehabilitación el dolor debido tanto a la lesión como a los ejercicios terapéuticos es constante y este dolor puede angustiar al bailarín hasta tal punto que le inhiba el proceso de recuperación. J. Taylor & C. Taylor (1995) apuntan que la ansiedad también puede tener un efecto debilitante a nivel físico, por ejemplo, al restringir la respiración y disminuir el nivel de oxígeno inspirado. Por lo tanto, con menos oxígeno la recuperación puede ser más larga. También el estrés puede desacelerar el proceso de recuperación al inhibir la eficiencia del sistema inmune. La ansiedad también causa una tensión muscular que incrementa el dolor y reduce el riego sanguíneo en el área lesionada.

En cuanto a los factores que facilitan la recuperación de la lesión, Sharp (2003), psicóloga del Australian Ballet, sugiere:

- 1) Una autoestima sana y una visión optimista.
- 2) Ser responsable durante el proceso de rehabilitación.
- 3) Interesarse por otros temas fuera de la danza y/o desarrollar otro rol dentro del campo de la danza.
- 4) Tener apoyo social de las personas significativas.

En uno de los pocos estudios sobre la materia, L.H. Hamilton (1997b) investigó la disposición al optimismo y la adaptación a la vida en 28 artistas lesionados. Considera la disposición al optimismo como un determinante en la propia motivación para seguir luchando en lugar de desistir y el uso de estrategias más efectivas. 16 participantes fueron agrupados bajo el epígrafe de *bajo optimismo* y 10 en el de *alto optimismo*. El grupo de bajo optimismo, presentaba significativamente más emociones negativas (preocupación, nervios, bajo estado de ánimo) y tenían estilos de vida que incluían menos tiempo de calidad para sí mismos. En cambio, aquellos agrupados en *alto optimismo* presentaban una mayor autoestima, sentían tener un mayor control de su estado, y manifestaban menor depresión, desesperanza, alienación y estrés percibido.

Además del optimismo elevado, recibir una guía y apoyo adecuado durante la fase de rehabilitación puede llevar al bailarín a ser más fuerte, mejor coordinado y menos vulnerable a futuras lesiones (Lewis, 1998). A nuestro parecer, dicho apoyo y la información durante la fase de recuperación de la lesión son primordiales, ya que estudios en atletas lesionados revelan que las emociones y conductas asociadas a una rehabilitación no exitosa en atletas son el miedo, la ansiedad, el enfado y la frustración, la falta de comprensión de la lesión y del proceso de recuperación, y el hecho de querer volver a la actividad antes de la completa recuperación (Gordon, Potter & Hamer 2001).



Consideramos que la comunicación entre los profesionales médicos y los bailarines es un punto a tener en cuenta y muy importante para la recuperación de las lesiones. En este sentido, Lai, Krasnow & Thomas (2006) llevaron a cabo un estudio basado en encuestas para investigar diversos aspectos del tratamiento de las lesiones en la danza. Para ello, reclutaron una muestra de 50 profesionales médicos entre los que se hallaban fisioterapeutas, quiroprácticos, masajistas, traumatólogos del deporte, traumatólogos y *athletic trainers*. Participaron también 202 bailarines de diversas edades, que contaban con una media de 10 años de entrenamiento. Los estilos de danza de los bailarines variaban y la mayoría participaban en más de una técnica de danza. El 6% de los bailarines nunca se había lesionado, el 13,5% sólo una vez, el 45,5% se habían lesionado dos o tres veces, el 21% de cuatro a seis veces y el 14% se habían lesionado siete o más veces. El 63% de los bailarines visitaron a los profesionales médicos dentro de los 3 días después siguientes de la lesión. Por un lado, los profesionales médicos pensaban que podían y deberían comunicarse más con los profesores de danza y los coreógrafos. Por otro lado, los bailarines creían que la comunicación entre los profesionales médicos y los profesores de danza, coreógrafos y otros profesionales médicos les beneficiaría en el proceso de recuperación. Los autores de este estudio pensaron que los bailarines estarían más dispuestos a cumplir con los protocolos del tratamiento si comprendían mejor la naturaleza de las lesiones y el proceso del tratamiento. Sin embargo, los resultados de este estudio no apoyaron esta hipótesis. La mayoría de los bailarines y de los profesionales médicos creían que era esencial para los bailarines comprender la anatomía humana básica y los bailarines estaban dispuestos a hacerlo. Los autores recomiendan que los bailarines traten los factores psicológicos y sociales que pueden impedir la adherencia al tratamiento y que los profesionales que diseñen tratamientos para los bailarines tengan en cuenta que los bailarines están más dispuestos a disminuir la intensidad que la frecuencia de la práctica de danza.

#### 4.7.2. Intervenciones durante el proceso de recuperación

Dado que los factores psicológicos pueden afectar la recuperación, una intervención psicológica puede jugar un valioso papel durante la misma. Los profesionales de la salud mental pueden ofrecer apoyo, seguimiento y atención psicológica a los bailarines lesionados desde diferentes orientaciones y empleando diversas técnicas de intervención. La elección de un tipo de tratamiento u otro dependerá de variables como las características del bailarín lesionado, su lesión, el momento de la fase de recuperación y los objetivos que se quieran conseguir, entre otras. También existen otras personas involucradas con los bailarines lesionados como son los fisioterapeutas, los *athletic trainers* y los profesores que pueden contribuir a facilitar la recuperación física y emocional del bailarín.

En función de las tres fases del proceso de reacción que propone L.H. Hamilton (1997a, 1997b), expuestos en el punto 4.3 la autora sugiere una serie de consideraciones y maneras de ayudar al bailarín lesionado. Según esta autora, la primera fase de la recuperación puede ser un momento frustrante para el equipo de rehabilitación, puesto que, incluso un bailarín sin psicopatología previa puede mostrarse retraído, hostil o desmotivado. La principal tarea en esta fase es, pues, ayudar a la persona a pensar en términos concretos y a descubrir las limitaciones y elecciones reales que son posibles en su situación. Tal y como señalan J. Taylor & C. Taylor (1995) los bailarines tienden a focalizar su atención en aspectos negativos de la lesión en lugar de pensar en los efectos positivos derivados de la rehabilitación. Es entonces cuando la confianza en sí mismo y la motivación afectan negativamente, lo que puede derivar en una disminución del esfuerzo.

Así, no es extraño que, según L.H. Hamilton (1997a, 1997b), durante la segunda fase de la rehabilitación pueden hacerse patentes algunas dificultades psicológicas como estar deprimido, ansioso o abusar de sustancias psicoactivas. También señala la posibilidad de que los bailarines presenten complejas reacciones emocionales que interfieran en la rehabilitación, manifestándose en una pasividad del bailarín o

dependencia hacia los profesionales sanitarios. La autora menciona también que aquellos bailarines que muestren dificultades emocionales deberían ser valorados por un psicólogo. Sin embargo, aquellos que no presenten complicaciones psicológicas más allá de la esperada respuesta de duelo también pueden beneficiarse de ciertas intervenciones. Hamilton piensa que orientar a los bailarines hacia fuentes saludables puede propiciar que se sientan más seguros y puede que centren su atención en recuperarse más que en las posibles consecuencias negativas de su lesión. La autora señala la eficacia de las técnicas cognitivas y de la respiración para aprender a tolerar el dolor físico a medida que el programa de rehabilitación avanza (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b), lo cual concuerda con las ideas de J. Taylor & C. Taylor (1995) que explicaremos más adelante. También considera útil ayudar a los bailarines a centrar la atención en la preparación física y así evitar perder su forma física, pudiendo combinar los ejercicios de rehabilitación con técnicas como Feldenkrais, Pilates, Alexander, o bien con ejercicios aeróbicos que incrementan la resistencia, perder peso, así como con clases de danza para bailarines lesionados o para evaluar técnicas de trabajo incorrectas (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b). Sugiere poder prevenir el incremento de peso corporal con la ayuda de un nutriólogo. Además, L.H. Hamilton señala la importancia de animar al bailarín lesionado a encontrar substitutos en cuanto a su actividad productiva y fuentes de autoestima y piensa que los bailarines pueden utilizar éste tiempo para explorar otros intereses o retomar su educación.

J. Taylor & C. Taylor (1995) señalan que además de un programa de rehabilitación física bien organizado, los bailarines precisan un programa de rehabilitación psicológica para recuperarse de la lesión y poder recuperar la condición física previa a la lesión. Según estos autores, se deberían tener en cuenta varias estrategias: el establecimiento de metas, los entrenamientos en técnicas de relajación, las técnicas de imaginación en danza, una variedad de técnicas cognitivas generales, y el apoyo social. El propósito de estas técnicas es optimizar la confianza en sí mismo, la motivación, la ansiedad (intensidad o nivel de activación) y la concentración que influyen en el proceso de rehabilitación para poder incrementar la calidad y disminuir la duración del proceso de recuperación.

Según L.H. Hamilton (1997a, 1997b) en la última fase de la rehabilitación es importante que los bailarines sepan identificar el alcance de sus posibilidades puesto que las expectativas o miedos irrealistas tan sólo llevan a más desesperación o a lesionarse de nuevo. Por tanto, es importante marcar objetivos realistas para mantenerse en forma y progresar bajo el consejo médico. A los bailarines les puede ayudar contar con el apoyo del instructor de pilates o del fisioterapeuta, para no caer en la frustración ni sentirse presionados al tener que sobreexigirse.

Además, a lo largo de toda la recuperación es esencial la atención y apoyo apropiado de los seres significativos (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b; Mainwaring et al., 2003; J. Taylor & C. Taylor, 1995). De los resultados obtenidos en nuestros análisis preliminares previos (Sanahuja-Maymó, 2005a,b; Sanahuja-Maymó et al., 2006), se desprende que percibir un apoyo apropiado tanto del padre como de la pareja preserva el estado de ánimo de los bailarines lesionados en comparación con aquellos que no contaban con dicho apoyo o bien, éste no era el apropiado. Asimismo, los bailarines pueden beneficiarse tremendamente de un tratamiento de rehabilitación que les genere confianza (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b; J. Taylor & C. Taylor, 1995).

En cuanto a las técnicas cognitivas de intervención durante el proceso de rehabilitación J. Taylor & C. Taylor (1995) piensan que el establecimiento de metas incrementa el compromiso y la motivación hacia el programa de rehabilitación. Además, los bailarines pueden percibir una sensación de control sobre la rehabilitación de la lesión lo que aumentaría la confianza en sí mismos y reduciría la ansiedad. El hecho de establecer metas en el tiempo implica explicitar la secuencia de etapas que se deben seguir y es un modo de asegurarse que los bailarines no se salten ninguna de ellas y de que se toman el tiempo suficiente para recuperarse de la lesión antes de volver a la clase de danza y a los escenarios.

El entrenamiento en técnicas de relajación también es muy importante para promover la curación. Específicamente, los dos ejercicios más importantes son las técnicas de respiración y la relajación progresiva. Los bailarines deberían aplicar la relajación

progresiva al área lesionada para relajar los músculos que se hallan entorno a la lesión. También pueden usar técnicas de relajación durante la rehabilitación, para reducir el dolor y aumentar el riego sanguíneo, y al acabar una sesión de rehabilitación cuando los músculos están tensos y fatigados y el dolor puede haber incrementado. Una técnica clave durante el proceso de rehabilitación es la de imaginación, ya que puede promover la curación. Estas técnicas se usan no tan sólo en bailarines y atletas lesionados sino también para el tratamiento de otras enfermedades como por ejemplo el cáncer. También pueden alterar la temperatura corporal e incrementar el riego sanguíneo. Para que los bailarines obtengan el máximo beneficio de esta técnica, es preciso que tengan una buena comprensión del área dañada y de cómo funciona el proceso de curación. Deben poder representarse visualmente el área lesionada y para ello quizá necesiten que un fisioterapeuta o doctor les ofrezca una descripción detallada de la lesión, valiéndose de las pruebas diagnosticas realizadas o de dibujos. Los bailarines deberían utilizar la técnica de imaginación inmediatamente después de una sesión de rehabilitación, e imaginar el área en el proceso de curación, como por ejemplo, un hueso roto que se está reunificando. Además la técnica de imaginación durante la rehabilitación también puede ser usada para mantener el rendimiento en los bailarines que no pueden entrenarse. Los bailarines lesionados pueden temer retroceder en su técnica o estar perdiendo el tiempo mientras que los demás compañeros han progresado mucho.

Afortunadamente, la técnica de imaginación puede reducir los efectos de perder entrenamiento y actuaciones porque es capaz de producir mejorías en las habilidades sin la necesidad de una practica física real. Por tanto, la técnica de imaginación puede ayudar físicamente a los bailarines lesionados pero también psicológica y emocionalmente. El hecho de poder entrenar mediante técnicas de imaginación les puede generar confianza en sí mismos, una actitud más positiva, mayor motivación y sentir que no están perdiendo el tiempo. Además de las técnicas de relajación y de imaginación, los bailarines pueden beneficiarse de otras técnicas cognitivas. No obstante, la selección y aplicación de éstas técnicas deben ser evaluadas

individualmente para responder a las necesidades de cada bailarín en particular (J. Taylor & Taylor, C. 1995).

L.H. Hamilton (1997b) también apunta que los bailarines lesionados se pueden beneficiar de un grupo de apoyo constituido por otros bailarines lesionados. Además, indica que los bailarines deben ajustarse a diversos cambios en cuanto a su imagen corporal, estilo de vida y habilidades. En función del manejo que se haga de éstos, la lesión puede convertirse en un catalizador para una renovación personal. En la misma línea, Geeves (1997) propone convertir la lesión de un bailarín en una *experiencia de crecimiento personal*, por lo que, el proceso de estar lesionado debe ser activo en lugar de pasivo. Concretamente y tal como apuntan Ryan & Stephens (1988) la rehabilitación no debería basarse tan sólo en el retorno al estado previo a la lesión sino que debería contribuir al desarrollo de la condición física y funcional del individuo. Geeves (1997) asume que *condición funcional* incluye también el ajustamiento psicológico en su sentido más amplio.

Desde el ámbito de las lesiones atléticas y desde un punto de vista teórico y más psicoanalítico, Eldridge (1983) propone varios aspectos a abordar en los pacientes que se están recuperando. Señala que el paciente debería poder discutir y comprender el papel que la actividad atlética tiene en su vida en lo referente a su adaptación psicológica y social. También indica la importancia de que un profesional de la salud colabore con el paciente para descubrir el significado y la connotación de la lesión en sí mismo. Piensa que es importante poder comprender el significado simbólico tanto de la participación en las actividades atléticas como de las lesiones atléticas y opina que los pacientes también deberían identificar el estrés o los cambios que se producen a raíz de la lesión dentro de los sistemas o de las relaciones sociales y familiares. Es posible que algunos pacientes tengan dificultades en adaptarse a la lesión o a la interrupción de la actividad atlética y a la inclusión de un programa de rehabilitación. En estos casos, es necesario ayudar a identificar un espectro más amplio de las competencias y puntos fuertes que presenta el paciente para hacer frente a la lesión. Esto puede significar tener que emplear diferentes técnicas ya sean cognitivas,

emocionales y/ o conductuales para mantener la autoestima y conseguir una adaptación personal, así como para aliviar tensiones y otras emociones que pueden aparecer, para tratar de mantener el equilibrio que ha sido interrumpido debido a la lesión. El autor también señala que en casos más severos y con presencia de una sintomatología clínica más intensa se debe indicar al paciente un tipo de psicoterapia más específica. Siguiendo ésta misma línea de introspección, Buckroyd (2000) opina que los bailarines lesionados deberían poder reflexionar acerca de las condiciones en que se produjo la lesión y de su significado.

Aparte de las intervenciones realizadas por los profesionales de la salud mental, los bailarines lesionados también pueden beneficiarse de la ayuda y el apoyo de los fisioterapeuta y de sus profesores.

Una de las personas esenciales en el proceso de la rehabilitación de bailarines lesionados es el fisioterapeuta o *athletic trainer* (Brinson & Dick, 1996; Crookshanks, 1999; Geeves, 1990, 1997; Laws, 2005). El fisioterapeuta o el *athletic trainer* no contribuyen tan sólo a la mejoría física de los bailarines, sino que también puede ser importante por el apoyo emocional que ofrece. En análisis preliminares de nuestro estudio, los bailarines que buscaron tratamiento del fisioterapeuta y/o del *athletic trainer* estaban globalmente menos deprimidos y el hecho de tener el apoyo del fisioterapeuta se traducía en estar menos fatigados (Sanahuja-Maymó et al., 2006). Es importante tener presente que los *athletic trainers* y fisioterapeutas se encuentran con problemas emocionales y comportamentales que pueden tener efectos negativos sobre el tratamiento y la recuperación (Ford & Gordon, 1998).

Se han realizado estudios sobre el papel que desempeñan los *athletic trainers* y las demandas que reciben por parte de los atletas lesionados. Los resultados indican que los *athletic trainers* sentían que sus roles iban más allá del cuidado y de la rehabilitación y prevención de las lesiones atléticas. Sin embargo, no se sentían suficientemente preparados para poder ayudar y aconsejar a los atletas (Moulton, Molstad & Turner, 1997). Los *athletic trainers* y fisioterapeutas tienen interés en

obtener más información sobre la psicología de las lesiones y cómo aplicar técnicas mentales para facilitar la rehabilitación (Jevon & Johnston, 2003). Incluso autores como Gordon, Potter & Ford (1998) han hecho una propuesta de un modelo psicopedagógico de formación para los profesionales que tratan con lesiones atléticas. La formación en aspectos como la comunicación con el paciente y en ciertas facetas psicológicas son importantes no sólo para que el profesional se sienta más preparado en el papel que ejerce, sino también para beneficiar a los bailarines lesionados. En atletas lesionados, Bone & Fry (2006) concluyen que los que perciben un apoyo social importante por parte del *athletic trainer* tienen mayor tendencia a creer en el programa de rehabilitación.

En cuanto a los profesionales no sanitarios, en concreto los profesores, directores y coreógrafos, también pueden intentar contribuir al bienestar de los bailarines lesionados. Mainwaring et al. (2003) se han interesado por el tipo de intervenciones que pueden realizar los profesores de danza para facilitar el proceso de recuperación de los bailarines lesionados. Según los autores, los profesores pueden ayudar a los bailarines que continúan bailando o que retornan a la actividad tras la rehabilitación de una lesión, apoyando la modificación de ciertos ejercicios o combinaciones. Es decir, que pueden ayudarles a entender lo que tiene que modificar y el porqué. La autora remarca la necesidad de no ignorar al bailarín lesionado que esté modificando movimientos o secuencias. Asimismo, los profesores pueden proporcionar alternativas para los bailarines lesionados como ser asistente en clases de danza o ensayos. En cuanto a la posibilidad de observar su clase, deben suspensarse si los efectos negativos de pérdida e indefensión son mayores que el beneficio educativo. Además, también pueden sugerir actividades fuera del contexto del estudio de danza, como ver una película, pasar tiempo con amigos no bailarines o incluso aprender sobre la lesión y el proceso de recuperación. Los autores proponen que los profesores, previamente entrenados, también pueden enseñar a emplear estrategias psicológicas para la recuperación de la lesión.



Tanto en el caso de los profesionales sanitarios como en el de los profesores, es importante tener un conocimiento sobre los límites del ámbito de actuación y de las propias competencias. Por tanto, es importante estar preparado para poder identificar cuando es apropiado derivar o sugerir al bailarín una consulta psicológica.

Pensamos que es importante tener en cuenta la recuperación psicológica de los bailarines ya que puede facilitar o dificultar la recuperación física. Además, consideramos que tanto el acompañamiento psicológico durante el proceso de rehabilitación como las técnicas cognitivo-conductuales (relajación, imaginación, etc.) deberían ser más difundidas y practicadas en este ámbito.

#### **4.8. Síntesis del capítulo**

Hemos dedicado una gran parte de este capítulo a las respuestas emocionales de las lesiones en los bailarines. Concebimos la lesión de un bailarín como una *transición o crisis psicosocial* según la definición de Tizón (2004). Nos ha parecido adecuado explicar primero los conceptos de depresión y duelo, para aclarar a qué reacciones emocionales específicas nos estamos refiriendo. A nuestro modo de ver la diferencia principal radica en que, en el duelo, la pérdida producida por dicha lesión es consciente (Tizón, 2004). Sin embargo, a parte de los procesos de duelo, pueden surgir una serie de complicaciones como, por ejemplo, la depresión o la ansiedad a nivel clínico (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b; Mainwaring et al., 2001, 2003).

De la revisión de la literatura se desprende que apenas existen estudios empíricos sobre la depresión en bailarines lesionados o sanos. No obstante, diversas publicaciones sobre bailarines han apuntado tanto a la presencia de sintomatología depresiva y de procesos de duelo en bailarines lesionados. Nos parecen particularmente interesantes los trabajos que señalan la lesión como detonante de crisis de identidad. Es decir, apuntan a que la identidad de los bailarines está tan fuertemente definida por la danza y que después de la lesión se suele generar una crisis en la que se plantean quienes son si

no pueden bailar. También presentamos los *procesos de reacción* a las lesiones en bailarines propuestos por L.H. Hamilton (1997a, 1997b) y Mainwaring et al. (2001).

Dada la carencia de investigaciones empíricas sobre las reacciones emocionales en bailarines lesionados, hemos revisado los estudios en los atletas lesionados por considerar que pueden aportar fundamentar el estudio empírico que presentamos. De estos, se desprende que los atletas presentan sintomatología de depresión tanto a nivel clínico como subclínico. De los estudios con bailarines lesionados podemos decir que, en general, muestran sentimientos negativos al inicio de la lesión y que progresan hacia sentimientos más positivos a medida que la lesión se recupera (Macchi & Crossman, 1996). No obstante, cabe destacar que L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1991) hallaron ideación suicida y mayor consumo de drogas y alcohol en algunas bailarinas lesionadas. Explicamos también los resultados de investigaciones más recientes como los de Robson (2006) y Sanahuja-Maymó et al. (2006).

También hemos prestado atención a la respuesta del entorno hacia los bailarines lesionados, señalando que a menudo complica más la situación en lugar de facilitar el proceso de recuperación. En el último apartado hemos incluido una investigación sobre factores asociados a bailarines lesionados.

En el último punto de este capítulo nos hemos acercado a la recuperación psicológica de la lesión. En su primer apartado, nos hemos centrado en cómo el factor emocional influye, ya sea facilitando o dificultando, el proceso de recuperación. Apuntamos que es importante tener en cuenta tanto la presencia de una sintomatología previa a la lesión como la que aparece en el transcurso de ésta. L.H. Hamilton (1997b) señala una serie de reacciones emocionales que se consideran normales en estas circunstancias, así como alerta sobre otras que pueden interferir en la recuperación. Diversos autores como L.H. Hamilton (1997a, 1997b), J. Taylor & C. Taylor (1995) y Sharp (2003) se refieren a factores que pueden alargar la recuperación como a aquellos que la pueden facilitar.

En el segundo apartado, prestamos atención a las intervenciones que pueden ayudar durante el proceso de recuperación. Pensamos que distintos casos pueden beneficiarse de diferentes intervenciones o bien de la suma de ellas. Por tanto, hemos descrito intervenciones de apoyo, de entrenamiento en habilidades mentales e incluso otras de carácter más introspectivo y psicoanalítico. Finalmente señalamos que tanto los fisioterapeutas o los *athletic trainers* como los profesores, también pueden contribuir a la recuperación de los bailarines lesionados desde sus ámbitos de actuación.

En el próximo capítulo, y dado que consideramos que hemos explicado los conceptos necesarios para ubicar y entender el estudio empírico de esta tesis, planteamos la investigación que hemos realizado.



5.1. Objetivos.

5.2. Hipótesis.

5.3. Muestra.

5.4. Variables e instrumentos.

5.4.1. El Perfil del Estado de ánimo (POMS) (McNair, Lorr & Dropplemann, 1971, 1992).

5.4.2. El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996).

5.4.3. La Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck & Steer, 1993).

5.4.4. El Coping with Health Injuries and Problems (CHIP) (Endler & Parker, 1992).

5.4.5. Antecedentes y factores asociados a la lesión (Sanahuja-Maymó, Pérez-Testor, & Virgili, 2005)

5.5. Diseño y procedimiento.

5.6. Análisis de datos.



## **Estudio empírico**

El estudio empírico que presentamos en este capítulo pretende ser un acercamiento a los rasgos psicológicos característicos en los bailarines lesionados. La relevancia de dicho estudio se basa en la necesidad de contribuir al avance de la investigación, para reflexionar y en la medida de lo posible, mejorar la práctica asistencial en todo su espectro: prevención, detección de signos de alarma, diagnóstico y tratamiento.

### **5.1.Objetivos**

El objetivo principal de esta investigación es explorar y precisar la sintomatología de depresión, desesperanza y estado de ánimo que presentan los bailarines lesionados, así como el tipo de estrategias de afrontamiento que emplean.

Además, los objetivos secundarios que nos planteamos son:

1. Conocer las circunstancias específicas y reales de los bailarines lesionados que forman parte de nuestra muestra. En concreto, pretendemos identificar y describir:

- a. Las características sociodemográficas de los bailarines.
- b. El tipo de entrenamiento seguido con anterioridad a la lesión y su estado laboral.
- c. Las características de las lesiones.
- d. Las conductas de los bailarines ante las lesiones ¿A quién comunican la lesión y después de cuánto tiempo? ¿A qué profesionales acuden y cuánto tardan en buscar tratamiento ¿Continúan bailando lesionados?
- e. Las consecuencias de la lesión en diversos aspectos de su vida.

## 2. Conocer la sintomatología de los bailarines lesionados.

Específicamente, nos interesa conocer:

- a. El porcentaje de bailarines lesionados que muestran sintomatología depresiva y desesperanza.
- b. El perfil del estado de ánimo de los bailarines lesionados
- c. El perfil de las estrategias de afrontamiento que los bailarines lesionados emplean.

3. Explorar hasta qué punto los factores asociados a la lesión y a los bailarines lesionados influyen en las diferentes medidas de sintomatología emocional y de estrategias de afrontamiento.

4. Conocer la opinión de los bailarines lesionados en cuanto en qué aspectos de su carrera hubieran valorado contar con apoyo psicológico.

## **5.2. Hipótesis**

Como se desprende de la revisión de la literatura presentada en los capítulos anteriores, no disponemos de datos concretos sobre el porcentaje esperado de depresión y alteraciones en el estado de ánimo de bailarines lesionados. No obstante, algunos estudios sugieren la presencia de sintomatología emocional en éstos (L.H. Hamilton & W.G. Hamilton, 1991; Macchi & Crossman, 1996; Robson, 2006; Wainwright et al., 2005). Sin embargo, sí se ha abordado esta cuestión en los estudios referidos al estado emocional de los atletas lesionados. En este sentido, según Brewer (2001) el porcentaje de sintomatología depresiva a nivel clínico en atletas lesionados se halla entre un 5% y 24%. Esta diferencia de porcentaje podría deberse a las diferentes características de las muestras, pero también al instrumento empleado para evaluar dicha sintomatología. En base a estas investigaciones formulamos nuestra hipótesis de trabajo:



“Esperamos que entre un 5% y un 24% de los bailarines lesionados que forman parte de nuestra muestra muestren algún tipo de sintomatología depresiva y de desesperanza, en las categorías de leve, moderada y severa.”

### 5.3. Muestra

La selección de la muestra se realizó en la ciudad de Nueva York, que puede considerarse un punto de referencia en el mundo de la danza. Así lo testifica el gran número de reconocidas escuelas<sup>47</sup> y teatros<sup>48</sup> emplazados allí, así como el prestigio de las compañías<sup>49</sup> que tienen su base en esta ciudad. Esta gran concentración de profesionales de la danza hizo mucho más sencillo el proceso de reclutamiento de la muestra, que en nuestro contexto hubiera sido más complejo dada nuestra voluntad de trabajar con una muestra representativa que finalmente estuvo formada por 94 bailarines lesionados.

La selección de la muestra se realizó con la colaboración del Harkness Center for Dance Injuries. El Harkness Center for Dance Injuries es un centro de referencia mundial para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones que presentan los bailarines, así como para la formación de especialistas en medicina de la danza. Forma parte del New York University Medical Center y está afiliado al New York University Hospital for Joint Disease Institute. El Harkness Center for Dance Injuries se fundó en 1989 en respuesta a la urgente necesidad de la comunidad de la danza de Nueva York por contar con un servicio sanitario especializado y asequible. Más del 50% de los bailarines no tienen seguro médico y no pueden permitirse la asistencia médica que precisan. Este centro ofrece una gran variedad de programas de

---

<sup>47</sup> Algunas de estas escuelas son el prestigioso y competitivo School of the American Ballet o The Alvin Ailey School of Dance, Steps o Broadway Dance Center, SUNY Purchase Conservatory of Dance y Marymount Manhattan College. También existen institutos artísticos como La Guardia High School o academias diseñadas para artistas y deportistas de elite como Children’s Professional School.

<sup>48</sup> Ejemplos de dichos teatros son The City Center Theatre, The Joyce Theatre o el conocido Radio City Music Hall con sus espectaculares *Rockettes*.

<sup>49</sup> Algunas de estas compañías son el New York City Ballet, el American Ballet Theatre, Martha Graham Company, el Alvin Ailey American Dance Theatre, Merce Cunningham Dance Company, y Paul Taylor Dance Company, entre otras.

salud económicamente asequibles, que abarcan desde revisiones preventivas gratuitas hasta subvenciones para el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones<sup>50</sup>.

Por un lado, el centro nos permitió incorporar a nuestra muestra a algunos de los bailarines que acudían a ellos para el tratamiento de sus lesiones, éstos constituyen el 53% (50)<sup>51</sup> de la muestra. Por otro lado, los profesionales de este centro nos pusieron en contacto con las universidades que nos permitirían realizar el estudio con sus alumnos, que constituyen el 46% (44) de la muestra.

A continuación detallamos información sobre los programas universitarios que existen en los Estados Unidos relacionados con la danza con el objetivo de retratar lo más fielmente posible a los integrantes en nuestra muestra.

A nivel de licenciatura, se ofrecen básicamente tres programas:

- a) *Bachelor in Fine Arts (BFA)* en danza que, en nuestro contexto equivaldría a una licenciatura en bellas artes con especialización en danza
- b) *Bachelor in Arts (BA) Dance Majors* que vendría a ser una licenciatura en letras con una especialización en danza
- c) *Bachelor in Arts (BA) Dance Minor* que sería una licenciatura en letras con un grado menor de especialización en danza.

---

<sup>50</sup> El Harkness Center for Dance Injuries tiene los objetivos de: a) Proporcionar un excelente servicio médico músculo-esquelético por parte de un equipo de profesionales especializados y con tarifas asequibles para la comunidad de la danza. b) Ofrecer un servicio de visitas individuales y gratuitas sobre la prevención de lesiones a bailarines. c) Facilitar programas de prevención y educación para bailarines, profesores, coreógrafos y administradores sobre los factores ocupacionales, conductuales y mecánicos asociados con las lesiones de danza, tanto de manera gratuita como subvencionada. d) Asistir a la comunidad de la danza para identificar y reducir aquellos riesgos que puedan desencadenar lesiones. e) Realizar investigaciones con el objetivo de avanzar en la calidad de la ciencia de la danza y mejorar la asistencia en medicina de la danza. f) Establecer criterios de excelencia para los profesionales de la medicina de la danza. g) Interactuar con la comunidad de la danza para minimizar los costes médicos de los seguros. h) Proporcionar formación continuada para la comunidad médica especializada en la medicina de la danza. i) Aumentar la visibilidad de los profesionales de la medicina de la danza, tanto en el seno de la comunidad de la danza como en la comunidad médica y en el público en general. j) Estar presentes en juntas y comités de revistas y asociaciones nacionales e internacionales de medicina de la danza.

<sup>51</sup> A lo largo de los próximos capítulos, el número escrito entre paréntesis, al lado de un porcentaje, hace referencia a la frecuencia numérica representada por dicho porcentaje.

En este estudio hemos excluido los estudiantes de *BA Dance Minors*, mientras que los *BA Dance Majors* y los BFA, son los que configuran la muestra de bailarines universitarios. Además, esta división nos permitió analizar los datos desde otra perspectiva, distinguiendo entre los perfiles de bailarines universitarios (Sanahuja-Maymó, et al., 2006).

Cada universidad aplica un nivel de exigencia distinto en sus programas de danza que se reflejan, por ejemplo, en los requisitos de admisión. Así, para acceder a la mayoría de los programas, los estudiantes deben superar un proceso de selección que habitualmente consiste en una estricta audición. Ésta suele tomar la forma de una clase de ballet clásico y otra danza contemporánea, dos estilos impartidos en la mayoría de los programas. En ocasiones, los aspirantes deben además superar una prueba de improvisación, la presentación de un solo o una prueba de musicalidad. En algunos casos, la audición se acompaña de una entrevista personal. Todas las universidades que participaron en nuestro estudio requerían una audición de danza excepto una. Esta última requería una audición de nivel para poder configurar las clases y una entrevista personal. Otras dos universidades tenían criterios muy exigentes en la audición, siendo la admisión altamente competitiva.

En cuanto a los perfiles profesionales para los que preparan a los estudiantes, tanto los programas *BA in Dance* y *BFA in Dance* preparan a los alumnos para ser bailarines y coreógrafos. Los programas *BFA in Dance* enfatizan los aspectos de actuación, coreografía y producción, tienen criterios de admisión más exigentes que los *BA in Dance* y podría asemejarse a lo que conocemos como un Conservatorio de danza, pero a nivel de enseñanza superior. En cambio, en los programas *BA in Dance*, además de clases de técnica, composición, actuación y producción de la danza, incluyen clases académicas que pueden estar o no relacionadas con ésta. Las salidas profesionales de estos estudiantes incluyen también la de ser bailarín, aunque quizá no en compañías altamente competitivas, coreógrafo, profesor de danza, terapeuta en danza, críticos de danza, regidor de escena, administrador en temas artísticos o anotador de danza.

En este estudio han participado un total de 94 bailarines lesionados. De estos, el 80,9% (76) eran mujeres y el 19,1% (18) eran hombres, siendo el 87,9% (80) de ellos de nacionalidad estadounidense y el 12,1% (11) eran de otros países. Los bailarines tenían edades comprendidas entre los 18 y los 37, con una media de 24,39 años y una desviación típica de 5,56 años. El 75,3% (67) de los bailarines eran caucásicos; el 13,5% (12) eran afro-americanos; el 2,2% (2) eran asiáticos; el 2,2% (2) eran hispanos y el 6,7% (6) eran de otras razas, mientras que 5 participantes no respondieron esta pregunta. El 81,9 % (77) de los bailarines eran solteros; el 12,8% (12) estaban casados, el 4,3% (4) eran pareja de hecho y el 1,1% (1) estaba separado.

En la *tabla 5.1* se muestran las frecuencias, medias y desviaciones típicas de las características sociodemográficas de los dos grupos de bailarines provenientes del ámbito universitario y del clínico.

Todos los bailarines estaban lesionados en el momento del estudio. Como ya hemos avanzado en el marco conceptual de esta investigación, consideramos lesión el dolor o la disfunción física que padece el bailarín y que le lleva a modificar parte de las clases, ensayos o actuaciones, o a no participar en ellos. También consideramos lesionados a aquellos bailarines que continúan bailando a pesar de haber sufrido una lesión (con dolor o disfunción física), ya sea soportando el dolor a base de estoicismo o bien ayudados por cuidados personales o fármacos.

Hemos dividido la muestra en dos grandes grupos para distinguir a aquellos bailarines que participaron en el estudio al acudir a un centro clínico o por el hecho de estar acogidos a un programa universitario de danza. Así, del total de 94 bailarines que formaron parte de la muestra:

1) 44 eran estudiantes de un programa universitarios en danza: El 47,7% (21) eran BA Dance Majors y el 52,2% (23) eran BFA in Dance. Los *BA Dance Minors* no se incluyeron en el estudio. Los participantes procedían de los departamentos de danza de cuatro universidades del Estado de Nueva York. El 81,8% (36) eran mujeres y el

18,2% (8) hombres, con edades comprendidas entre los dieciocho y veinticuatro años ( $M=19,89$ ;  $DT= 1,56$ ).

**Tabla 5.1.** Características sociodemográficas de los bailarines provenientes del ámbito universitario y clínico

	UNIVERSIDAD		CLÍNICA	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	8	18,2	10	20,0
Mujer	36	81,8	40	80,0
<b>Nacionalidad</b>				
EE.UU.	40	95,2	40	81,6
Otras	2	4,8	9	18,4
<b>Raza</b>				
Caucásica	38	88,4	29	63,0
Afro-Americana	3	7,0	9	19,6
Asiática	0	0	2	4,3
Hispanica	1	2,3	1	2,2
Otra	1	2,3	5	10,9
<b>Estado Civil</b>				
Casado/Pareja de Hecho	3	6,8	13	26
Soltero, separado, divorciado	41	93,2	37	74

2) 50 eran bailarines procedentes principalmente del Harkness Center for Dance Injuries y de sus diversas consultas. Sólo algunos de los bailarines procedían de otros centros de tratamiento y rehabilitación para bailarines y artistas. El 80% (40) eran mujeres y el 20% (10) hombres, con una media de 28,36 años ( $DT=4,80$ ) dentro del rango de 20 a 37 años de edad. Debido a la heterogeneidad de los sujetos que acuden a este tipo de centro, pudimos identificar dos perfiles de participantes que corresponden a los siguientes subgrupos:

a) 26 bailarines profesionales a tiempo parcial o aspirantes a bailarines que repartían su tiempo entre recibir clases de danza, enseñar, coreografiar y actuar. Además, compaginaban la danza con otro trabajo para poder subsistir económicamente. Todas eran mujeres excepto un hombre, y la edad media era de 27,19 años ( $DT=4,0$ ) con un rango de veintiún a treinta y cinco años.

b) 24 bailarines profesionales que se dedicaban a tiempo completo a su profesión, compuesto por un 62,5% (15) de mujeres y un 37,5% (9) de hombres. La media de edad era de 29,63 años ( $DT=5,34$ ) y el rango de edad abarcaba desde los 20 hasta los 37 años.

La tabla 5.2 recoge los criterios de inclusión y exclusión de los participantes en la muestra.

**Tabla 5.2.** Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra

<b>Criterios de inclusión</b>
Bailarín/a de edad igual o superior a los 18 años. La persona está atendida en un centro traumatológico o de rehabilitación para bailarines o bien pertenece a un programa universitario de danza: <i>BA Major</i> o <i>BFA in Dance</i> . Padece una lesión.
<b>Criterios de exclusión</b>
Limitaciones cognitivas como una capacidad intelectual límite que impida entender el material empleado. Dificultades con el idioma inglés que impidan la correcta comprensión del material empleado. Estudiantes en el programa universitario <i>BA Dance Minors</i> .

#### 5.4. Variables e instrumentos

Dada la naturaleza exploratoria de esta investigación, focalizamos nuestra atención exclusivamente en los bailarines que actualmente estaban lesionados. De ello se deriva que no contamos con un grupo de control, ni con variables independientes. Sin embargo, en este estudio nos interesa concretamente estudiar variables dependientes de estado de ánimo y estrategias de afrontamiento. Además de conocer el perfil de estas variables en los bailarines lesionados, también nos ha parecido interesante explorar la relación de las mismas en función de diferentes factores relativos a los bailarines y sus lesiones. La *tabla 5.3* recoge las variables dependientes en las que centramos nuestro análisis así como los instrumentos utilizados para recoger datos sobre las mismas

**Tabla 5.3.** Variables Dependientes medidas en el presente estudio

Variabes Dependientes	Instrumentos para la recogida de datos
tensión-ansiedad; depresión–abatimiento; ira–hostilidad; vigor-actividad; fatiga-inercia; confusión-desconcierto; (9 ítems cada escala)	El Perfil del estado de ánimo (POMS) (McNair et al., 1971).
Sintomatología depresiva (21 ítems)	El Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996)
Sintomatología de desesperanza (20 ítems)	La Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck & Steer, 1993),
distracción paliativo instrumental preocupación emocional (8 ítems cada escala)	El <i>Coping with Health Injuries and Problems</i> (CHIP) (Endler & Parker, 1992)

Los instrumentos empleados se eligieron teniendo en cuenta sus buenas propiedades psicométricas para medir el estado emocional y las estrategias de afrontamiento a la lesión. Se utilizó, además un cuestionario sobre factores asociados y antecedentes de la lesión.

A continuación, aportamos información detallada sobre cada uno de los instrumentos utilizados (ver *Anexos 1-5*).

#### 5.4.1. El Perfil del Estado de Ánimo (POMS) (McNair et al., 1971, 1992)

El Perfil del Estado de Ánimo (POMS *de ahora en adelante*) se empleó para medir el estado emocional de los bailarines lesionados. McNair et al. (1971) detectaron la necesidad de crear un instrumento para identificar los componentes principales del perfil del estado de ánimo de forma rápida y económica. Su fiabilidad es satisfactoria ya que los autores obtuvieron correlaciones de consistencia interna cercanas a 0,90 o superiores en sus seis escalas. (McNair et al., 1971, 1992).

El POMS consta de 65 adjetivos calificativos que miden seis dimensiones del estado de ánimo:

*1) Tensión-ansiedad*

Esta escala se compone de 9 ítems que reflejan un incremento en la tensión músculo-esquelética. Concretamente, se refieren a la tensión somática no directamente observable, a manifestaciones psicomotoras observables y a estados de ansiedad difusa.

*2) Depresión–abatimiento*

Esta escala consta de 15 ítems que se refieren a un estado depresivo acompañado de un sentimiento de inadecuación personal. Específicamente, incluye ítems para reflejar sentimientos de poca valía, futilidad en la lucha por ajustarse, sentimiento de aislamiento emocional de los demás, tristeza y culpabilidad.

*3) Ira–hostilidad*

Esta escala representa sentimientos de ira y antipatía hacia los demás. Está formada por 12 ítems que describen sentimientos de ira o cólera intensos, y hostilidad en diversos grados.

*4) Vigor-actividad*

Esta escala cuenta con 8 ítems y hace referencia a un estado de vigorosidad, euforia y energía elevada.

*5) Fatiga-inercia*

Esta escala está integrada por 7 ítems que corresponden a un estado de ánimo de abatimiento, de inercia y bajo nivel de energía.

*6) Confusión-desconcierto.*

Esta escala está también formada por 7 ítems, alude a la desorientación y a la multiplicidad de pensamiento.



Todos los ítems se puntúan en una escala de 5 puntos tipo Likert que abarca desde 0 (nada) hasta 4 (extremadamente). Se pide a los participantes que contesten las preguntas en función de su estado de ánimo durante la semana anterior. Se estima un tiempo aproximado de 5 minutos para completarlo.

Aunque inicialmente el POMS fue diseñado para ser empleado en muestras de pacientes psiquiátrico-ambulatorios, se ha utilizado ampliamente en contextos deportivos, en atletas lesionados, tanto para fines clínicos como de investigación e incluso algunos estudios lo han empleado en bailarines (Chan & Grossman, 1988; McDonald & Hardy, 1990; A.M. Smith, et al., 1990; Udry, 1997; Liederbach et al., 1994; Liederbach & Compagno, 2001). La repercusión del POMS en el ámbito de la investigación ha sido importante. Ya en el año 2002 contaba con casi 3000 referencias (McNair, Heuchert & Shilony, 2003).

#### **5.4.2. El inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck et al., 1996)**

Este instrumento fue empleado para evaluar la presencia y el grado de sintomatología depresiva. Los autores consideran que es un inventario válido para ser empleado en adultos y adolescentes a partir de los 13 años. Consta de 21 ítems, cada uno de los cuales presenta cuatro opciones posibles, entre las que el participante debe escoger la que más se adecue a su estado. El BDI-II sigue los criterios diagnósticos de depresión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) y hace referencia a la sintomatología de las dos semanas anteriores a su administración.

Los autores consideran que los individuos que puntúan con un 2 ó 3 en el *ítem 9* (ideación suicida) y en el *ítem 2* (desesperanza medida por el pesimismo) deberían ser valorados cuidadosamente por su potencial riesgo de suicidio.

En esta tesis entendemos la sintomatología depresiva tal y cómo la definen los criterios diagnósticos del DSM-IV que, a su vez, es el concepto que emplea el Inventario de depresión de Beck-II. Según el DSM-IV, el episodio mayor de depresión se caracteriza

por un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (por ejemplo sentirse triste o vacío, llanto, etc.) y/ o una pérdida de interés o de la capacidad de placer, durante un mínimo de 2 semanas. Este estado de ánimo debe acompañarse por algunos de los siguientes síntomas:

1. Pérdida importante de peso (sin seguir una dieta específica) o aumento importante de peso; aumento o pérdida del apetito
2. Insomnio o hipersomnía.
3. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
4. Fatiga o pérdida de interés.
5. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad.
6. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; indecisión.
7. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

La administración del BDI-II es sencilla y suele requerir entre 5 y 10 minutos para ser completado. Los autores del BDI-II proponen unos cortes categóricos para determinar el nivel de sintomatología que se especifican en la *tabla 5.4*.

**Tabla 5.4.** Cortes categóricos BDI-II

<b>Puntuación Directa Total BDI-II</b>	<b>Rango</b>
0-13	Mínima
14-19	Leve
20-28	Moderada
29-63	Severa

Además el programa de corrección por ordenador otorga a los sujetos puntuaciones T ( $M=50$ ;  $DT=10$ ) en función de unos baremos basados en una muestra no clínica.

El BDI-II presenta una elevada consistencia interna, con un coeficiente de 0,92 para los pacientes ambulatorios y 0,93 para los estudiantes universitarios.

#### **5.4.3. La escala de desesperanza de Beck (BHS) (Beck & Steer, 1993)**

Esta escala se empleó para evaluar el grado de actitud negativa hacia el futuro (pesimismo) mediante 20 ítems a los que los bailarines debían responder verdadero o

falso. Este instrumento está recomendado para personas mayores de 17 años de edad, y su administración requiere entre 5 y 10 minutos. El BHS también se considera útil como indicador indirecto del riesgo de suicidio de personas deprimidas o personas que han intentado suicidarse. Los autores indican que aquellos que obtienen 9 puntos o más tienen mayor riesgo de suicidio en el futuro.

Los autores del BHS proponen unos cortes categóricos para determinar el nivel de sintomatología que se especifican en la *tabla 5.5*.

**Tabla 5.5.** Cortes categóricos BHS

Nº total de Respuestas de Desesperanza	Rango
0-3	Mínima
4-8	Leve
9-14	Moderada
Más de 14	Severa

El programa de corrección por ordenador otorga a los sujetos puntuaciones T ( $M=50$ ;  $DT=10$ ).

En cuanto a la fiabilidad, hallaron una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,93. A diferencia del BDI-II, que fue creado tanto para población clínica como no clínica, estos autores diseñaron el BHS para ser empleado en la población clínica. No obstante, algunos autores han empleado ésta escala para detectar desesperanza en adolescentes y adultos de la población normal. La consistencia interna en población normal ha sido debatida por autores como Chang, D'Zurilla & Maydeu-Olivares (1994) que hallaron un alfa de Cronbach en estudiantes 0,85. De todos modos, una reciente publicación de Steed (2001) ha hallado un alfa de Cronbach satisfactorio de 0,88 en estudiantes universitarios.

#### **5.4.4. El *Coping with Health Injuries and Problems* (CHIP) (Endler & Parker, 1992)**

Finalmente, el *Coping with Health Injuries and Problems* se empleó para evaluar las estrategias de afrontamiento que los bailarines mostraban al estar lesionados. Este test ha sido diseñado para medir las estrategias de afrontamiento en personas que experimentan problemas físicos o relacionados con la salud, en ámbitos tanto clínicos como de investigación. Está compuesto por 32 ítems con una escala de 5 puntos tipo Likert que abarca desde 1 (nada) hasta 5 (mucho), entre las que el participante debe escoger una opción. Estos ítems conforman las cuatro escalas de estrategias de afrontamiento de, 8 ítems cada una:

- 1) Distracción (escuchar música)
- 2) Paliativo (asegurar que mi entorno es lo más agradable posible)
- 3) Instrumental (buscar más información sobre mi lesión)
- 4) Preocupación emocional (sentir ansiedad por las cosas que no puedo hacer).

Las escalas del CHIP han sido explicadas en el punto 3.2.1.

El CHIP posee propiedades psicométricas apropiadas con coeficientes alfa de consistencia interna entre 0,78 y 0,84 (Endler & Parker, 1992).

#### **5.4.5. Antecedentes y factores asociados a la lesión (Sanahuja-Maymó, Pérez-Testor, & Virgili, 2005)**

Finalmente, también se ha empleado un nuevo instrumento, elaborado por los investigadores y que hemos denominado *Antecedentes y factores asociados a la lesión* a partir de los estudios realizados con atletas y bailarines lesionados. El objetivo de este instrumento es recoger información sociodemográfica de los bailarines, en concreto datos relevantes sobre su formación y profesión, características de las

lesiones, reacciones a las lesiones y sus consecuencias. También preguntamos por los aspectos psicológicos que creían que deberían ser abordados en la vida de un bailarín.

En este trabajo nos centramos en los siguientes factores por ser los que más aparecen en la literatura revisada sobre estudios con bailarines, aunque de forma no sistemática. Además, anteriormente no se han relacionado con las variables dependientes de estado de ánimo y estrategias de afrontamiento. A continuación desglosamos los factores que hemos empleado en el estudio empírico:

*Sociodemográficos*: sexo; nacionalidad; edad; estado civil y raza

*Entrenamiento y Profesión*: edad de inicio en la danza y de un entrenamiento serio; horas de clase diarias; horas de ensayo semanales; semanas de actuación anuales; estilos de danza; número de estilos de danza; otro tipo de ejercicio físico; otros intereses; experiencia profesional; otro trabajo; preocupaciones económicas; interferencia de la economía en el tratamiento; seguro médico.

*Características e impacto de las lesiones*: tipo de inicio de la lesión; primera lesión; primera consulta; bailar a pesar de estar lesionado; evolución de la lesión; localización de la lesión; soporte físico adicional; tratamiento; rehabilitación en la actualidad; percepción de la severidad; afectación del entrenamiento; afectación de las actuaciones; dejar de bailar durante un tiempo.

*Conductas de los bailarines ante la lesión*: comentaron lesión al profesor, director, amigos, fisioterapeuta, otros y cuánto tardaron; buscaron tratamiento del médico, fisioterapeuta, quiropráctico, otros y cuánto tardaron; continuaron bailando lesionados; se cuidaron a sí mismos la lesión.

*Consecuencias de la lesión*: presionados a seguir bailando lesionados; miedo de la reacción del profesor o del director al comunicar la lesión; replantearse la vida o

identidad; cambio de actitud hacia la danza; asumir otros roles en el campo de la danza.

### **5.5. Diseño y procedimiento**

Este es un estudio exploratorio y se corresponde con un diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional/causal (Hernández, Fernández & Baptista, 2000).

La recogida de los datos tuvo lugar durante el primer semestre del año académico 2005 y se llevó a cabo en los centros donde acudían los bailarines para consultar sobre su lesión y en la universidad.

Antes de administrar los cuatro instrumentos de medida y el cuestionario, se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio y sobre el tiempo aproximado necesario para responder a todas las preguntas (aproximadamente 40 minutos, aunque podían emplear el tiempo que fuera necesario). También se les aclaró que se trataba de una participación voluntaria que permitiría avanzar en un conocimiento de gran importancia para el diseño de propuestas asistenciales de prevención, detección de signos de alarma, diagnóstico y tratamiento para los bailarines. Esta información se les entregaba por escrito, junto con un *Informe de Consentimiento Informado* a través del cual confirmaban su participación libre y voluntaria en el estudio (ver *Anexo 8: Aprobaciones de los comités de ética e informes de consentimiento informado*)

### **5.6. Análisis de datos**

En este estudio, las variables dependientes eran las diferentes medidas psicológicas y los factores eran las variables asociadas tanto a los bailarines como a la lesión.

Los datos se analizaron desde el punto de vista cuantitativo, utilizando el *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS, v.14.0)

Así, por un lado, describimos las variables relativas a los antecedentes y a los factores asociados a la lesión y de las medidas psicológicas según si eran cuantitativas o cualitativas, mediante la media y la desviación típica o la frecuencia y el porcentaje respectivamente. En el caso de haber algún ítem perdido, presentamos los porcentajes en función de las frecuencias válidas.

Por otro lado, para determinar la posible relación entre las dos variables cuantitativas empleamos la prueba de la correlación de Pearson, y la prueba de Chi Cuadrado en el caso de las variables cualitativas.

En el caso de las variables cuantitativas tuvimos en cuenta el tamaño de los grupos antes de realizar cualquier análisis, la normalidad de la distribución y la homogeneidad de varianzas. Si cumplían las condiciones de aplicación, realizamos comparaciones de las medias con la *t* de *Student* para grupos independientes o el ANOVA de un factor cuando había más de dos grupos. En el caso de no cumplir con las condiciones necesarias para aplicar pruebas paramétricas, empleábamos la *U* de Mann Whitney o la Kruskal Wallis. Cuando queríamos examinar la posible interacción entre dos factores, empleamos el ANOVA Factorial.





- 6.1. Características de los antecedentes, consecuentes y factores asociados a la lesión
  - 6.1.1. Entrenamiento y profesión.
  - 6.1.2. Características e impacto de las lesiones.
  - 6.1.3. Conductas de los bailarines ante la lesión.
  - 6.1.4. Consecuencias de la lesión.
  
- 6.2. Sintomatología BDI-II, BHS, POMS Y CHIP.
  - 6.2.1. El Inventario de depresión de Beck (BDI-II).
  - 6.2.2. La escala de desesperanza de Beck (BHS).
  - 6.2.3. El perfil del estado de ánimo (POMS).
  - 6.2.4. Coping with health injuries and problems (CHIP) (Afrontamiento a lesiones de salud y problemas).
  - 6.2.5. Subgrupo de bailarines con riesgo de suicidio.
  
- 6.3. Relación entre los factores asociados a la lesión y al bailarín y las medidas del estado emocional y las estrategias de afrontamiento.
  - 6.3.1. Características de los bailarines, su formación y su profesión.
    - 6.3.1.1. Edad de los bailarines.
    - 6.3.1.2. Edad de inicio clases danza e inicio entrenamiento serio
    - 6.3.1.3. Número de horas de clases de danza diariamente, de ensayos semanales y de actuaciones anuales.
    - 6.3.1.4. Números de estilos de danza a los que se dedicaban.
    - 6.3.1.5. Años de experiencia profesional.
  - 6.3.2. Características de la lesión.
    - 6.3.2.1. Días transcurridos desde el inicio de la lesión.
  - 6.3.3 Características de las conductas de los bailarines cuando se lesionan.
    - 6.3.3.1. Comunicar la posible lesión al profesor, director, amigos, fisioterapeuta y otros.
    - 6.3.3.2. Buscar tratamiento del médico, fisioterapeuta, o quiropráctico

6.4. Influencia y relación de los factores asociados en el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento.

6.4.1. Características sobre los bailarines, su formación y su profesión

- 6.4.1.1. Sexo.
- 6.4.1.2. Nacionalidad.
- 6.4.1.3. Horas de clases diarias.
- 6.4.1.4. Horas de ensayos semanales
- 6.4.1.5. Número de estilos de danza a los que se dedican.
- 6.4.1.6. Otro de ejercicio físico.
- 6.4.1.7. Experiencia profesional.
- 6.4.1.8. Preocupaciones económicas y su interferencia en la obtención de tratamiento médico y/ o psicológico.

6.4.2. Características de las lesiones

- 6.4.2.1. Inicio de la lesión.
- 6.4.2.2. Primera consulta médica por la lesión.
- 6.4.2.3. Evolución.
- 6.4.2.4. Soporte físico adicional.
- 6.4.2.5. Asistían a rehabilitación.
- 6.4.2.6. Grado de afectación del entrenamiento.
- 6.4.2.7. Grado de afectación de las actuaciones.
- 6.4.2.8. Dejar de bailar durante un periodo de tiempo

6.4.3. Características sobre las conductas de los bailarines cuando se lesionan

- 6.4.3.1. Comunicar la posible lesión al profesor, director, amigos y fisioterapeuta.
- 6.4.3.2. Buscar tratamiento del médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otros.
- 6.4.3.3. Continuar bailando a pesar de estar lesionados.
- 6.4.3.4. Cuidar la lesión por sí mismo

6.4.4. Características sobre las consecuencias de las lesiones.

- 6.4.4.1. Sentirse presionados a seguir bailando lesionados.
- 6.4.4.2. Miedo a comunicar la lesión.
- 6.4.4.3. Replantearse la vida y/ o identidad.
- 6.4.4.4. Cambiar de actitud hacia la danza.

6.5. Servicios psicológicos

## Resultados

### 6.1. Características de los antecedentes, consecuentes y factores asociados a la lesión

En este apartado presentamos los resultados vinculados a los siguientes aspectos: el entrenamiento en danza, la lesión, las conductas de los bailarines ante la lesión y las consecuencias asociadas a la lesión.

#### 6.1.1. Entrenamiento y profesión

La media de edad de inicio en el mundo de la danza para el total de la muestra fue de 7,39 años ( $DT=5,02$ ) y la media de edad del inicio de un entrenamiento serio fue a los 13,80 años ( $DT=4,04$ ). La edad de inicio en las clases y de un entrenamiento serio en danza es significativamente menor en las mujeres que en los hombres ( $U=235,5$ ;  $p=0,000$ ;  $U=393,5$ ;  $p=0,010$ ). Específicamente, los hombres empezaron las clases de danza a los 12,39 años y las mujeres a los 6,21 años, mientras que el entrenamiento serio fue iniciado a los 15,78 años en los hombres y a los 13,31 mujeres.

Antes de lesionarse, los bailarines realizaban una media diaria de casi tres clases ( $M=2,91$ ;  $DT=1,41$ ). Las horas de ensayo semanales ascendían a una media de 11,29 horas ( $DT=10,11$ ) y las semanas de actuación anuales a una media de 13,10 ( $DT=15,19$ ). El 57,6% (49) de la muestra tenía experiencia como bailarines profesionales, siendo su rango de años con experiencia profesional tan amplio que abarcaba desde menos de un año hasta 18 años, con una media de 6,66 años ( $DT=5,45$ ). Además de dedicarse a la danza, el 52,2% (48) de los participantes necesitaba otro trabajo para poder subsistir económicamente.

La mayoría de los bailarines se dedicaban a más de un estilo de danza. Sólo el 25,6% (24) practicaban un único estilo de danza, mientras que el 37,2% (35) se dedicaba a dos estilos y el 37,7% (35) practicaban más de dos. Los estilos de danza eran el ballet clásico, el contemporáneo, el jazz, el claqué y en la categoría de otros el más frecuente era el hip-hop. Asimismo, el 71,0% (66) de los bailarines realizaba otro tipo de ejercicio además de danza, principalmente pilates y ejercicio aeróbico.

Los aspectos económicos preocupaban al 67,4% (62) de los bailarines y en el 31,5% (29) de ellos el factor económico había interferido a la hora de obtener tratamiento médico y/o psicológico para la lesión. No obstante, el 83,3% (75) tenían algún tipo de seguro médico. En la *tabla 6.1* se muestran las frecuencias, los porcentajes y las medias, con su desviación típica correspondiente, de las características sobre el entrenamiento y su profesión para los bailarines provenientes del ámbito universitario y del clínico.

Los resultados indican que, existen diferencias significativas entre el grupo del ámbito universitario y del clínico en las siguientes variables: edad de inicio en la danza ( $t=3,160$ ;  $gl=92$ ;  $p=0,002$ ), edad de inicio de un entrenamiento serio ( $t=3,218$ ;  $gl=88$ ;  $p=0,002$ ), las horas de clase diarias ( $t=4,056$ ;  $gl=89$ ;  $p=0,000$ ) y las semanas de actuación anuales ( $t=6,274$ ;  $gl=73$ ;  $p=0,000$ ). Además, los bailarines del ámbito universitario practicaban otro ejercicio además de la danza en un número menor que los del ámbito de la clínica ( $\chi^2=5,717$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,017$ ). En cuanto a la interferencia del factor económico a la hora de obtener un tratamiento, éste afectaba significativamente más a los bailarines del ámbito clínico ( $\chi^2=6,953$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,008$ ). Todos los bailarines universitarios tenían algún tipo de seguro médico en contraste con los que procedían del ámbito clínico ( $\chi^2=15,750$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 6.1.** Características del entrenamiento y formación de los bailarines provenientes del ámbito universitario y del clínico

	UNIVERSIDAD				CLINICA			
	n	%	M	DT	n	%	M	DT
<b>Edad de Inicio</b>								
A la danza			5,73	4,26			8,86	5,23
Entrenamiento serio			12,43	3,3			15,00	4,27
<b>Horas de clase diarias</b>			3,53	1,18			2,43	1,41
1 – 3	22	50,0			38	82,6		
3,5 – 7	22	50,0			8	17,4		
<b>Horas de ensayos semanales</b>			9,35	7,61			13,10	11,79
0 a 10	28	63,6			28	63,6		
Más de 10	16	36,4			16	36,4		
<b>Semanas de actuación al año</b>			4,12	2,38			21,84	17,24
1 a 10	43	97,7			12	30,8		
Más de 10	1	2,3			27	69,2		
<b>Estilos de danza</b>								
Ballet	44	100,0			23	46,0		
Contemporáneo	44	100,0			31	19,0		
Jazz	16	36,4			18	36,0		
Claque	6	13,6			6	12,0		
Otro	8	18,6			18	36,0		
<b>Uno o dos estilos de danza</b>	25	56,8			35	70,0		
<b>Otro ejercicio</b>	26	59,1			40	81,6		
<b>Otros intereses</b>	35	79,5			37	77,1		
<b>Experiencia profesional</b>	8	18,2			41	100,0		
<b>Otro trabajo para subsistir</b>	18	41,9			30	61,2		
<b>Preocupaciones económicas</b>	28	63,6			34	70,8		
<b>Interferencia de la economía en el tratamiento</b>	8	18,2			21	43,8		
<b>Seguro médico</b>	42	100,0			33	68,8		

### 6.1.2. Características e impacto de las lesiones

La *tabla 6.2* muestra los resultados relativos a las características y el impacto de las lesiones en los bailarines integrantes de la muestra.

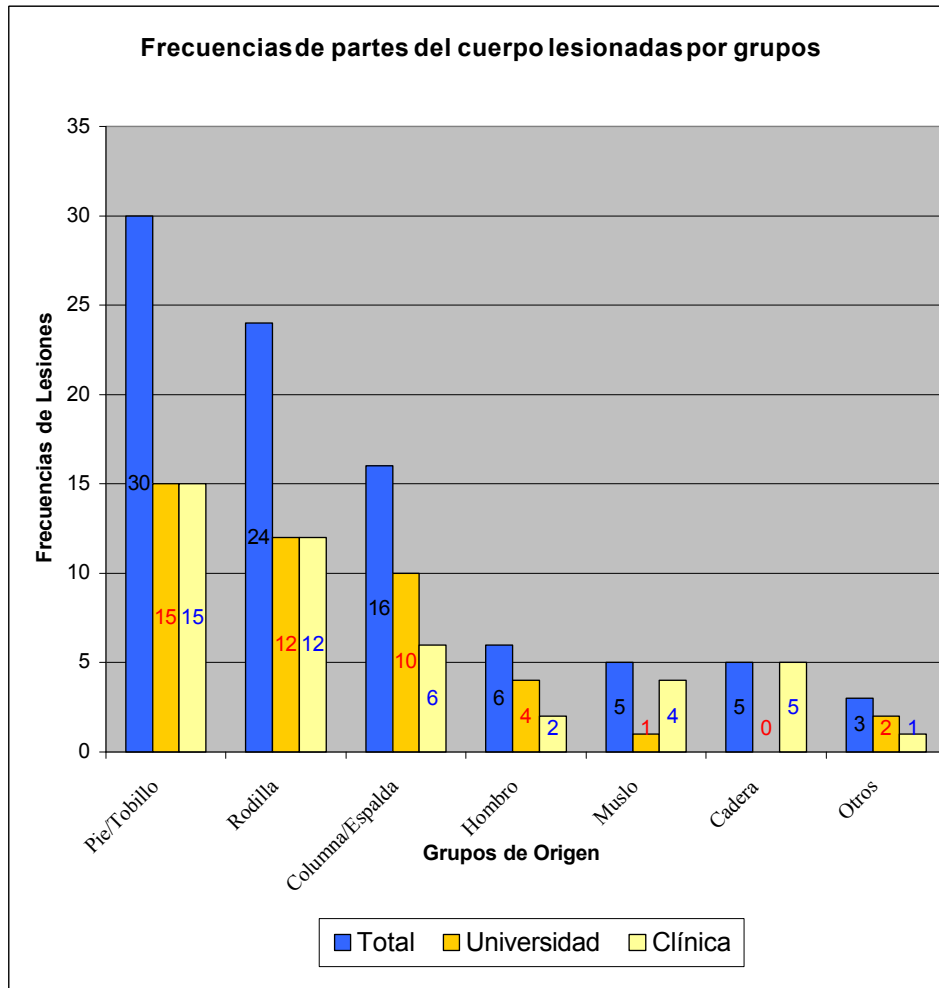
El 42,2% (35) de las lesiones fueron de inicio agudo frente al 57,8% (48) de inicio por sobrecarga. Para el 23,6% (21) de los bailarines se trataba de su primera lesión y sólo el 16,7% (11) acudía a consulta por primera vez a causa de la lesión que padecían en ese momento. Para el 79,8% (75) de los bailarines, la lesión había ocurrido durante alguna actividad relacionada con la danza mientras que para el 20,2% (19) restante las lesiones habían ocurrido practicando algún otro tipo de ejercicio o accidentalmente en la vida diaria. Sólo algunos bailarines identificaron la situación específica a la que atribuían el inicio de la lesión: 19 en clase, 17 en ensayos y 10 en actuaciones.

**Tabla 6.2.** Características y factores asociados a la lesión en los bailarines provenientes del ámbito universitario y clínico

	UNIVERSIDAD		CLINICA	
	n	%	n	%
<b>Inicio de la lesión</b>				
Agudo	16	39,0	19	45,2
Sobrecarga	25	61,0	23	54,8
<b>Primera lesión</b>	10	23,8	11	23,4
<b>Primera consulta</b>	2	10,0	9	19,6
<b>Lesión sucedió bailando</b>	33	75,0	42	84,0
<b>Evolución</b>				
Aguda	19	43,2	17	35,4
Subaguda	7	15,9	7	14,6
Crónica	18	40,9	24	50,0
<b>Localización</b>				
Extremidades superiores	4	9,1	2	4,3
Columna	12	27,3	6	13,0
Extremidades inferiores	28	63,6	38	82,6
<b>Preciso soporte físico adicional</b>	18	41,9	15	31,9
<b>Tratamiento</b>				
Quirúrgico	4	9,5	8	19,0
No quirúrgico	38	90,5	34	81,0
<b>Actualmente en rehabilitación</b>	25	56,8	34	70,8
<b>Percepción severidad</b>				
Leve	9	21,4	8	16,0
Moderada	23	54,8	26	52,0
Severa	10	23,8	16	32,0
<b>Afectación del entrenamiento</b>				
No entrena	5	11,4	21	42,0
Entrena parcialmente	19	43,2	17	34,0
Entrena a tiempo completo	20	45,5	12	24,0
<b>Afectación de las actuaciones</b>				
No actúa	9	20,5	21	43,8
Actúa parcialmente	14	31,8	15	31,3
Actúa a tiempo completo	21	47,7	12	25,0
<b>Tuvieron que dejar de bailar durante un tiempo</b>	24	54,5	36	75,0

Las lesiones eran de diferente duración: el 39,1% (36) de los casos eran de evolución aguda (de uno a tres meses de duración), el 15,2% (14) casos eran subagudas (de 3 a 6 meses) y el 45,7% (42) eran lesiones crónicas que superaban los 6 meses de duración. En cuanto al tratamiento, sólo el 14,3% (12) de las lesiones requirió intervención quirúrgica en el momento de la investigación. De todos modos, el 36,7% (33) de los bailarines necesitó emplear algún tipo de soporte físico como muletas o un cabestrillo durante la recuperación de la misma. La mayor parte de las lesiones se localizaron en las extremidades inferiores 73,3% (66), frente al 20,0% (18) que se localizó en la columna y el 6,7% (6) en extremidades superiores. Concretamente, la *figura 6.1* muestra las partes del cuerpo lesionadas. En cuanto a la percepción que los bailarines

tenían sobre su lesión, la mayoría la consideraba moderada 53,3% (49), el 28,3% (26) pensaba que era severa y el 18,4% (17) opinaba que era leve.



**Figura 6.1.** Frecuencias de las partes corporales lesionadas por grupos

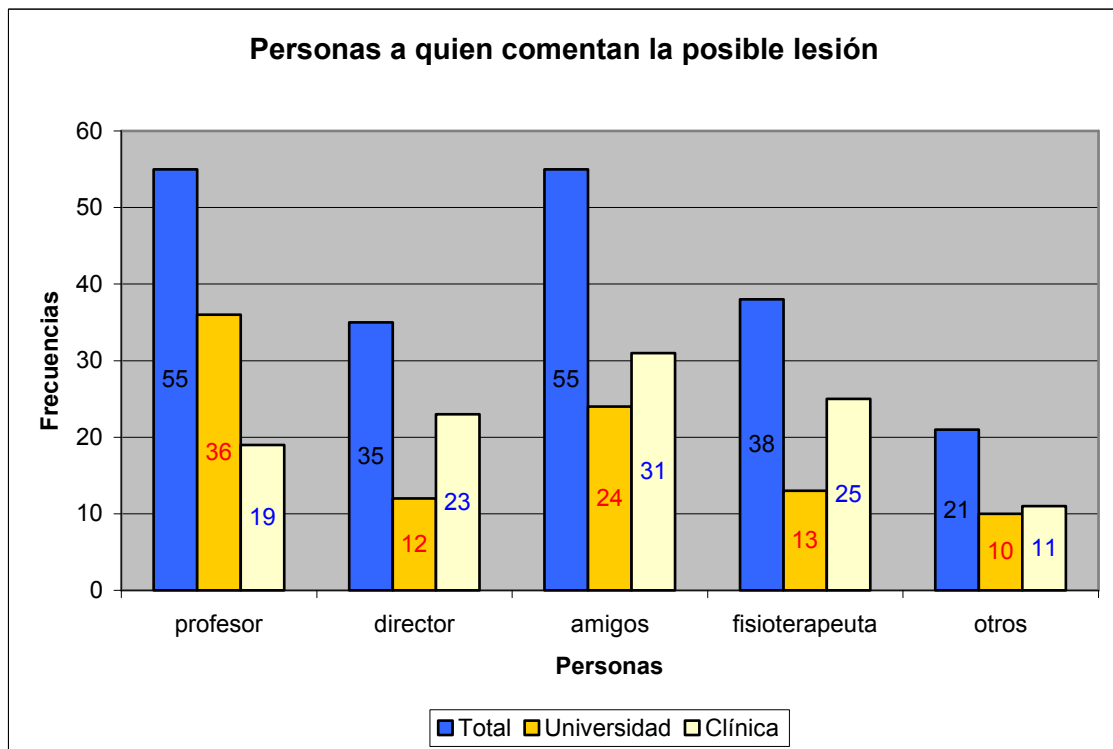
En el momento de la investigación, la lesión afectaba al entrenamiento (clases y ensayos) de los bailarines en diferentes grados. El 27,7% (26) de ellos dejó de entrenar completamente, el 38,3% (36) entrenaba parcialmente y el 34,0% (32) seguía entrenando a tiempo completo. En cuanto a la posibilidad de actuar, el 32,6% (30) de la muestra dejó de actuar completamente, el 31,5% (29) actuaba parcialmente y 35,9% (33) actuaba a tiempo completo.

En la *tabla 6.2* los resultados muestran diferencias significativas entre la afectación del entrenamiento y la afectación de las actuaciones en los grupos de la universidad y del ámbito clínico ( $\chi^2=11,622$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,003$ ) y ( $\chi^2=7,129$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,028$ ) respectivamente. Así, del 65,2% (60) de los bailarines que dejaron de bailar durante algún tiempo debido a la lesión, un mayor número correspondió al ámbito de la clínica ( $\chi^2=4,234$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,040$ ). En concreto, 54,5% (24) de los bailarines del ámbito universitario habían dejado de bailar durante un promedio de 71,17 días ( $DT=90,47$ ) con un rango de 2 a 365 días. El 72,9% (35) de los bailarines provenientes de la clínica estuvo un promedio de 198,40 días sin bailar ( $DT= 240,67$ ), con un rango de 3 a 730 días.

### 6.1.3. Conductas de los bailarines ante la lesión

Nos hemos interesado en saber a qué personas comunicaban los bailarines que posiblemente estaban lesionados. Las opciones que podían señalar eran el profesor, director, amigos, fisioterapeuta y otros. Dentro del apartado otros han especificado principalmente a personas de su familia, como sus padres, pero también al director de escena e incluso al entrenador. Cabe mencionar, que se ha permitido que los bailarines señalen a más de una persona puesto que la preocupación que genera una lesión hace pensar en la necesidad de hablarlo con varias personas. Por lo tanto, las categorías no son excluyentes. En la *figura 6.2*, se muestran las frecuencias de los tres grupos en función de las personas que podían señalar.

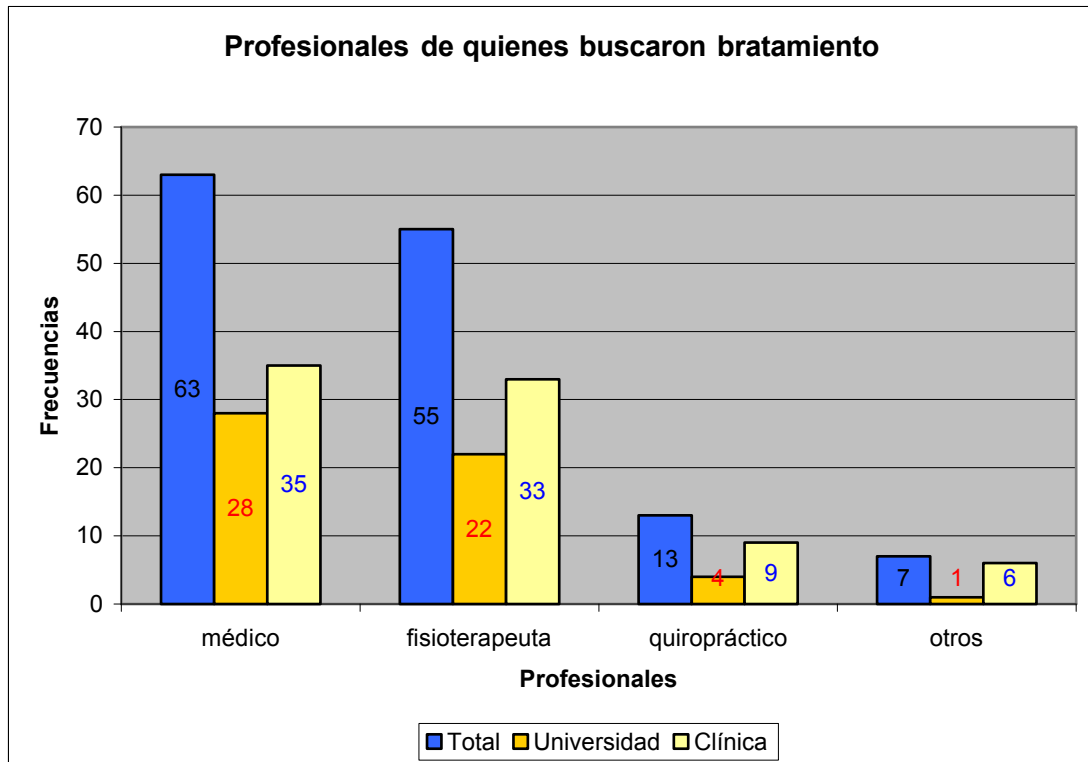




**Figura 6.2.** Frecuencias de las personas a quien comentan la lesión los bailarines

Hemos hallado diferencias significativas entre las categorías universidad y clínica en el apartado profesor ( $\chi^2=18,511$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,000$ ) y fisioterapeuta ( $\chi^2= 4,066$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,044$ ).

Otro aspecto que decidimos investigar fue el tipo de tratamiento profesional que buscaban los bailarines al darse cuenta de su posible lesión. Entre las diferentes opciones que les presentamos se encuentra el médico (que engloba también al traumatólogo), el fisioterapeuta (admitiendo también al *athletic trainer* en esta categoría), el quiropráctico y otros. En la categoría de otros, los participantes indicaron principalmente al acupuntor y al masajista, algunos también mencionaron al osteópata, el entrenador y el podólogo. En la *figura 6.3* presentamos con qué frecuencia los bailarines buscaban tratamiento de los profesionales. Los resultados muestran que buscaron más frecuentemente el tratamiento del médico, al fisioterapeuta, al quiropráctico, y a otros.



**Figura 6.3.** Frecuencias de los profesionales de quien buscaron tratamiento los bailarines

A parte de querer saber el tipo de personas a quien comentaron la lesión y a qué profesionales acudían, también teníamos interés por saber cuánto tiempo transcurría desde que se daban cuenta de que posiblemente estaban lesionados hasta que llevaban a cabo cada una de estas acciones. Hemos dividido las franjas de tiempo en tres categorías: hasta 48 horas, entre 3 y 14 días, y más de 14 días. Es importante destacar que no todos los participantes contestaron esta pregunta, y muchos tampoco lo hicieron de manera cuantitativa. Por tanto, en este apartado, la muestra disminuye considerablemente, sobre todo si tenemos en cuenta que partimos de unos totales inferiores a la muestra global, ya que sólo algunos comentaron la lesión a ciertas personas o han acudido a los profesionales. En las *tablas 6.3 y 6.4* exponemos el tiempo que tardaron los bailarines en comunicar la lesión y en buscar tratamiento, respectivamente.

Las personas a quienes los bailarines más frecuentemente comentaron su lesión fueron a los profesores y los amigos en igual medida, seguidos del fisioterapeuta, del director y del apartado otros. Los bailarines universitarios tardaron menos tiempo como media en comunicar la lesión a otros y a los amigos, y más tiempo al profesor, al fisioterapeuta y al director en este orden. En cambio, el orden temporal en los bailarines que provienen de la clínica es diferente: amigos, director, fisioterapeuta, profesor y otros.

De los 55 bailarines que comentaron la lesión al profesor, 68,0% (34) lo realizaron dentro de las 48 primeras horas, concretamente, 25 pertenecen al grupo de universitarios frente a 9 de la clínica. De los que tardaron entre 3 y 14 días en comunicar la lesión al profesor, se demoraron significativamente más días los bailarines del ámbito clínico que los universitarios ( $U=8$ ;  $p=0,030$ ). Algunos bailarines (5) tardaron más de 14 días en comunicar la lesión al profesor.

Igualmente, 55 bailarines comentaron la lesión a sus amigos. El 70,9% (39) lo hizo dentro de las primeras 48 horas, el 20% (11) entre los 3 y 14 días, y el 1,8% (1) del ámbito universitario dejó pasar hasta 30 días antes de informar de la lesión a sus amigos.

De los 38 bailarines que comunicaron la lesión al fisioterapeuta, el 52,6% (20) lo hizo en las primeras 48 horas. Sólo 35 bailarines comentaron su lesión al director. De los 21 que comunicaron la lesión a otros, el 57,1% (12) lo hizo en las primeras 48 horas.

En relación con el tiempo transcurrido desde el momento en que los bailarines eran conscientes de la posibilidad de haberse lesionado hasta que la comunicaban a alguien o recurrían a un profesional en busca de ayuda, los resultados muestran que tanto unos como otros tardaron menos tiempo en acudir al médico que al fisioterapeuta. Dentro de los bailarines que tardaron entre 3 y 14 días en acudir al médico, los universitarios se demoraron significativamente menos días ( $U=23,5$ ;  $p=0,049$ ).

**Tabla 6.3.** Conductas de los bailarines ante la lesión y tiempo transcurrido hasta que comunicaron la lesión en los grupos de la Universidad y Clínica

	UNIVERSIDAD				CLINICA			
	n	%	M	DT	n	%	M	DT
<b>Tiempo en comunicar la lesión a:</b>								
<b>Profesor</b>								
0 a 48 horas	25	71,4	10,40	13,50	9	50,0	3,33	8,00
de 3 a 14 días	8	21,9	6,38	3,66	6	33,3	11,33	3,61
Más de 14 días	2	5,7	75,00	63,64	3	16,7	1.195	1.973,97
<b>Director</b>								
0 a 48 horas	7	63,6	4,86	8,93	13	65,0	3,69	9,01
de 3 a 14 días	1	9,5	7,00	-	5	25,0	6,20	1,79
Más de 14 días	3	27,3	54,67	57,14	2	10,0	45,00	21,21
<b>Amigos</b>								
0 a 48 horas	16	69,6	3,63	6,46	23	82,1	4,87	11,75
de 3 a 14 días	6	26,1	7,17	4,75	5	17,9	8,75	3,50
Más de 14 días	1	4,3	30,00	-	0	0,0		
<b>Fisioterapeuta</b>								
0 a 48 horas	8	61,5	18,38	16,54	12	60	12,00	19,15
de 3 a 14 días	4	30,8	7,25	2,87	2	10	7,00	0,00
Más de 14 días	1	7,7	60,00	-	6	30	627,5	1.395,05
<b>Otros</b>								
0 a 48 horas	7	77,8	2,42	3,83	5	55,6	0,00	-
de 3 a 14 días	2	22,2	5,00	2,83	2	22,2	7,00	0,00
Más de 14 días	0	-	-	-	2	22,2	1.767,0	2.414,06

Finalmente, en cuanto al porcentaje de bailarines que continuaron bailando a pesar de haber sentido molestias debido a una lesión, el 64,9% (61) lo hizo y hasta un 31,9 % (30) de los bailarines se cuidaron la lesión por sí mismos. (ver *tabla 6.4.*)

**Tabla 6.4.** Conductas de los bailarines ante la lesión y tiempo transcurrido hasta que buscaron tratamiento profesional en los grupos de la Universidad y Clínica

	UNIVERSIDAD				CLINICA			
	n	%	M	DT	n	%	M	DT
<b>Tiempo en buscar tratamiento de:</b>								
<b>Médico</b>								
0 a 48 horas	7	25,9	17,14	18,14	13	44,8	16,62	18,03
de 3 a 14 días	12	44,4	6,08	3,18	8	27,6	9,38	3,66
Más de 14 días	8	18,2	141,25	243,09	8	27,6	508,38	1203,84
<b>Fisioterapeuta</b>								
0 a 48 horas	6	28,6	24,00	15,18	10	35,7	12,00	20,39
de 3 a 14 días	6	28,6	7,33	4,32	6	21,4	7,17	4,45
Más de 14 días	9	42,9	206,22	256,63	12	42,9	348,5	985,49
<b>Quiropráctico</b>								
0 a 48 horas	1	25,0	48,00	-	1	20,0	48,00	-
de 3 a 14 días	0	-	-	-	2	40,0	10,5	4,95
Más de 14 días	3	75,0	130,00	62,45	2	40,0	45,00	21,21
<b>Otro</b>								
0 a 48 horas	1	100,0	24,00	-	1	25,0	0,00	-
de 3 a 14 días	0	-	-	-	0	0	-	-
Más de 14 días	0	-	-	-	3	75,5	1.185,00	1.985,43
<b>Continuaron bailando lesionados</b>	30	68,2	-	-	31	62,0	-	-
<b>Se cuidaron la lesión por sí mismos</b>	15	34,1	-	-	15	30,0	-	-

#### 6.1.4. Consecuencias de la lesión

Los bailarines declararon haber tenido diversas reacciones ante la lesión. La *tabla 6.5* muestra los resultados para los tres grupos de bailarines.

El 71,3% de ellos se sintió presionado para seguir bailando, ya fuese por una presión interna o externa. El 66% se replanteó su vida y/o su identidad, el 46,8% cambió su actitud hacia la danza, el 43,6% asumieron otros roles dentro del campo de la danza y el 42,2% declararon haber sentido miedo ante la reacción del profesor o el director al comunicar que estaba lesionado. Un número mayor de bailarines procedentes del ámbito clínico que del ámbito universitario se replantearon su vida y /o su identidad a raíz de la lesión ( $\chi^2=9,38$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,002$ ).

**Tabla 6.5.** Consecuencias de la lesión en la conducta de los bailarines

	UNIVERSIDAD		CLINICA		GLOBAL	
	n	%	n	%	N	%
Presionados para seguir bailando	34	77,3	33	66,0	67	71,3
Miedo de la reacción profesor/director						
comunicar la lesión	16	39,0	22	44,9	38	42,2
Replantarse vida o la identidad	22	50,0	40	80,0	62	66,0
Cambio de actitud hacia la danza	16	36,4	28	56,0	44	46,8
Asumir otros roles en el campo de la danza	21	47,7	20	40,0	41	43,6

A pesar de que el objetivo de este trabajo no es analizar el contenido de las respuestas de los participantes a preguntas abiertas, creemos que algunos de los comentarios de los bailarines complementan la información extraída de sus respuestas a preguntas cerradas y nos permiten profundizar en nuestro conocimiento sobre el impacto emocional de la lesión. En el *Anexo 9* incluimos ejemplos sobre tales comentarios.

## 6.2. Sintomatología BDI-II, BHS, POMS Y CHIP

En este apartado presentamos los resultados descriptivos de las escalas globales de los tests y de los items del BDI-II y BHS. También comparamos las medias de los resultados obtenidos en el grupo de bailarines universitarios con los obtenidos en el grupo de bailarines proveniente del ámbito clínico.

### 6.2.1.El Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El conjunto total de bailarines lesionados obtuvo una media de 10,62 ( $DT=7,30$ ) en puntuaciones directas (PD) del BDI-II. Al emplear las puntuaciones T (PT) tuvieron una media de 56,93 ( $DT=10,44$ ) con un rango de 42 a 92. Mostramos los resultados para los grupos universitario y clínico en la *tabla 6.6*.

**Tabla 6.6.** Descriptivos del BDI-II en PD y PT para los grupos de la universidad y clínica

	PD		PT		RANGO PT
	M	DT	M	DT	
Universidad	9,98	7,24	55,98	10,42	42-79
Clínica	11,21	7,34	57,80	10,49	42-92

Siguiendo los puntos de corte propuestos por Beck et al. (1996), el 68,1% (62) de los bailarines de nuestra muestra se situó en el rango de sintomatología mínima, el 17,6% (16) en el rango leve, el 13,2% (12) en el moderado y el 1,1% (1) en el rango severo. La *tabla 6.7* muestra el porcentaje y la frecuencia de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario y clínico.

**Tabla 6.7.** Porcentaje y la frecuencia de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario y clínico en el BDI-II

Rango de Sintomatología	Mínima		Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Universidad	33	75,0	4	9,1	7	15,9	0	0,0
Clínica	29	61,7	12	25,5	5	10,6	1	2,1

En la *tabla 6.8* exponemos los porcentajes y las frecuencias que hallamos para el grupo de la universidad, el de la clínica y el global en cada ítem. Los resultados del BDI-II se han dicotomizado con la finalidad de evidenciar la presencia o ausencia de sintomatología de cada ítem. De esta manera, hemos englobado a los participantes que puntuaban cero bajo la categoría *no* y a aquellos que puntuaban uno, dos o tres, se les ha agrupado bajo la categoría *sí*. Se exponen los porcentajes y frecuencias de la presencia del síntoma.

**Tabla 6.8.** Porcentajes y frecuencias de la presencia de los síntomas del BDI-II en los tres grupos de bailarines

ITEMS BDI-II	UNIVERSIDAD		CLINICA		GLOBAL	
	n	%	n	%	N	%
Tristeza	44	47,7	21	42,9	42	45,2
Pesimismo	20	45,5	28	57,1	48	51,1
Sentimientos de fracaso	11	25,0	20	40,0	31	33,0
Pérdida de placer	14	31,8	23	46,0	37	39,4
Sentimientos de culpa	6	13,6	22	45,8	28	29,8
Sentimientos de castigo	9	20,5	13	26,0	22	23,7
Insatisfacción con uno mismo	16	36,4	22	44,9	38	40,4
Autocrítica	24	54,4	24	49,0	48	51,6
Pensamientos de suicidio	6	13,6	10	20,0	16	17,0
Llanto	21	47,7	25	50,0	46	49,5
Agitación	25	56,8	31	62,0	56	61,5
Pérdida de Interés	10	22,7	20	40,0	30	33,0
Indecisión	15	34,1	21	42,0	36	39,6
Inutilidad	8	18,2	10	21,3	18	19,8
Pérdida de energía	27	61,4	26	55,3	53	58,2
Cambios en el patrón del sueño	27	61,4	26	55,3	53	58,2
Incremento	7	11,4	11	22,0	18	19,1
Disminución	20	36,3	15	30,0	35	34,3
Irritabilidad	22	50,0	30	60,0	52	57,1
Cambios en el apetito	21	47,7	22	46,8	43	47,3
Incremento	5	15,9	11	22,0	16	17,0
Disminución	16	35,5	11	22,0	27	28,7
Dificultad de concentración	17	38,6	20	42,6	37	40,7
Cansancio o fatiga	29	65,9	30	63,8	59	64,8
Pérdida de interés en el sexo	5	11,4	13	27,7	18	19,8

En los tres grupos, el ítem que los bailarines han señalado con más frecuencia es el cansancio o fatiga. Al analizar los porcentajes de la muestra global, el ítem que sigue a fatiga en términos de frecuencia es la agitación. En tercer lugar obtienen la misma puntuación la pérdida de energía y los cambios en el patrón del sueño, entre los cuales la disminución de sueño es el más frecuente. En la muestra de universitarios, el segundo ítem más señalado son tanto la pérdida de energía como los cambios en el patrón del sueño, siendo también más frecuente la disminución de sueño, y en tercer puesto se halla la agitación. En cambio, en la muestra del ámbito clínico, hallamos la agitación en el segundo lugar y el pesimismo en el tercero.



Concretamente, pensamientos de suicidio obtiene un 17,0% en la muestra global, lo cual se desglosa en 6 bailarines de la muestra universitaria y 10 de la clínica. Igualmente, el pesimismo se muestra en el 51,1% de la muestra global, lo cual se traduce en 20 bailarines universitarios y 28 de la muestra clínica.

La presencia de sentimientos de fracaso es significativamente mayor en el grupo de bailarines de la clínica que en los del ámbito universitario ( $t=2,358$ ;  $gl=91$ ;  $p=0,021$ ) y lo mismo sucede con la presencia de sentimientos de culpa ( $U=724$ ;  $p=0,001$ ).

### 6.2.2. La Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale)

Los resultados obtenidos en cuanto a las puntuaciones directas del Beck Hopelessness Scale (BHS) mostraron una media de 3,64 ( $DT=2,90$ ) y las puntuaciones T una media de 50,34 ( $DT=8,10$ ), con un rango de 40 a 74. En la *tabla 6.9* especificamos las puntuaciones para los grupos proveniente del ámbito universitario y del ámbito clínico.

**Tabla 6.9.** Descriptivos del BHS en PD y PT para los grupos universitarios y clínico

BHS	PD		PT		Rango PT
	M	DT	M	DT	
Universidad	3,89	3,38	51,04	9,38	40-74
Clínica	3,40	2,48	49,68	6,81	40-68

Siguiendo los cortes categóricos que proponen los autores, el 57,1% (52) de los bailarines de la muestra se situó en el rango de sintomatología mínima, el 30,8% (28) en el rango leve y el 12,1% (11) en el rango moderado. En la *tabla 6.10* mostramos los porcentajes y las frecuencias de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario y clínico, y en la *tabla 6.11* presentamos la frecuencia y el porcentaje de bailarines que contestaron al ítem que indicaba desesperanza, en el total de la muestra, así como en los grupos universitario, clínico y global.

**Tabla 6.10.** Porcentaje y la frecuencia de bailarines dentro de cada rango para los grupos universitario, clínico en el BHS

Rango de Sintomatología	Mínima		Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Universidad	25	56,8	12,0	27,3	7	15,9	0	0,0
Clínica	27	57,4	16,0	34,0	4	8,5	0	0,0

En el total de la muestra, el ítem más frecuente es el 12 (*no espero conseguir lo que realmente quiero*), seguido del 4 (*no puedo imaginar cómo sería mi vida dentro de 10 años*) y quedan en el tercer lugar el ítem 5 (*tengo suficiente tiempo para lograr realizar las cosas quiero*) y el 18 (*el futuro me parece vago e incierto*). En la muestra de universitarios, los ítems que más respuestas de desesperanza han obtenido son el 4 y 12, seguidos del 18 y del 8 (*soy una persona particularmente afortunada, y espero obtener más cosas buenas de la vida que la persona media*). En cambio, en la muestra del ámbito clínico, los ítem más frecuentes son el 12, el 4 y el 5.

Además, el ítem 12 es significativamente más frecuente en el grupo de bailarines reclutados en el ámbito de la clínica que en el universitario ( $\chi^2=7,719$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,005$ ).

**Tabla 6.11.** Presencia de desesperanza en los ítem del BHS en los grupos universitario, clínico y global

Items Beck Hopelessness Scale (BHS)	UNIVERSIDAD		CLINICA		GLOBAL	
	n	%	n	%	N	%
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	6	13,6	3	6,4	9	9,9
2. Quizá debería desistir porque no hay nada que pueda hacer para que las cosas sean mejores para mí.	0	0,0	1	2,1	1	1,1
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda pensar que no pueden permanecer así para siempre.	3	6,8	5	10,6	8	8,8
4. No puedo imaginar cómo sería mi vida dentro de 10 años.	26	59,1	26	55,3	52	57,1
5. Tengo suficiente tiempo lograr realizar las cosas quiero.	21	47,7	25	53,2	46	50,5
6. En el futuro espero tener éxito en lo que más me importa	4	9,1	3	6,5	7	7,8
7. Mi futuro me parece oscuro.	5	11,4	4	8,5	9	9,9
8. Soy una persona particularmente afortunada, y espero obtener más cosas buenas de la vida que la persona media.	21	46,7	21	45,7	42	46,7
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	7	15,9	6	12,8	13	14,3
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro;	6	13,6	4	8,5	10	11,0
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.	2	4,5	2	4,0	4	4,4
12. No espero conseguir lo que realmente quiero	26	59,1	40	85,1	66	70,2
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora;	9	20,5	7	14,9	16	17,6
14. Las cosas no marchan como yo quiero.	9	20,5	7	14,9	16	17,6
15. Tengo gran confianza en el futuro.	12	27,3	11	23,9	23	25,6
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo/ridículo desear cualquier cosa.	0	0,0	1	2,1	1	1,1
17. Es muy improbable que pueda lograr ninguna satisfacción real en el futuro.	2	4,5	3	6,0	2	2,2
18. El futuro me parece vago e incierto.	24	54,5	22	44,0	46	50,5
19. Espero más momentos buenos que malos.	2	4,5	3	6,4	5	5,5
20. No merece la pena que intente conseguir nada de lo que quiero porque probablemente no lo conseguiré.	1	2,3	2	4,3	3	3,3

### 6.2.3. El Perfil del Estado de Ánimo (POMS)

La *tabla 6.12* muestra los resultados obtenidos a partir de la administración del Perfil del Estado de Ánimo (POMS). Concretamente, presentamos el porcentaje de bailarines que obtienen una puntuación por encima de una T de 60 en cada una de las escalas

para los tres grupos: universidad, clínica y global. Cabe destacar la mínima presencia de PT por encima de 60 en la escala de vigor-actividad. Las escalas en las que un mayor número de bailarines se halla por encima de la PT de 60 son la de tensión y la de confusión.

**Tabla 6.12.** Porcentaje de bailarines que puntúan por encima de la PT de 60 en cada una de las escalas para los tres grupos: universidad, clínica y global

Escalas POMS	Porcentaje de PT > a 60 en Universidad	Porcentaje de PT > a 60 en Clínica	Porcentaje de PT > a 60 en Global
Tensión- Ansiedad	43,1	37,1	40,2
Depresión -Abatimiento	27,2	41,8	29,8
Cólera- Hostilidad	22,7	30,2	26,4
Vigor-Actividad	4,5	2,3	3,4
Fatiga-Inercia	29,5	25,5	27,5
Confusión-Desorientación	45,4	34,8	40,2

En las *tablas 6.13, 6.14 y 6.15* presentamos las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas y típicas de cada escala del POMS, incluyendo los rangos de las puntuaciones típicas para los tres grupos (universidad, clínica y global) respectivamente.

**Tabla 6.13.** Descriptivos del POMS en el grupo de la universidad

Escalas POMS	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango Puntuación T
	M	DT	M	DT	
Tensión- Ansiedad	14,39	6,77	61,09	10,98	39-80
Depresión -Abatimiento	13,32	9,95	55,84	10,87	41-80
Cólera- Hostilidad	10,43	8,28	53,80	11,11	40-80
Vigor-Actividad	15,11	6,65	44,11	9,43	30-61
Fatiga-Inercia	11,41	5,64	55,89	9,58	40-74
Confusión-Desorientación	10,16	4,79	59,68	10,89	42-80

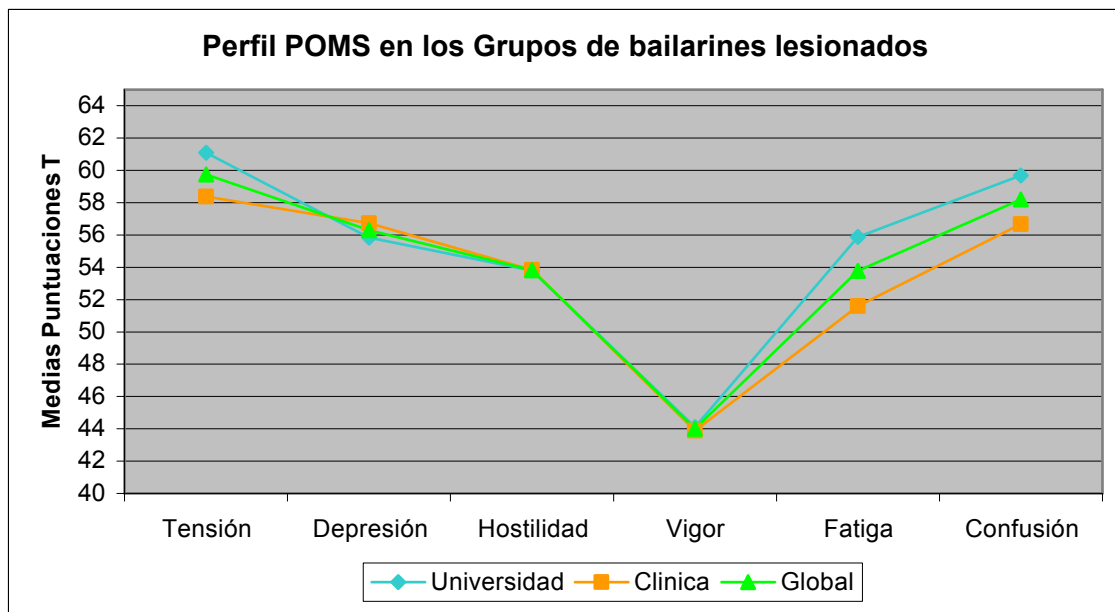
**Tabla 6.14.** Descriptivos del POMS en el grupo de la clínica

Escalas POMS	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango Puntuación T
	M	DT	M	DT	
Tensión- Ansiedad	12,91	7,17	58,37	11,12	39-80
Depresión -Abatimiento	14,65	11,95	56,74	11,92	42-80
Cólera- Hostilidad	10,56	8,70	53,84	11,49	41-80
Vigor-Actividad	15,05	5,78	43,88	8,44	30-62
Fatiga-Inercia	9,14	6,86	51,60	10,93	36-77
Confusión-Desorientación	9,12	5,86	56,67	11,89	39-80

**Tabla 6.15.** Descriptivos del POMS en el grupo en la muestra global

Escala POMS	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango
	M	DT	M	DT	Puntuación T
Tensión- Ansiedad	13,66	6,97	59,75	11,07	39-80
Depresión Abatimiento	13,98	10,94	56,29	11,35	41-80
Cólera- Hostilidad	10,49	8,44	53,82	11,23	40-80
Vigor-Actividad	15,08	6,20	44	8,90	30-62
Fatiga-Inercia	10,29	6,34	53,77	10,43	36-77
Confusión-Desorientación	9,64	5,34	58,20	11,43	39-80

En la *figura 6.4* mostramos el perfil del POMS en función de los tres grupos de bailarines lesionados: universidad, clínica y global. Los bailarines en programas universitarios, que a su vez son estudiantes, declararon sentirse significativamente más fatigados ( $U=683$ ;  $p=0,025$ ) que los bailarines procedentes de centros clínicos.



**Figura 6.4.** Perfil del POMS para los grupos de bailarines

#### 6.2.4. Coping with Health Injuries and Problems (Afrontamiento de las lesiones y de otros problemas de salud)

Los resultados obtenidos a partir de la administración del test muestran a la estrategia de afrontamiento paliativa como aquella en la que un mayor porcentaje de bailarines lesionados puntúa por debajo de una PT de 40. Este efecto se hace especialmente patente en el grupo de la universidad. Además, ningún bailarín en el grupo procedente de la clínica obtiene una PT superior a 60. La preocupación emocional obtiene un elevadísimo porcentaje, mostrando que un 87,6% de los bailarines obtiene puntuaciones superiores a 60, repartiéndose prácticamente a parte iguales entre el grupo de la universidad y de la clínica. Le sigue en porcentaje superior a 60, el afrontamiento instrumental (43,8%). En el grupo de la universidad hay un porcentaje considerable de bailarines (28,5%) que no llega a la PT de 40. La escala de distracción da como resultado un 34,8 % de bailarines que puntúan por encima de la PT de 60. En el grupo de la universidad el porcentaje de bailarines que puntúan por encima de 60 y por debajo de 40 en distracción es mayor que en el grupo de bailarines procedentes de la clínica. En la *tabla 6.16* presentamos el porcentaje de bailarines que puntúan por debajo de la puntuación típica de 40 y por encima de la puntuación típica de 60 en cada una de las escalas para los tres grupos: universidad, clínica y global.

**Tabla 6.16.** Porcentaje de bailarines que puntúan por debajo de la PT de 40 y por encima de la PT de 60 en cada una de las escalas del CHIP para los tres grupos: universidad, clínica y global

Escala CHIP	Porcentaje Universidad		Porcentaje Clínica		Porcentaje Global	
	PT < 40	PT > 60	PT < 40	PT > 60	PT < 40	PT > 60
Distracción	21,4	45,2	6,3	25,5	13,4	34,8
Paliativo	57,1	7,1	31,1	0,0	30,3	3,3
Instrumental	28,5	47,6	6,3	42,5	16,8	43,8
P.Emocional	19,0	47,6	4,2	48,9	11,2	87,6

En las *tablas 6.17, 6.18, y 6.19* presentamos las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas así como las T de cada escala del CHIP, incluyendo los rangos

de las puntuaciones T para los tres grupos: universidad, clínica y global, respectivamente.

**Tabla 6.17.** Descriptivos del CHIP en el grupo de la universidad

Escala CHIP	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango Puntuación T
	M	DT	M	DT	
Distracción	25,19	6,32	55,76	14,21	32-84
Paliativo	20,76	6,18	40,83	13,94	20-79
Instrumental	26,86	8,13	52,67	17,31	20-78
P.Emocional	24,79	8,41	58,12	16,27	24-86

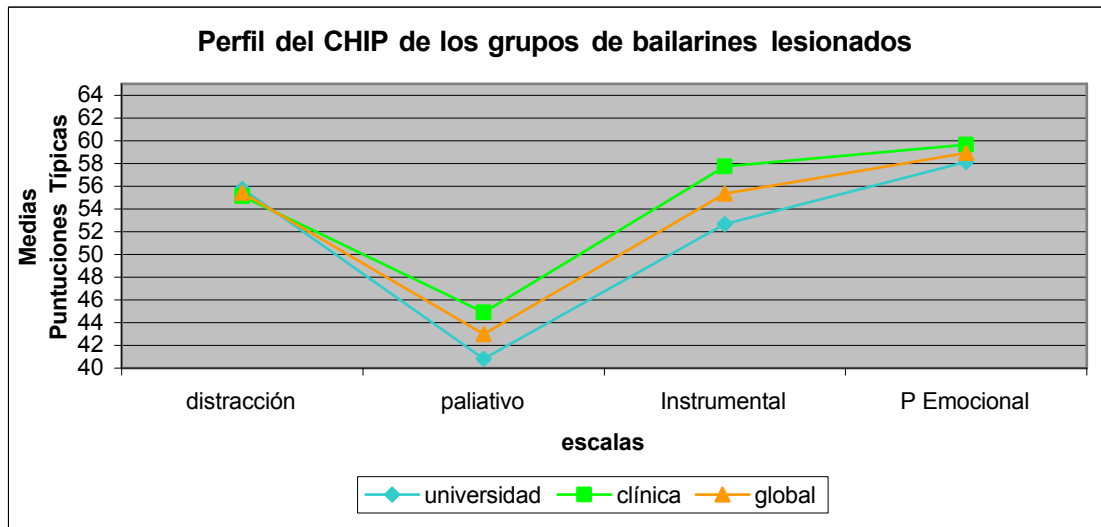
**Tabla 6.18.** Descriptivos del CHIP en el grupo de la clínica

Escala CHIP	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango Puntuación T
	M	DT	M	DT	
Distracción	24,88	5,03	55,11	11,84	29-51
Paliativo	22,96	4,39	44,89	9,36	25-34
Instrumental	30,48	5,82	57,74	12,20	23-57
P.Emocional	25,73	6,88	59,66	13,93	26-60

**Tabla 6.19.** Descriptivos del CHIP en la muestra global

Escala CHIP	Puntuación Directa		Puntuación T		Rango Puntuación T
	M	DT	M	DT	
Distracción	25,02	5,64	55,42	12,95	29-84
Paliativo	21,93	5,38	42,98	11,85	20-79
Instrumental	28,79	7,19	55,35	14,97	20-80
P.Emocional	25,29	7,60	58,93	15,02	24-86

En la *figura 6.5* mostramos el perfil del CHIP en función de los tres grupos de bailarines lesionados: universidad, clínica y global. El grupo de bailarines que proviene de centros clínicos (formado mayoritariamente por bailarines profesionales) puntúa significativamente más elevado tanto en el empleo de estrategias de afrontamiento paliativo ( $U=705,5$ ;  $p=0,014$ ) como de en el estrategias instrumentales ( $t=2,450$ ,  $gI=88$ ,  $p=0,016$ ) que los que provienen de la universidad.



**Figura 6.5.** Perfil del CHIP para los grupos de bailarines

### 6.2.5. Subgrupo de Bailarines con Riesgo de Suicidio

Los autores del BDI-II y del BHS señalan que los individuos con puntuaciones de 2 ó más en el ítem de pesimismo o ideación suicida en el BDI-II, así como una puntuación igual o superior a 9 en el BHS, presentan un mayor riesgo de suicidio. Tras explorar nuestros resultados, hemos hallado que 12 bailarines (11 mujeres y 1 hombre) cumplían estos criterios. Su media de edad era de 24,67 años ( $DT=5,77$ ), y 7 de ellos pertenecían al grupo universitario mientras que 5 pertenecían al clínico.

Estos bailarines obtuvieron puntuaciones elevadas en el BDI-II ( $M=17,73$ ;  $DT=6,21$ ) y en el BHS ( $M=9,9$ ;  $DT=1,13$ ). También obtuvieron PT superiores a 60 en las escalas del POMS, a excepción de la de vigor. Destaca especialmente el apartado confusión, que obtiene una media de 71,20, con una desviación típica de 5,28. En el CHIP la única escala que obtiene una PT superior a 60 es la preocupación emocional. En las *figuras 6.6 y 6.7* mostramos respectivamente los perfiles del POMS y CHIP de este subgrupo de participantes.



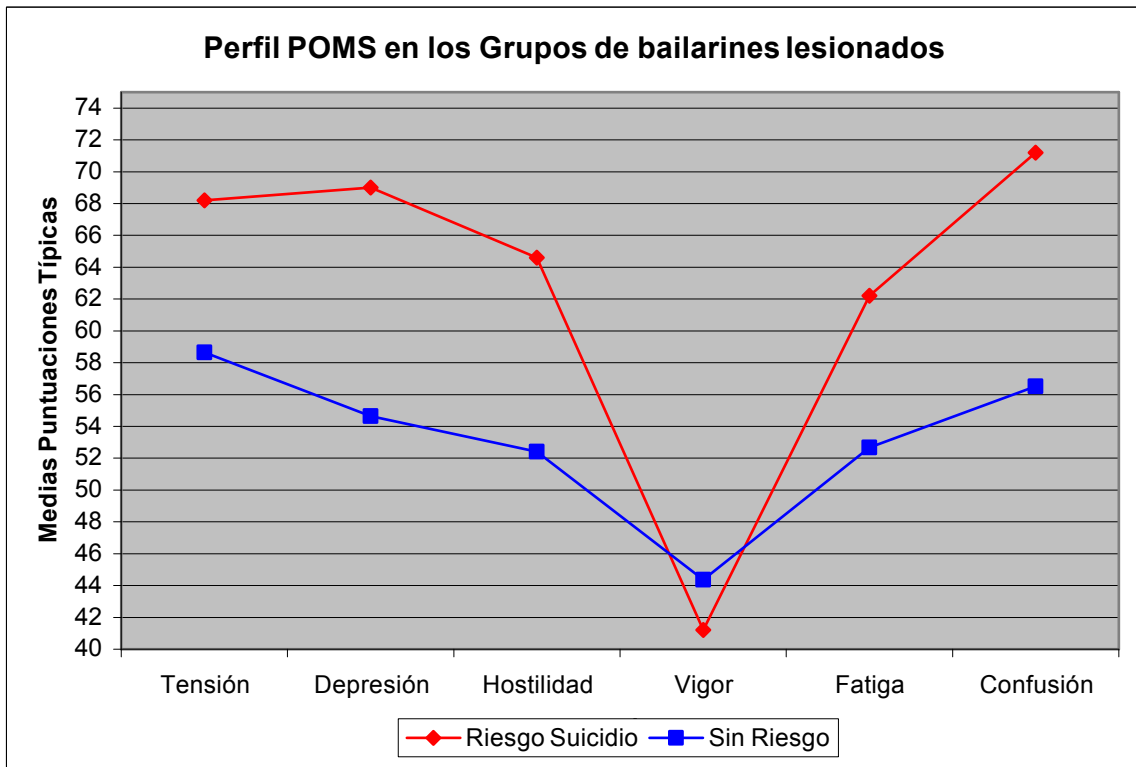


Figura 6.6. Perfil del POMS para los grupos de bailarines con o sin riesgo de suicidio

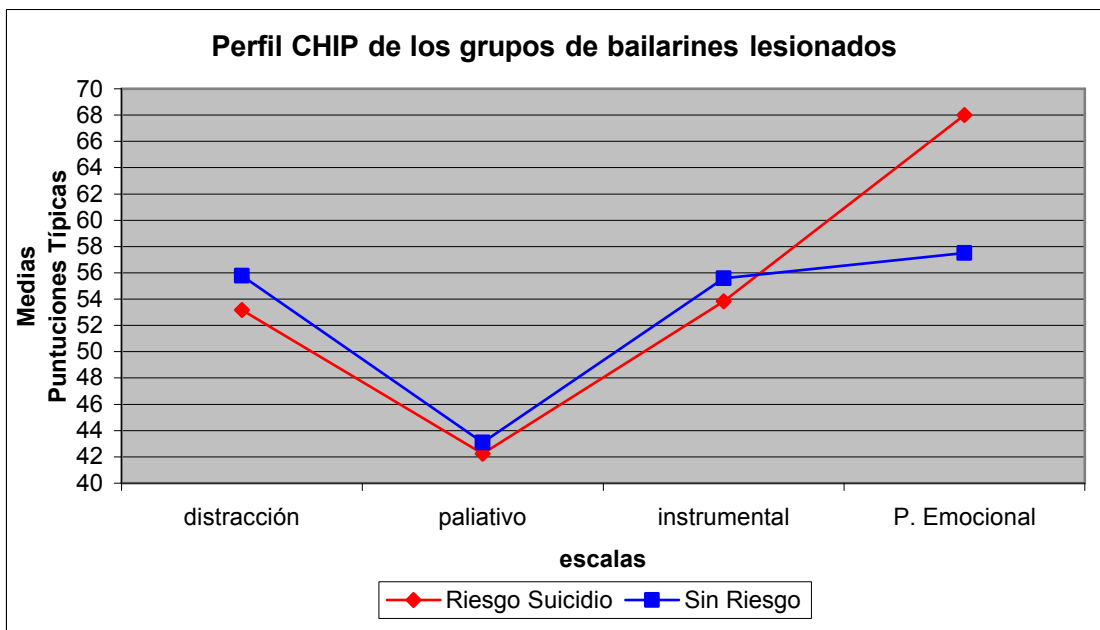


Figura 6.7. Perfil del CHIP para los grupos de bailarines con o sin riesgo de suicidio

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes variables dependientes en función del grupo de bailarines con riesgo o no de suicidio, hemos hallado diferencias significativas en el BDI-II ( $U=160,5$ ;  $p=0,001$ ), BHS ( $U=0,000$ ;  $p=0,014$ ), tensión ( $U=201$ ;  $p=0,014$ ), depresión POMS ( $U=111$ ;  $p=0,000$ ); hostilidad ( $U=136$ ;  $p=0,001$ ); fatiga ( $U=200$ ;  $p=0,014$ ), confusión ( $U=121$ ;  $p=0,000$ ) y preocupación emocional ( $U=271$ ;  $p=0,019$ ).

También hemos analizado los factores asociados a este grupo con riesgo de suicidio. Todos los bailarines declararon haberse replanteado su vida y/o identidad a raíz de la lesión ( $\chi^2=4,049$ ;  $g^l=1$ ;  $p=0,044$ ) así como tener preocupaciones económicas ( $\chi^2=6,677$ ;  $g^l=1$ ;  $p=0,010$ ). Además, la mitad de los bailarines (6) habían sido diagnosticados de depresión con anterioridad a la lesión ( $\chi^2=6,066$ ;  $g^l=1$ ;  $p=0,014$ ).

### **6.3. Relación entre los factores asociados a la lesión y al bailarín y las medidas del estado emocional y las estrategias de afrontamiento**

Pasamos a mostrar el resultado del estudio sobre cómo se relacionan las variables cuantitativas con las puntuaciones globales de los tests.

#### **6.3.1. Características de los bailarines, su formación y su profesión**

##### **6.3.1.1. Edad de los bailarines**

La edad de los bailarines presenta una relación positiva y significativa con el afrontamiento instrumental en total de la muestra ( $r=0,252$ ;  $p=0,016$ ). En cambio, en el grupo procedente del ámbito universitario, la edad de los bailarines mantiene una relación positiva y significativa con la fatiga ( $r=0,312$ ;  $p=0,039$ ).

##### **6.3.1.2. Edad de inicio clases danza y el inicio de un entrenamiento serio**

En la muestra de bailarines global ( $r_s=0,210$ ;  $p=0,047$ ) y en la proveniente del ámbito clínico ( $r_s=0,314$ ;  $p=0,030$ ), la edad de inicio en las clases de danza se relaciona

positiva y significativamente con las puntuaciones de afrontamiento paliativo. Además, en los bailarines del ámbito clínico, la edad de inicio de un entrenamiento serio en danza se relaciona positiva y significativamente con la hostilidad, ( $r=0,320$ ;  $p=0,041$ ), la confusión ( $r=0,338$ ;  $p=0,031$ ) y el afrontamiento paliativo ( $r=0,379$ ;  $p=0,009$ ).

### **6.3.1.3. Número de horas diarias de clases de danza, de ensayos semanales y de actuaciones anuales**

En el total de la muestra, el número de horas de ensayo semanales se relaciona negativa y significativamente con el estilo de afrontamiento por distracción ( $r=-0,305$ ;  $p=0,006$ ) y el número de semanas anuales de actuación se relaciona positiva y significativamente con el afrontamiento instrumental ( $r=0,236$ ;  $p=0,048$ ).

En los bailarines universitarios, el número de semanas de actuación anuales se relaciona positiva y significativamente con la fatiga ( $r=0,443$ ;  $p=0,007$ ), la preocupación emocional ( $r=0,581$ ;  $p=0,000$ ) y el afrontamiento instrumental ( $r=0,354$ ;  $p=0,037$ ).

En el grupo de bailarines proveniente del ámbito de la clínica, el número de horas de clase diarias se relaciona negativa y significativamente con la hostilidad ( $r=-0,349$ ;  $p=0,027$ ) y el número de horas de ensayo semanales se relaciona negativa y significativamente con el estilo de afrontamiento por distracción ( $r=-0,356$ ;  $p=0,021$ ).

### **6.3.1.4. Número de estilos de danza a los que se dedicaban**

En los bailarines universitarios, el número de estilos practicados se relaciona negativa y significativamente con la desesperanza ( $r=-0,475$ ;  $p=0,000$ ), la depresión (POMS) ( $r=-0,431$ ;  $p=0,003$ ), la confusión ( $r=-0,352$ ;  $p=0,019$ ) y la preocupación emocional ( $r=-0,409$ ;  $p=0,007$ ). En cambio, en los bailarines del ámbito clínico, el número de estilos se relaciona positiva y significativamente con la desesperanza ( $r=0,384$ ;  $p=0,008$ ), el BDI-II ( $r=0,465$ ;  $p=0,001$ ), la confusión ( $r=0,352$ ;  $p=0,020$ ) y la preocupación emocional ( $r=0,355$ ;  $p=0,013$ ).

### **6.3.1.5. Años de experiencia profesional**

En la muestra global de bailarines, los años de experiencia profesional se relacionan negativa y significativamente con el vigor ( $r_s=-0,307$ ;  $p=0,040$ ) y positivamente con el afrontamiento instrumental ( $r_s=0,309$ ;  $p=0,037$ ).

### **6.3.2. Características de las lesiones**

#### **6.3.2.1. Días transcurridos desde el inicio de la lesión**

Los días transcurridos desde el inicio de la lesión se relacionan positiva y significativamente con la escala de tensión en el total de la muestra ( $r=0,225$ ;  $p=0,042$ ) y en los bailarines del ámbito clínico ( $r=0,318$ ;  $p=0,045$ ). Este último grupo se relaciona negativa y significativamente con el vigor ( $r=-0,322$ ;  $p=0,043$ ).

### **6.3.3. Características de las conductas de los bailarines cuando se lesionan**

#### **6.3.3.1. Comunicar la posible lesión al profesor, al director, a los amigos, al fisioterapeuta y a otros**

En la muestra global, el número de horas transcurridas hasta comunicar la lesión al profesor se relaciona negativa y significativamente con el el vigor ( $r_s =-0,313$ ;  $p=0,027$ ). Asimismo, el número de horas en que los bailarines tardaron en comunicar la lesión al director se relaciona positiva y significativamente con la fatiga ( $r=0,363$ ;  $p=0,049$ ) y negativamente con el vigor ( $r=-0,386$ ;  $p=0,035$ ). Además, las horas que tardaron en comunicar la lesión al fisioterapeuta se relacionan positiva y significativamente con la tensión ( $r_s=0,440$ ;  $p=0,017$ ).

En la muestra del ámbito universitario hemos hallado una relación positiva y significativa entre el número de horas que los bailarines tardaron en comunicar la lesión al fisioterapeuta y las puntuaciones del BDI-II ( $r=0,572$ ;  $p=0,041$ ). Las horas

que los universitarios tardaron en comunicar la lesión a las personas englobadas dentro del apartado otros se relaciona negativamente con el afrontamiento instrumental ( $r=-0,692$ ;  $p=0,039$ ).

En los bailarines del ámbito clínico, el número de horas que tardaron en comunicar la lesión al director se relaciona negativa y significativamente con la preocupación emocional ( $r=-0,584$ ;  $p=0,009$ ).

### **6.3.3.2. Buscar tratamiento del médico, del fisioterapeuta o del quiropráctico**

En la muestra global, las horas que los bailarines tardaron en buscar el tratamiento de un médico ( $r=-0,313$ ;  $p=0,020$ ), de un fisioterapeuta ( $r=-0,366$ ;  $p=0,012$ ) y de un quiropráctico ( $r_s=-0,729$ ;  $p=0,040$ ) se relacionan significativa y negativamente con el estilo de afrontamiento paliativo.

## **6.4. Influencia y relación de los factores asociados en el estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento**

En este apartado exploramos la influencia de los factores asociados a la lesión y a los bailarines en función de las diferentes medidas del estado de ánimo y de las estrategias de afrontamiento. En el *apartado 3.2.1.* hemos presentado las diferencias de las medias globales de los tests entre el grupo de bailarines procedente de la universidad y del ámbito clínico. Recordemos que los bailarines en programas universitarios que, a su vez son estudiantes, estaban significativamente más fatigados y empleaban significativamente menos estrategias de afrontamiento paliativas e instrumentales que los bailarines del ámbito clínico.

Nos ha interesado también estudiar el efecto que se producía al añadir otro factor y para ello hemos empleado el ANOVA Factorial. Al realizar este análisis, hemos hallado no sólo diferencias significativas en la interacción de los factores sino también diferencias significativas en los efectos principales con el total de la muestra. Por este motivo, hemos realizado comparaciones de grupos independientes mediante la *t* de

Student/U-Mann o ANOVA Unifactorial/Kruskal Wallis. En el caso de existir diferencias significativas realizamos comparaciones múltiples Post Hoc.

#### 6.4.1. Características sobre los bailarines, su formación y su profesión

##### 6.4.1.1. Sexo

No hemos hallado diferencias para el total de la muestra en las variables dependientes en función de la variable sexo. No obstante, hemos observado que las bailarinas de sexo femenino del grupo de centros clínicos, puntuaron significativamente más elevado en el afrontamiento instrumental que las universitarias ( $U=433$  ;  $p=0,010$ ). (ver *tabla 1*, anexo 10)

##### 6.4.1.2. Nacionalidad

Los bailarines de nacionalidad no estadounidense presentaban significativamente mayor depresión y confusión en el POMS y un mayor afrontamiento paliativo que los estadounidenses. En la *tabla 6.20* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias. Además, dentro del grupo de bailarines estadounidenses, los universitarios estaban más fatigados y confusos que los del ámbito clínico. En la *tabla 6.21* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.20.** Comparación de medias entre bailarines de EE.UU. y de otras nacionalidades

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
				EE.UU.	Otros
Depresión		U=133,5	0,009	12,63	22,25
Confusión	82	t=2,193	0,031	9,07	13,25
Paliativo		U=221,5	0,029	21,68	25,50

**Tabla 6.21.** Comparación de medias entre bailarines EE.UU. del ámbito clínico y del universitario

Variables Dependientes	GL	Estadístico	P	Medias PD	
				Universidad	Clínica
Fatiga	74	t=2,738	0,008	11,28	7,67
Confusión	74	t=2,507	0,014	10,38	7,61

#### 6.4.1.3. Horas de clase diarias

La muestra global no presenta diferencias en ninguna variable dependiente en función de las horas de clase diarias. En cambio, para los bailarines que tenían entre 3,5h y 7h de clase diarias, los universitarios mostraban mayores niveles de fatiga que aquellos del ámbito clínico ( $U=24,0$ ;  $p=0,005$ ). (ver tabla 2, anexo 10)

#### 6.4.1.4. Horas de ensayo semanales

Los bailarines que ensayaban durante más de diez horas a la semana presentaban significativamente un menor afrontamiento paliativo y por distracción que aquellos que ensayaban hasta diez horas semanales. En la tabla 6.22 presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.22.** Comparación de medias entre bailarines que ensayaban hasta 10 horas semanales o más horas

Variables Dependientes	GL	Estadístico	P	Medias PD	
				1-10h	más de10h
Distracción	82	t=2,755	0,007	26,02	22,60
Paliativo	82	t=2,122	0,037	22,70	20,10

#### 6.4.1.5. Número de estilos de danza a los que se dedican

La muestra global no presenta diferencias en las variables dependientes en función del número de estilos de danza a los que se dedicaban. No obstante, los bailarines del ámbito universitario que se dedicaban exclusivamente a dos estilos de danza presentan significativamente mayores niveles de depresión (BDI-II y POMS), de desesperanza (BHS), de fatiga y de confusión así como de preocupación emocional que los que se

dedicaban a más de dos estilos de danza. Además, aquellos bailarines del ámbito clínico que se dedicaban a más de dos estilos, presentan significativamente mayores niveles de depresión (BDI-II), de desesperanza (BHS), confusión y afrontamiento instrumental que los que se dedicaban sólo a dos estilos de danza. En las *tablas 6.23 y 6.24* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.23.** Comparación de medias entre bailarines universitarios que se dedicaban a dos estilos de danza o más

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				2 estilos	más de 2 estilos
BDI-II	42	t=2,354	0,023	12,12	7,16
BHS		U=66,000	0,000	5,36	1,95
Depresión POMS		U=101,000	0,001	17,48	7,84
Fatiga		U=118,500	0,005	13,40	8,79
Confusión	42	t=3,495	0,001	12,12	7,58
P.Emocional	26,20	t=2,236	0,034	27,33	21,39

**Tabla 6.24.** Comparación de medias entre bailarines del ámbito clínico que se dedicaban a dos estilos de danza o más

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				2 estilos	más de 2 estilos
BDI-II	45	t=3,693	0,001	8,81	16,33
BHS	45	t=3,333	0,002	2,66	5,00
Confusión		U=127,00	0,048	8,21	11,00
Instrumental	46	t=2,338	0,024	29,21	33,27

#### 6.4.1.6. Otro tipo de ejercicio físico

Los bailarines que no realizaban otro tipo de ejercicio físico aparte de la danza, presentan mayores niveles de desesperanza que los que realizaban otro tipo de ejercicio físico además de danza ( $U=545,0$ ;  $p=0,007$ ). (ver *tabla 3 anexo 10*)

#### 6.4.1.7. Experiencia profesional

Los bailarines sin experiencia profesional, presentan mayor nivel de confusión que los que tenían experiencia profesional como bailarines ( $U=604,5$ ;  $p=0,036$ ). (ver *tabla 4, anexo 10*)



#### 6.4.1.8. Preocupaciones económicas y su interferencia en la obtención de tratamiento médico y/o psicológico

Los bailarines con preocupaciones económicas presentan mayor nivel de desesperanza (BHS) y menor vigor que los que no tenían preocupaciones económicas. En la *tabla 6.25* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.25.** Comparación de medias entre bailarines que tenían preocupaciones económicas y los que no

Variables Dependientes	Estadístico	P	Medias PD	
			Sí	No
BHS	U=585	0,016	4,20	2,46
Vigor	t=2,036	0,045	14,05	16,86

Cuando el *factor* económico interfería en que los bailarines pudiesen obtener tratamiento médico y/o psicológico, los bailarines presentan un nivel mayor de desesperanza (BHS) y de confusión que aquellos para los que el factor económico no interfería en la obtención de tratamiento. En la *tabla 6.26*, presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.26.** Comparación de medias entre bailarines en quienes el factor económico interfería en la obtención de tratamiento y los que no

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
BHS		U=604,5	0,026	4,71	3,16
Confusión	83	t=2,162	0,033	11,54	8,85

### 6.4.2. Características de las lesiones

#### 6.4.2.1. Inicio de la lesión

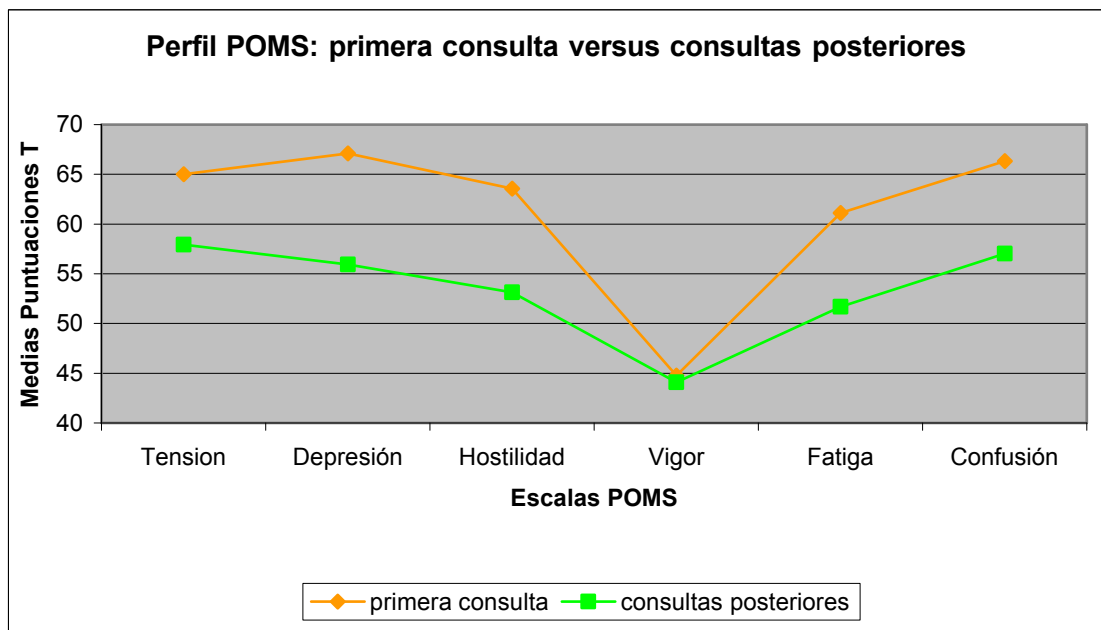
Los bailarines con lesiones de inicio agudo presentan un mayor afrontamiento instrumental que los que tienen lesiones de inicio por sobrecarga ( $U=124,10$ ;  $p=0,033$ ). (ver *tabla 5, anexo 10*)

**6.4.2.2. Primera consulta médica por la lesión**

Los bailarines que consultaban por primera vez al médico debido a la lesión presentan mayores niveles de tensión, depresión, hostilidad, fatiga y confusión en el POMS que los que ya habían consultado previamente a causa de aquella lesión. En la *tabla 6.27* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias en PD y en la *figura 6.8* mostramos el perfil del POMS en PT.

**Tabla 6.27.** Comparación de medias entre bailarines que acuden a su primera visita médica por la lesión y los que habían acudido previamente

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Tensión	57	t=2,076	0,042	17,11	12,52
Hostilidad		U=123	0,031	17,67	9,98
Depresión		U=124,5	0,034	24,67	13,74
Fatiga		U=124	0,033	14,56	9,14
Confusión	57	t=2,284	0,026	13,44	9,18



**Figura 6.8.** Perfil del POMS en función de los bailarines que acuden a su primera visita médica y los que habían acudido anteriormente

### 6.4.2.3. Evolución

La evolución no influyó en las variables dependientes en la muestra global. No obstante, los bailarines procedentes de los centros clínicos que padecían lesiones de evolución crónica, presentan mayores niveles de depresión según el BDI-II que los bailarines universitarios con el mismo tipo de evolución ( $t=2,304$ ;  $gl=39$ ;  $p=0,027$ ). (ver *tabla 6, anexo 10*)

### 6.4.2.4. Soporte físico adicional

Los bailarines que precisaban un soporte físico adicional para la lesión presentan mayor preocupación emocional que los que no los empleaban ( $t=2,094$ ;  $gl=84$ ;  $p=0,039$ ). (ver *tabla 7, anexo 10*)

Entre el grupo de *bailarines que* precisaban algún soporte adicional para su lesión, los universitarios muestran significativamente un mayor nivel de tensión y confusión en comparación con los de los centros clínicos. Mostramos los resultados en la *tabla 6.28*.

**Tabla 6.28.** Comparación de medias de los bailarines del ámbito universitario y clínico dentro de los que precisaban un soporte físico adicional

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
				Universidad	Clínica
Tensión	29	$t=2,960$	0,006	16,67	10,08
Confusión	29	$t=2,240$	0,033	11,61	7,54

### 6.4.2.5. Asistían a rehabilitación

Los bailarines que acudían a un programa de rehabilitación en el momento de la investigación presentan mayor nivel de afrontamiento instrumental y una menor fatiga. En la *tabla 6.29* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.29.** Comparación de medias en función de si los bailarines estaban en rehabilitación o no

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Fatiga	81	T=2,105	0,038	9,16	12,26
Instrumental	84	T=3,421	0,001	30,72	25,57

#### 6.4.2.6. Grado de afectación del entrenamiento

El grado en que la lesión afectaba el entrenamiento de los bailarines parece repercutir en una mayor depresión y preocupación emocional y un menor vigor. En la *tabla 6.30* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.30.** Comparación de medias en función de la afectación del entrenamiento

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD		
				Ha cesado	Parcialmente	Tiempo completo
Depresión	2	$\chi^2=7,361$	0,025	16,09	15,91	10,17
Vigor	2,84	F=5,155	0,008	12,55	14,43	17,70
P Emocional	2,87	F=4,202	0,018	27,00	26,86	25,29

Hemos observado diferencias significativas entre los grupos que entrenan a tiempo completo y los que han cesado de entrenar, obteniendo puntuaciones más elevadas de depresión (POMS) en el último grupo ( $U=221,5$ ;  $p=0,044$ ). También es significativa la diferencia entre los que entrenan a tiempo completo y los que lo hacen parcialmente ( $U=331,5$ ;  $p=0,011$ ).

Al aplicar pruebas Post Hoc hallamos que la prueba de Tukey detecta diferencias significativas en la escala de vigor (diferencia de medias= 5,16;  $p=0,007$ ) entre los bailarines del grupo que entrenan a tiempo completo y los que han dejado de entrenar. En cuanto a la preocupación emocional, las diferencias se hallan entre entrenar parcialmente y hacerlo a tiempo completo (Diferencia de medias Tukey=4,66;  $p=0,031$ ), y entre entrenar a tiempo completo y no entrenar (Diferencia de medias Tukey HSD= 4,81;  $p=0,047$ ).

#### 6.4.2.7. Grado de afectación de las actuaciones

El grado en que la lesión afectaba las actuaciones de los bailarines repercutió en una mayor preocupación emocional y una mayor distracción, así como un menor vigor. En la *tabla 6.31* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.31.** Comparación de medias en función de la afectación de las actuaciones

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD		
				Ha cesado	Parcialmente	Tiempo completo
Distracción	2	$\chi^2=6,448$	0,040	25,07	26,93	23,59
Vigor	2,83	F=4,149	0,019	12,48	16,27	16,58
P Emocional	2,87	F=3,453	0,036	27,45	25,52	22,56

Hemos observado diferencias significativas entre los grupos de bailarines que actúan a tiempo completo y los que lo hacen a tiempo parcial, obteniendo puntuaciones más elevadas en estrategias de distracción en el último grupo ( $U=273,0$ ;  $p=0,015$ ).

Al aplicar pruebas Post Hoc hallamos que la prueba de Bonferroni detecta diferencias significativas en la escala de vigor (diferencia de medias= 4,09;  $p=0,028$ ) entre los bailarines que actúan a tiempo completo y los que han cesado su actividad como bailarines. En cuanto a la preocupación emocional, las diferencias se hallan entre cesar de actuar y entrenar a tiempo completo (Diferencia de medias Bonferroni=4,89;  $p=0,033$ ).

#### 6.4.2.8. Dejar de bailar durante un periodo de tiempo

Aquellos bailarines que tuvieron que dejar de bailar durante un tiempo obtienen puntuaciones más altas en afrontamiento paliativo, instrumental y preocupación emocional, que los que no dejaron de bailar. En la *tabla 6.32* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.32.** Comparación de medias en función de si los bailarines estuvieron un tiempo sin bailar o no

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Paliativo	86	t=2,271	0,026	22,77	20,10
Instrumental	86	t=3,423	0,001	30,65	25,52
P Emocional	86	t=2,885	0,005	26,75	22,06

### 6.4.3 Características sobre las conductas de los bailarines cuando se lesionan

#### 6.4.3.1. Comunicar la posible lesión al profesor, al director, a los amigos y al fisioterapeuta

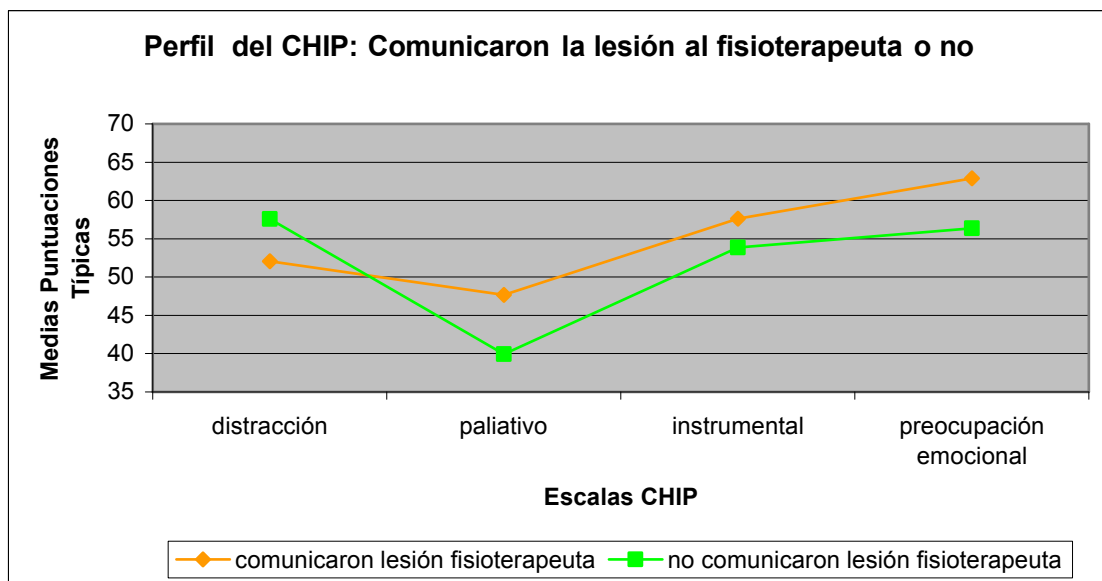
Las puntuaciones de depresión medidas por el BDI-II presentan niveles significativamente más elevados en los bailarines que comunicaron la lesión al director que en aquellos que no lo hicieron.

En relación con la influencia de las estrategias de afrontamiento en estos factores, el afrontamiento paliativo obtiene puntuaciones más elevadas en los bailarines que comunicaron la lesión al director, a los amigos y también en los que la comunicaron al fisioterapeuta. La preocupación emocional muestra puntuaciones significativamente más altas en los bailarines que comunicaron la lesión al profesor y también en los que la comunicaron al fisioterapeuta. La estrategia de afrontamiento por distracción muestra niveles más elevados en los bailarines que no comentaron la lesión al fisioterapeuta.

En la *tabla 6.33* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias de los grupos en función de si comunicaron o no la lesión. Además, en la *figura 6.9* mostramos el perfil del POMS en PT.

**Tabla 6.33.** Comparación de medias en función de si comunicaron o no la lesión al profesor, director, amigos y fisioterapeuta

Comunicar lesión a:	Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
					Sí	No
Profesor	P Emocional	88	t=2,056	0,043	26,64	23,35
Director	BDI-II	89	t=2,057	0,043	12,67	9,45
	Paliativo	88	t=2,326	0,022	23,59	20,93
Amigos	Paliativo	88	t=2,345	0,021	23,02	20,38
Fisioterapeuta	Paliativo	88	t=2,714	0,008	23,80	20,75
	Distracción	88	t=2,224	0,029	23,40	26,05
	P Emocional	88	t=2,082	0,040	27,34	23,98



**Figura 6.9.** Perfil del CHIP en función de si comunicaron o no la lesión al fisioterapeuta

Entre los bailarines que no comunicaron la lesión al profesor, los bailarines de centros clínicos muestran mayor afrontamiento instrumental que los universitarios ( $t=3,179$ ;  $gl=35$ ;  $p=,003$ ). (ver tabla 8, anexo 10)

#### 6.4.3.2. Buscar tratamiento del médico, del fisioterapeuta, del quiropráctico o de otros

Las puntuaciones de depresión medida por el BDI-II presentan niveles significativamente más elevados en los bailarines que no buscaron tratamiento del fisioterapeuta en comparación con aquellos que sí lo hicieron.

Tanto los bailarines que buscaron tratamiento del quiropráctico como los que buscaron tratamiento de otro profesional, presentan niveles significativamente más elevados de fatiga que los que no lo hicieron. Además, los que buscaron tratamiento del quiropráctico presentan significativamente menos vigor que los que no lo hicieron. En cuanto a la estrategia de afrontamiento instrumental, ésta obtuvo niveles significativamente más elevados en los bailarines que buscaron el tratamiento de un médico, frente a los que no lo hicieron.

En la *tabla 6.34* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias de los grupos.

**Tabla 6.34.** Comparación de medias en función de si buscaron tratamiento o no para la lesión del médico, fisioterapeuta, quiropráctico u otro profesional

Buscar tratamiento de:	Variables			P	Medias PD	
	Dependientes	GI	Estadístico		Sí	No
Médico	Instrumental	88	t=2,309	0,023	29,97	26,31
Fisioterapeuta	BDI-II	89	t=2,160	0,033	9,21	12,49
Quiropráctico	Vigor		U=228	0,036	11,40	15,57
	Fatiga		U=237,5	0,049	13,90	9,82
Otro	Fatiga		U=61,5	0,030	17,00	9,96

#### 6.4.3.3. Continuar bailando a pesar de estar lesionados

Los bailarines que continuaron bailando lesionados obtienen puntuaciones más elevadas en la escala de fatiga y menos en el afrontamiento instrumental. En la *tabla 6.35* presentamos los datos de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.35.** Comparación de medias en función de si continuaron bailando o no

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Instrumental	88	t=2,548	0,013	27,40	31,31
Fatiga	85	t=3,418	0,001	11,88	7,27

Entre los bailarines que no continuaron bailando, los universitarios están significativamente más deprimidos según el POMS que los de los centros clínicos ( $t=2,849$ ;  $gI=28$ ;  $p=0,008$ ). En cambio, los bailarines del ámbito clínico obtienen



mayores puntuaciones en la escala de depresión del POMS que los universitarios que continuaron bailando ( $t=2,330$ ;  $gl=55$ ;  $p=0,024$ ). (ver tabla anexo 10)

#### 6.4.3.4. Cuidar la lesión por sí mismo

Los bailarines que se cuidaron la lesión por su cuenta presentan niveles más elevados de fatiga y menores de afrontamiento instrumental y de distracción. En la *tabla 6.36* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.36.** Comparación de medias en función de si cuidaron o no la lesión por su cuenta

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Fatiga	85	$t=2,297$	0,024	12,50	9,24
Distracción	85	$t=1,995$	0,049	23,29	25,81
Instrumental	88	$t=2,831$	0,006	25,71	30,18

#### 6.4.4. Características sobre las consecuencias de las lesiones

##### 6.4.4.1. Sentirse presionados a seguir bailando lesionado

Los bailarines que se sintieron presionados a seguir bailando a pesar de estar lesionados, muestran mayor tensión y más preocupación emocional. En la *tabla 6.37* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.37.** Comparación de medias en función de si se sentían presionados a seguir bailando o no

Variables Dependientes	Gl	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Tensión		$U=535,5$	0,024	14,52	11,52
P Emocional	88	$t=2,604$	0,011	26,58	22,12

#### 6.4.4.2. Miedo a comunicar la lesión al profesor o al director

Los bailarines que tenían miedo de la reacción del profesor o del director al comunicar que estaban lesionados, obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en el BDI-II, en la escala de depresión del POMS, en preocupación emocional y en hostilidad. En la *tabla 6.38* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.38.** Comparación de medias en función de si se sentían miedo al comunicar la lesión al profesor o director

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Depresión		U=622	0,039	16,36	12,21
P Emocional	85	t=2,269	0,026	27,47	23,8
BDI-II	85	t=2,363	0,020	13,03	9,38
Hostilidad	81	t=2,196	0,031	13,08	9,04

#### 6.4.4.3. Replantearse la vida y/o identidad

Los bailarines que se replanteaban sus planes de vida y/o identidad, obtienen un mayor afrontamiento instrumental y una mayor preocupación emocional. En la *tabla 6.39* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y las medias.

**Tabla 6.39.** Comparación de medias en función de si se replanteaban su vida e identidad

Variables Dependientes	GI	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Instrumental	88	t=2,796	0,006	30,23	25,90
P Emocional	88	t=2,534	0,013	26,68	22,50

#### 6.4.4.4. Cambiar de actitud hacia la danza

Los bailarines que cambiaban de actitud hacia la danza a raíz de la lesión muestran mayor preocupación emocional y depresión en el POMS. En la *tabla 6.40* presentamos los resultados de las pruebas estadísticas empleadas y de las medias.

**Tabla 6.40.** Comparación de medias en función de cambios de actitud hacia la danza

Variables Dependientes	G1	Estadístico	P	Medias PD	
				Sí	No
Depresión		U=704,5	0,041	16,05	12,04
P Emocional	88	t=3,512	0,001	28,00	22,70

### 6.5. Servicios Psicológicos

Nos hemos interesado por el uso de los servicios psicológicos que hacen los bailarines y por la necesidad de abordar ciertos temas desde una perspectiva psicológica en la vida, la formación y la carrera de un bailarín.

El 45,7% (43) de los bailarines había consultado con un psicólogo, un asesor o un consejero (*counselor*) alguna vez en su vida sobre problemas profesionales o personales, y el 22,3% (21) había sido diagnosticado de depresión por un médico o un psicólogo. El 51,1% (48) afirmaba poder acceder fácilmente a un psicólogo o consejero a través de la universidad o de la compañía (la mayoría de ellos se referían al psicólogo de la universidad). El 86,7% (78) preferirían un psicólogo o consejero que tuviese un buen conocimiento del mundo de la danza. En el momento de la investigación, sólo el 9,6% (9) de los bailarines estaba recibiendo ayuda psicológica para la lesión. En la tabla 6.41 presentamos la información relativa al uso de los servicios psicológicos para la muestra de bailarines universitarios y de la clínica.

Un número mayor de bailarines del grupo procedente de la clínica que del grupo universitario había sido diagnosticado de depresión ( $\chi^2=5,742$ ;  $gl=1$ ,  $p=0,017$ ). Asimismo, más estudiantes universitarios podían acceder fácilmente al psicólogo en comparación con el grupo de la clínica ( $\chi^2=17,277$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabla 6.41.** *Uso y percepción de los servicios psicológicos en el grupo universidad y clínica*

	UNIVERSIDAD		CLINICA	
	n	%	n	%
<b>Ha acudido alguna vez al psicólogo</b>	19	43,2	24	22,09
<b>Diagnosticada depresión alguna vez</b>	5	11,4	16	32,0
<b>Recibe ayuda psicológica por la lesión</b>	4	9,1	5	10,0
<b>Fácil acceso al psicólogo</b>	32	72,7	16	33,3
<b>Si prefiere psicólogo con buena comprensión del mundo de la danza</b>	38	88,4	40	85,1

En la muestra global, los bailarines indicaban más frecuentemente que se debería abordar el aprendizaje y uso de técnicas de relajación, en segundo lugar y con igual porcentaje se hallan la transición hacia la vida después de la danza y las respuestas emocionales a las lesiones, y en tercer puesto se encuentran los problemas de alimentación. En la muestra del ámbito universitario, las técnicas de relajación vuelve a ser la preferida, seguida de las respuestas emocionales a las lesiones y en tercer puesto y con igual porcentaje el entrenamiento mental y la transición hacia la vida después de la danza. En cambio, los bailarines procedentes del ámbito clínico, señalan más frecuentemente la transición hacia la vida después de la danza, seguido de las respuestas emocionales a las lesiones y los problemas de alimentación. Un mayor número bailarines del ámbito clínico pensaban que era importante abordar psicológicamente el pánico escénico ( $\chi^2=11,982$ ,  $gl=1$ ;  $p=0,001$ ), tener asesoramiento psicológico ( $\chi^2=4,717$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,030$ ) y cursos de psicología en la escuela ( $\chi^2=6,690$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,010$ ), que los bailarines universitarios. En la *tabla 6.42* se presentan los porcentajes y frecuencias de los aspectos que los bailarines consideran que deberían abordarse desde un punto de vista psicológico en la vida de un bailarín.

**Tabla 6.42.** Porcentajes y frecuencias de los aspectos a abordar desde un punto de vista psicológico en la vida de un bailarín

Aspectos a Abordar Psicológicamente	UNIVERSIDAD		CLINICA		GLOBAL	
	n	%	n	%	N	%
Pánico Escénico	6	13,6	23	46,9	29	31,2
Técnicas de Relajación	39	88,6	37	74,0	76	80,9
Entrenamiento Mental (visualización...)	30	68,2	35	70,0	65	69,1
Asesoramiento psicológico	10	22,7	22	44,0	32	34,0
Cursos de psicología en la escuela	5	11,4	17	34,0	22	23,4
Respuestas emocionales a las lesiones	31	70,5	39	78,0	70	74,5
Problemas de Identidad	14	31,8	23	46,0	37	39,4
Problemas Laborales	16	36,4	24	48,0	40	42,6
Problemas en la relaciones personales	16	36,4	16	32,0	32	34,0
Problemas de alimentación	29	65,9	38	76,0	67	71,3
Transición, la vida después de la danza	30	68,2	40	80,0	70	74,5



- 7.1. Sintomatología del BDI-II, BHS, POMS y CHIP
- 7.2. Conductas de los bailarines ante las lesiones
- 7.3. Consecuencias de las lesiones
- 7.4. Factores asociados
  - 7.4.1. Características sociodemográficas
  - 7.4.2. Entrenamiento y profesión
  - 7.4.3. Características de las lesiones
- 7.5. Servicios psicológicos
- 7.6 Reflexiones globales





## Discusión

En este capítulo explicamos y discutimos los resultados más relevantes de nuestra investigación. Dado que uno de los objetivos principales de este trabajo es conocer el perfil de depresión, de desesperanza, del estado de ánimo y de las estrategias de afrontamiento de los bailarines lesionados, empezaremos analizando estos resultados. A continuación centraremos nuestra atención en las conductas de los bailarines cuando están lesionados y las relacionaremos con las puntuaciones de los tests así como con los estudios precedentes. En tercer lugar, nos detendremos para reflexionar sobre las consecuencias de la lesión en los bailarines, principalmente en relación con su identidad. En el apartado dedicado a los factores asociados, mostraremos diferentes aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar la situación específica de un bailarín lesionado. Así, por ejemplo, nos centraremos en las características sociodemográficas, el entrenamiento, la profesión y las características de la lesión. También haremos alusión a la necesidad y el tipo de servicios psicólogos convenientes para los bailarines y a los resultados obtenidos en relación con los profesionales médicos, profesores de danza y en los propios bailarines. Finalizaremos con algunas reflexiones globales relacionadas con los resultados obtenidos y los referentes teóricos manejados.

### 7.1. Sintomatología del BDI-II, BHS, POMS y CHIP

Como vimos en el *capítulo 6* dedicado los resultados, los bailarines de nuestra muestra obtuvieron una puntuación media de depresión dentro de la normalidad según el BDI-II. En concreto, una puntuación directa media de 10,62 y desviación típica de 7,30. No obstante, debemos tener en cuenta que la presencia de grandes desviaciones típicas indica la existencia de variabilidad en las puntuaciones obtenidas. Es decir, que el rango de los resultados obtenidos es muy amplio. Dada la ausencia de estudios sobre la depresión en bailarines lesionados, compararemos nuestros resultados con los

obtenidos en estudios con muestras lo más cercanas posibles. Así, la variabilidad a la que hacíamos referencia se encuentra en línea con los resultados de estudios realizados en atletas lesionados. Por ello, comparamos la puntuación media de 10,62 ( $DT=7,30$ ) del total de los bailarines de nuestra muestra, con las obtenidas en el BDI en atletas lesionados. Dichas investigaciones muestran puntuaciones medias de depresión inferiores, entorno a 7, pero con desviaciones típicas también grandes (Brewer, 1993, Brewer et al., 1995). El estudio de Brewer (1993) que comparaba la sintomatología depresiva en atletas lesionados y no lesionados mostró que su presencia era el doble en los primeros. Sin embargo, la desigualdad en el número de atletas que componía cada grupo nos obliga a ser prudentes en las interpretaciones. Por otro lado, si atendemos a la presencia de sintomatología depresiva medida en el inventario de Beck en global observamos que es superior en nuestros bailarines lesionados que en los atletas lesionados. De todos modos, Mays (1994) midió la depresión con el BDI en bailarines en el periodo de transición hacia otro tipo de carrera y obtuvo una puntuación media de 8,83 ( $DT=8,10$ ). También en este caso la dispersión es elevada, y la puntuación media se halla a medio camino entre la obtenida en atletas lesionados y en nuestra muestra de bailarines. Igualmente el estudio de Ravaldi et al. (2003) hallaron puntuaciones inferiores (el rango de puntuaciones abarca desde los 2 hasta los 10 puntos con una desviación típica de 5,7) en estudiantes femeninas de danza clásica y moderna de escuelas no profesionales de danza al administrar el BDI. Por tanto, podemos concluir que el presente estudio es el que obtiene puntuaciones más elevadas de sintomatología depresiva.

Este resultado se mantiene si atendemos al porcentaje de la muestra analizada con sintomatología depresiva a nivel clínico. Así, si comparamos el porcentaje de atletas lesionados con sintomatología depresiva a nivel clínico mostrado en los estudios de Brewer (2001), Brewer et al. (1995), y Manuel et al. (2002) con el de nuestra muestra de bailarines (31,9%), éste último es más elevado. Tan sólo el estudio de Leddy et al. (1994) obtuvo porcentajes de sintomatología depresiva a nivel clínico superiores. Nuestro estudio ha hallado un porcentaje superior también si lo comparamos con los resultados de L.H. Hamilton (1998), en el que entre el 21% y el 28% de los bailarines

presentaron sintomatología depresiva a nivel clínico. Todo parece indicar, por tanto, que los bailarines lesionados de nuestra muestra presentan mayor sintomatología depresiva a nivel clínico en comparación con los bailarines en general y con los atletas lesionados. No obstante, debemos tener en cuenta las limitaciones que emergen al comparar nuestros resultados con aquellos obtenidos en estudios realizados una década atrás y con muestras diferentes a la nuestra. Por ello consideramos necesario el poder seguir esta línea de investigación y contrastar nuestros resultados con futuros estudios.

Si nos detenemos a analizar los síntomas del BDI-II, destaca la presencia de cansancio o fatiga (64,8%), de agitación (61,5%) y de pérdida de energía y cambios en el patrón del sueño (58,2%). El cansancio y la pérdida de energía han resultado significativas en las investigaciones de Liederbach et al. (1994) y de Liederbach y Compagno (2001), coincidiendo con el momento del inicio de la lesión en los bailarines. También en los atletas lesionados la fatiga y la disminución de vigor ha aparecido antes, durante, y después de la lesión. Asimismo, en nuestros resultados, más de la mitad de los bailarines manifiestan irritabilidad (57,1%), autocríticas (51,6%) y pesimismo (51,1%). La frecuente autocrítica en los bailarines lesionados, puede ser debida a que los bailarines suelen ser perfeccionistas (L.H. Hamilton, 1997a; Diamond, 2007) y este rasgo podría exacerbarse en una situación estresante como es estar lesionado. La irritabilidad es también una manera de mostrar la depresión e incluso la posible frustración ante la lesión. Además, tal y como indica L.H. Hamilton (1997a, 1997b), es importante que los profesionales sanitarios que tratan con bailarines lesionados sepan que una depresión puede estar enmascarada, por ejemplo, por un estado de ánimo irritable.

El 42,9% de los bailarines mostró sintomatología de desesperanza a nivel clínico. No podemos comparar los resultados obtenidos con otras muestras de atletas o bailarines lesionados puesto que las publicaciones que señalan la presencia de desesperanza lo hacen a nivel cualitativo, sin evaluarla con un instrumento psicométrico. Los ítems que con mayor frecuencia señalaron los bailarines se refieren a cuestiones como las dudas sobre las expectativas de logro, incertidumbre sobre el propio futuro y el no tener

tiempo suficiente para realizar todo lo que uno desea. Además, un mayor porcentaje de bailarines del ámbito clínico pensaba que no obtendrían lo que realmente quieren en la vida. Teniendo en cuenta la edad de estos jóvenes que aspiran a bailarines, es comprensible que una lesión pueda incrementar sus dudas sobre sus capacidades para conseguir lo que realmente desean en la vida, especialmente en el ámbito de la danza en el que la vida como bailarín profesional (sobre el escenario) termina a una temprana edad. En cuanto a la incierta visión del futuro, factores como la edad, la profesión a la que aspiran y la mala suerte de estar lesionados pueden estar influyendo en esa percepción.

En relación con el perfil del estado de ánimo de los bailarines lesionados en el POMS, hallamos que 40,22% de ellos presentan PT superiores a 60 en tensión-ansiedad y confusión-desorientación, y aproximadamente entre el 26% y 29% de los bailarines en depresión-abatimiento, fatiga-inercia y cólera-hostilidad. Sólo vigor-actividad apenas llega al 4%. El alto porcentaje de bailarines que obtuvo puntuaciones en tensión-ansiedad parece relacionarse con el elevado nivel de sintomatología de agitación en el BDI- II. Liederbach et al. (1994) y Liederbach & Compagno (2000) hallaron una disminución en el vigor y un incremento en la fatiga en el momento de inicio de la lesión en bailarines profesionales. Asimismo, A.M. Smith et al. (1990) detectaron una disminución del vigor durante el primer mes de los atletas lesionados. Si comparamos nuestras puntuaciones directas del POMS con las obtenidas en investigaciones con atletas lesionados (A.M. Smith et al., 1990, 1993) podemos observar que ambos grupos obtienen puntuaciones similares en tensión-ansiedad, pero los bailarines que parecen estar más fatigados y confusos, presentan mayor vigor, pero menos depresión y hostilidad. Cabe señalar las elevadas puntuaciones de depresión en los atletas lesionados en relación con los bailarines, aunque dichos resultados pueden deberse a características de las muestras. En el caso de los atletas todas las lesiones provocaban una pérdida de tiempo en la actividad, mientras que no fue así en todos los bailarines.

En el perfil de estrategias de afrontamiento en bailarines lesionados las puntuaciones más bajas se han obtenido en el afrontamiento paliativo y las más elevadas en la

preocupación emocional. Concretamente, el 87,64% de los bailarines obtuvo puntuaciones T superiores a 60 en preocupación emocional y sólo el 3,37% en paliativo. Esto es muy relevante ya que es bien sabido que los bailarines a menudo bailan lesionados, y no se toman mucho tiempo para descansar y cuidarse (Hamilton 1997a, 1997b; Krasnow et al., 1994; Mainwaring et al., 2001; Wainwring et al., 2005). Las puntuaciones más elevadas de preocupación emocional están relacionadas con el estrés emocional que siente el sujeto.

En cuanto a las puntuaciones en afrontamiento por distracción e instrumental se hallan en niveles similares. Podría pensarse que los bailarines dedican el mismo esfuerzo a hacer algo activamente por su lesión y a distraerse de las posibles consecuencias de la lesión. No obstante, como hemos mencionado, se cuidan poco y se preocupan mucho (Fortin & Trudelle, 2006). Además, los bailarines del ámbito clínico mostraban mayor afrontamiento paliativo e instrumental que los universitarios. El afrontamiento paliativo obtuvo puntuaciones inferiores a una PT de 40 en 57,14% de los universitarios. Al comparar estos resultados con los de atletas lesionados (Udry, 1997), hallamos que también en éstos las puntuaciones más bajas se sitúan en el afrontamiento paliativo, en cambio, y a diferencia de los bailarines, las puntuaciones más elevadas corresponden al afrontamiento instrumental. Es posible que esta diferencia responda, entre otras variables, a que en el momento del estudio los atletas se hallaban en el proceso de rehabilitación de la operación del ligamento cruzado anterior.

Brewer et al. (1995) comentan que a pesar del relativamente pequeño porcentaje de sujetos que exhibían niveles clínicos de estrés emocional en su estudio, debería remarcarse que este pequeño porcentaje multiplicado por los millones de lesiones atléticas que ocurren cada año, supone un gran número de atletas lesionados con estrés emocional. Además, es posible que los niveles subclínicos de depresión y otras formas de dificultades emocionales afecten negativamente los resultados de la rehabilitación y la recuperación. Nosotros también apoyamos esta tesis, a la vez que reconocemos la necesidad de que los profesionales de la salud que tratan con bailarines lesionados

tengan en cuenta la posible ideación suicida que, aunque no es la más frecuente, puede existir. Tanto L.H. Hamilton & W.G. Hamilton (1991) como A.M. Smith & Milliner (1994) han indicado su presencia en bailarines y atletas lesionados. En nuestro estudio, un 17% (16) de los bailarines señalaron tener pensamientos de suicidio en diversos grados. No obstante, cuando aplicamos los criterios que indican los autores del BDI-II y BHS, el grupo que tiene un riesgo potencial de suicidio se reduce a 12 bailarines. En relación con el estado de ánimo en este pequeño grupo de bailarines, obtuvieron puntuaciones elevadas en comparación con el resto de bailarines en el BDI-II, BHS y en todas las escalas del POMS a excepción de en la del vigor. Nos parece destacable, la muy elevada puntuación en la subescala de confusión que posiblemente está relacionada con que todos los bailarines de este grupo se replanteaban su vida y/o identidad a raíz de la lesión. Merece la pena señalar que a diferencia de lo que sucede con el estado de ánimo, en las estrategias de afrontamiento no muestran diferencias en función del potencial riesgo de suicidio, a excepción de la alta preocupación emocional del. En cuanto a los factores asociados al grupo con un potencial riesgo de suicidio hallamos el sexo femenino, las preocupaciones económicas, el replantearse su vida y/o su identidad a raíz de la lesión y a la presencia de una depresión previa.

Dada la presencia de sintomatología clínica en los bailarines lesionados, nos preguntamos sobre el estado de salud mental previo a la lesión de los mismos. A.M. Smith et al. (1993) indican que la sintomatología parece responder a la lesión y no al estado emocional previo de los atletas lesionados. No obstante, cabe plantearse que, en algunos casos, la salud mental previa juega un papel importante, por ejemplo, la persona podría haber tenido una depresión previa que se hubiese curado o no, que fuese una recaída, o que al estar en una situación de duelo se estuviesen también reactivando otros duelos no acabados de elaborar. En nuestra muestra, el 45,7% había consultado con un psicólogo o consejero (*counselor*) alguna vez en su vida por problemas profesionales o personales y el 22,3% había sido diagnosticado de depresión por un médico o psicólogo. Estos datos están en relación con el estudio de L.H. Hamilton (1998) en el cual halló que entre un 21% y 28% habían sido diagnosticados de depresión y que los hombres estaban afectados en mayor proporción

(20%) que las mujeres (9%) de depresión clínica, así como una mayor preponderancia de bailarines profesionales (19%) frente a los de no profesionales (8%). En nuestro estudio, el porcentaje de bailarines que había sido diagnosticado previamente de depresión era mayor entre los procedentes del ámbito clínico (32%) que entre los estudiantes universitarios (11,4%), lo que confirma que los bailarines profesionales (al menos los que formaron parte de nuestra muestra) pueden estar más deprimidos.

## 7.2. Conductas de los bailarines ante las lesiones

Como ya vimos en el *capítulo 3*, la lesión puede dar paso a diferentes conductas en los bailarines. En este apartado detallaremos las conductas que presentaron los bailarines integrantes de nuestra muestra al tiempo que discutiremos los resultados en relación con el estado de ánimo y con las estrategias de afrontamiento empleadas. Hasta donde nosotros sabemos, no existen estudios que analicen la relación del estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento con la persona a quien comunican su lesión ni cuánto tiempo tardan en hacerlo.

Cuando los bailarines piensan que están lesionados, lo comentan con mayor frecuencia al profesor o amigos, seguido del fisioterapeuta, director y otros. No obstante, los resultados sobre el tiempo que tardan en comunicar la lesión a estas personas parecen apuntar a dos tipos de vías. Por un lado, los bailarines pueden comunicar la lesión en un breve espacio de tiempo (48 horas), lo que hace pensar en lesiones de inicio agudo que precisan atención inmediata e interrumpen bruscamente el estilo de vida del bailarín y que, por lo tanto, son difícilmente ocultables. Por otro lado, si consideramos la media de días transcurridos hasta que comentan la lesión, es de suponer que se guardan el sufrimiento y la incertidumbre sobre la misma hasta que ésta les genera algún impedimento más importante.

Un número mayor de bailarines comunicaron la lesión al profesor en el ámbito de la universidad que en el de la clínica. Es posible que estos alumnos tuvieran que rendir cuentas sobre su asistencia y participación dado que son evaluados por los profesores.

En cuanto al fisioterapeuta, eran los bailarines de la clínica quienes comentaron más la lesión que los universitarios. Esto puede deberse al hecho de que algunas compañías disponen de un acceso más fácil y directo a los servicios asistenciales que los bailarines universitarios. De las cuatro universidades que participaron en nuestro estudio, sólo una de ellas contaba con un fisioterapeuta externo que acudía a la misma con una frecuencia de dos veces por semana.

En la muestra global el número de horas transcurridas hasta comunicar la lesión al profesor presentaba una relación negativa con el nivel de vigor mostrado por los bailarines. Este resultado nos permite reflexionar sobre si los bailarines esperan y guardan la lesión para sí mismos hasta que no pueden ocultarla más y es entonces cuando su estado anímico apenas presenta ya energía. Este dato se relacionaría con la tendencia a ignorar las lesiones y, especialmente, a no hacerlas visibles, no admitirlas, quizá secundado por la frecuente concepción en el mundo de la danza de asemejar las lesiones a equivocaciones (Geeves, 1993). En el mismo sentido, el tiempo trascurrido hasta comunicar la lesión al director se traducía en un menor vigor y una mayor fatiga. Además, cuantas más horas tardaron los bailarines en comunicar la lesión al fisioterapeuta mayor tensión presentaban. Pensamos que el hecho de ser conscientes de estar lesionados y guardarse ese sufrimiento para sí mismo, sin comentarlo con un profesional, puede ser el causante de este elevado nivel de ansiedad y tensión.

Si nos centramos en la muestra del ámbito universitario hallamos que las horas que tardaron los bailarines en comunicar la lesión al fisioterapeuta están relacionadas con una mayor puntuación en el BDI-II. Este resultado nos parece comprensible puesto que el BDI-II evalúa una sintomatología depresiva en la que se incluyen items variados, como los cambios en el patrón de sueño y de irritabilidad, entre otros. Evidentemente, pensamos que cuanto más tiempo transcurra hasta que el bailarín hable de su lesión con un fisioterapeuta mayor repercusión puede generar a nivel anímico. No obstante, nos planteamos si en ciertos casos los bailarines esperan para comentar la lesión al fisioterapeuta cuando ya ha sobrepasado ciertos límites e incide en la esfera del estado de ánimo. De igual manera los bailarines universitarios que más tardaron en comunicar



la lesión a otras personas mostraron una menor presencia de afrontamiento instrumental. Por ello, pensamos que una posible línea de investigación podría explorar hasta qué punto el estado anímico puede estar relacionado con una menor capacidad para afrontar la lesión activamente.

En el ámbito clínico, los bailarines que comunicaron la lesión al director estaban significativamente más deprimidos que aquellos que no lo hicieron, pero el número de horas que tardaron en comunicar la lesión al director se relacionaba negativamente con la preocupación emocional.

En relación con la influencia de las estrategias de afrontamiento en el hecho de comunicar la lesión, los bailarines que comunicaron la lesión al director, a los amigos y al fisioterapeuta presentaron mayor afrontamiento paliativo, es decir, que se cuidaban más. La preocupación emocional mostró puntuaciones más altas en los bailarines que comunicaron la lesión al profesor y también los que comunicaron la lesión al fisioterapeuta.

Los bailarines buscaron más frecuentemente tratamiento del médico y del fisioterapeuta. Estos datos concuerdan con los estudios de Brinson & Dick (1996), Laws (2005), Geeves (1990), Crookshanks (1999), Shah & Weiss (2005), entre otros. En cambio, en el estudio de Geeves (1997) sólo una cuarta parte de la muestra buscó atención médica y en el estudio de Kishida (2006) los bailarines en primera opción se dirigían al masajista y al acupuntor, quizá por la importancia de estas técnicas de tratamiento en Japón. En nuestro estudio, los bailarines que no buscaron tratamiento de un fisioterapeuta presentaron una mayor sintomatología en el BDI-II que los que buscaron un tratamiento fisioterapéutico. Esto nos lleva a reflexionar sobre si los bailarines estaban tan deprimidos que no tenían fuerzas para buscar la ayuda de un fisioterapeuta. Por otro lado, cabe considerar que el hecho de haber buscado ayuda de un fisioterapeuta puede tener un efecto terapéutico a nivel emocional, ayudando quizá a contener ansiedades, a generar confianza y esperanza en la recuperación, lo cual puede influir en una menor sintomatología depresiva. Esta consideración se ve

reforzada por estudios como los de Bone & Fry (2006), Gordon, Potter & Ford (1998), Jevon & Johnston (2003), Moulton et al. (1997), que apuntan a que los fisioterapeutas y *athletic trainers* realizan funciones de apoyo psicológico en atletas lesionados. Además, los bailarines que buscaron tratamiento de un médico frente a los que no lo buscaron obtuvieron niveles de afrontamiento instrumental más elevados.

Es interesante mencionar que los bailarines que buscaron tratamiento del quiropráctico o bien de otro profesional estaban más fatigados que aquellos que no lo hicieron. Además, estos bailarines también presentaron un menor vigor que los que no buscaron tratamiento quiropráctico. Pensamos que la búsqueda de más opciones de tratamiento puede ser debida a que la lesión se ha cronificado, a que no evoluciona suficientemente bien o a una pobre confianza y vinculación con los profesionales.

El hecho de buscar tratamiento y la elección de éste puede deberse a diferentes factores, como las creencias de necesidad u omnipotencia o el pensar si algún profesional le podrá ayudar o no. También es conveniente reflexionar sobre la posible influencia de las personas cercanas a los bailarines, si éstos comentan que están lesionados, y considerar qué reacciones o consejos reciben, tanto de sus compañeros como de sus superiores. El estudio de Fortin & Trudelle (2006) ya apuntaba a que los bailarines suelen buscar información acerca de los profesionales a quienes acudir y cómo cuidar sus lesiones entre sus compañeros bailarines. Cabe pensar especialmente en la influencia que pueden ejercer los profesores y los amigos, tanto para animar a los bailarines lesionados a cuidarse y buscar atención como para favorecer otro tipo de opciones, por ejemplo, para seguir bailando. Además, estas actitudes y las percepciones del bailarín sobre sus necesidades y sobre las posibles reacciones que puedan darse en su entorno ante las lesiones pueden haber influido en que el 64,9% de los bailarines continuase bailando a pesar de notar síntomas que podrían indicar una lesión, y en que el 31,9% decidiese cuidar de la lesión por sí mismos. En relación con el estudio de Laws (2005) en el Reino Unido, en nuestra muestra hemos obtenido resultados algo superiores en los bailarines que continuaron bailado lesionados (64,9%) e inferiores en los que se cuidaron la lesión por sí mismos (31,9%). Por tanto,

nuestros resultados se hallan en la línea del estudio de L.H. Hamilton (1997a) según el cual el 60% de la muestra sólo buscó atención médica cuando no pudo bailar en absoluto y que casi la mitad continuó bailando a pesar de la lesión. Nos parece importante que los bailarines puedan reflexionar sobre los motivos que les han conducido a tomar decisiones como las mencionadas: la de seguir bailando durante más o menos tiempo con una posible lesión. Específicamente, creemos necesario considerar las necesidades, las exigencias y el bienestar de aquellos en quienes estaban pensando los bailarines lesionados; prestar atención al criterio y al conocimiento según los cuales decidieron cuidarse la lesión por sí mismos; pensar en qué temores, ansiedades, sacrificios y renunciaciones estaban en juego para no comunicar la lesión hasta pasadas dos semanas, o para buscar o no un tratamiento profesional e incluso valorar si quizá, en algunos casos, la decisión fue tomada por omisión o negación de las posibles consecuencias de la lesión.

Crookshanks (1999) ya hizo notar que los bailarines tienen *tempos* diferentes en lo que se refiere a acudir a un profesional sanitario. Además, señala que obtener un tratamiento adecuado pronto se traduce en una mejor recuperación. Nuestros resultados muestran una gran dispersión en el tiempo que los bailarines han necesitado para acudir a un profesional. En la muestra global de bailarines las horas que tardaron en buscar un tratamiento ya sea de un médico, de un fisioterapeuta o de un quiropráctico se relaciona negativamente con el estilo de afrontamiento paliativo. Es decir, que cuanto más tiempo tardaron en buscar un tratamiento menos afrontamiento paliativo presentaron estos bailarines. Esto puede traducirse en que los bailarines tardan en acudir al médico y en cuidarse, y en que sólo lo hacen cuando los síntomas interfieren de manera acusada en su actividad profesional (L.H. Hamilton, 1997a, 1997b). No obstante, cabe señalar que en relación con los estudios de A.M. Smith et al. (1990) y de Lai et al. (2006) parece que los bailarines de nuestra muestra se demoraron excesivamente en buscar el tratamiento de un profesional.

Los bailarines que continuaron bailando aún estando lesionados estaban más fatigados y presentaban menor afrontamiento instrumental. Si nos fijamos en los bailarines que

no continuaron bailando al estar lesionados, los universitarios estaban más deprimidos según el POMS que los de los centros clínicos. En cambio, los bailarines que continuaron bailando a pesar de la lesión fueron los del ámbito clínico, y estaban más deprimidos que los universitarios. Es sugerente poner estos resultados en relación con la pasión obsesiva, que según Rip et al. (2006) se asocia con el no cesar de bailar para reposar y consecuentemente, con una cronificación de las lesiones.

Los bailarines que cuidaron la lesión por su cuenta presentaron mayor fatiga, menor afrontamiento instrumental y menores estrategias de distracción.

### **7.3. Consecuencias de las lesiones**

Una lesión física repercute en la vida de cualquier persona, esto es especialmente así en el caso de los bailarines. Es decir, que cuando los bailarines están lesionados se ven obligados a tomar una serie de decisiones referentes a su vida más inmediata. Una de las primeras decisiones puede ser si comunicarán la lesión al profesor o al director, cómo y cuándo. Si nos detenemos a pensar en los bailarines lesionados, son varios los factores que pueden estar influyendo en la negación, la no aceptación de la lesión o incluso en el hecho de no comunicarlo. Es posible que los bailarines tengan miedo de comunicar su lesión a profesores o directores. En nuestro estudio, el 42,2% de los bailarines que tenían miedo de la reacción del profesor o director al comunicar que estaban lesionados obtuvieron puntuaciones más elevadas en el BDI-II, en la escala de depresión del POMS, en preocupación emocional, y en hostilidad. Parece que en un ámbito exigente como es el mundo de danza se vive la lesión con culpabilidad y los bailarines que tienden al perfeccionismo se avergüenzan de haber fracasado ante los demás. Además, la hostilidad puede indicar tanto la rabia de reconocer sus propias limitaciones, la tristeza subyacente y el dolor en relación a la respuesta obtenida por el director o profesor que, como mencionan Geeves (1993) y L.H. Hamilton (1998), entre otros, no es siempre la más adecuada. Por ello, nos planteamos cómo es posible que los bailarines que ya están sufriendo debido a la lesión deban preocuparse en ocasiones por la forma en que los demás reaccionarán. Asimismo, cabe considerar si los

bailarines saben comunicar su malestar y su dolor, o si están tan acostumbrados a no quejarse que incluso en un momento como éste no logran hacer entender a los demás su sufrimiento y acaban sintiéndose aún más solos.

Otra importante decisión implica optar por continuar bailando o no una vez lesionado. El 71,3% de los bailarines se sintió presionado a seguir bailando a pesar de estar lesionado, y mostró mayor tensión y más preocupación emocional. De las respuestas a las preguntas abiertas se desprende que esta presión podía ser tanto por decisión propia como por comentarios y presiones externas, por ejemplo, de los profesores. Parece razonable que cuando los bailarines se sienten presionados y bailan, aún sabiendo que están lesionados, presenten mayor tensión-ansiedad y estén más preocupados.

Además, el 66% de los bailarines se replanteó sus planes de vida y/o su identidad. Éstos mostraban significativamente un mayor afrontamiento instrumental y una mayor preocupación emocional. El 46,8% cambió de actitud hacia la danza a raíz de la lesión, y mostró una mayor preocupación emocional y una mayor depresión en el POMS. Mientras que un 43,6% asumió otro rol en el campo de la danza. Pensamos que estos resultados están relacionados con la crisis de identidad y el proceso de duelo de los bailarines lesionados (Tizón, 2004).

#### **7.4. Factores Asociados**

Los resultados obtenidos también indican que varios factores determinan la magnitud y la duración de las respuestas emocionales en los bailarines lesionados. A continuación comentamos los factores que nos parecen más relevantes y que deberían tenerse en cuenta a la hora de evaluar y tratar con bailarines lesionados ya que pueden tener un rol importante en el bienestar del bailarín y en el proceso de rehabilitación.

#### **7.4.1. Características sociodemográficas**

En cuanto a las características sociodemográficas, destacamos la preponderancia de mujeres frente a hombres, de estadounidenses frente a otras nacionalidades, de la raza caucásica y de bailarines solteros. Estos resultados generales concuerdan con trabajos previos como el de Rannou & Roharik (2006).

La edad de los bailarines se relaciona con el afrontamiento instrumental. Así, a medida que los bailarines se hacen mayores, parecen emplear más estrategias destinadas a aliviar el malestar asociado a su lesión mediante actividades como conocer más sobre ella y/o escuchar el consejo de profesionales sanitarios. Brewer et al. (1995) hallaron que la edad se asociaba negativamente con la alteración emocional posterior al inicio de la lesión, dato que concuerda con los resultados de A.M. Smith et al. (1990), según los cuales los jóvenes eran los que más sentimientos de hostilidad sentían y sugiere que los atletas de mayor edad afrontan mejor los efectos emocionales de las lesiones. Asimismo, en nuestro estudio las bailarinas del ámbito clínico, cuya media de edad es mayor, mostraron más afrontamiento instrumental que las universitarias. Al no haber hallado diferencias para el factor sexo pensamos que se reafirma que la edad puede influir en el afrontamiento instrumental. En cambio, en el grupo procedente del ámbito universitario, la edad de los bailarines mantenía una relación positiva con la fatiga. Podríamos suponer que aquellos bailarines de mayor edad –en principio de los cursos superiores- manifiestan una mayor fatiga, dado que en los últimos cursos aumenta la exigencia por parte del programa, de los profesores y de ellos mismos, ya que tienen que luchar por terminar favorablemente sus estudios, encontrar trabajo, y realizar audiciones, entre otras cosas.

Los bailarines de nacionalidad no estadounidense presentaban una mayor depresión, una mayor confusión y un mayor afrontamiento paliativo que los estadounidenses. Además, dentro del grupo de bailarines estadounidenses, los universitarios estaban más fatigados y confusos que los del ámbito clínico. Pensamos que es sugerente reflexionar sobre los efectos que la emigración puede causar en la vida de la personas y

especialmente en los bailarines por la elevada probabilidad de cambiar de país que existe en esta profesión. Es bien conocido que muchos de los bailarines españoles desarrollan su actividad profesional en compañías de diferentes países. Es innegable el proceso de adaptación que ocasiona cambiar de país y las renunciaciones que realizan para lograr su objetivo. No obstante, el esfuerzo puede compensar a muchos bailarines si a cambio tienen la oportunidad de hacer aquello que más desean: bailar. Este escenario de ilusión y de un futuro prometedor en un nuevo país puede verse truncado cuando éstos bailarines se lesionan. Cabría pensar hasta qué punto se puede reactivar el duelo de la emigración, quizá no completamente elaborado, de manera que las lesiones les hagan plantearse si el esfuerzo de cambiar de país ha valido la pena, así como sentir que la distancia geográfica les impide poder recibir el apoyo social y familiar en la misma medida.

Múltiples estudios concluyen que el apoyo social apropiado es un factor importante en lo que respecta a la prevención de las lesiones en bailarines (Noh, 2005; Patterson et al., 1998). Diversos investigadores explican que los atletas lesionados que perciben tener el apoyo social apropiado de personas significativas para ellos (familia, entrenadores, compañeros, etc.) se ajustan emocionalmente mejor a la lesión y a la rehabilitación (Udry, 2001). La carencia de apoyo social y los sentimientos de soledad hacen que el proceso de rehabilitación sea más duro. Adam et al. (2004) hallaron una correlación negativa entre la obtención del apoyo social apropiado en bailarines que habían estado lesionados y el tiempo que tardaron en recuperarse. En un estudio previo (Sanahuja-Maymó et al., 2006) encontramos que tener el apoyo social apropiado del padre se traducía en niveles inferiores de hostilidad y fatiga. Asimismo, observamos una menor desesperanza en individuos que recibían el apoyo apropiado de la pareja en comparación con aquellos que no tenían pareja o en los que el apoyo recibido no era apropiado.

### 7.4.2. Entrenamiento y profesión

En relación con el entrenamiento de los bailarines, cabe destacar que las grandes desviaciones típicas que se observan en la edad de inicio a las clases de danza y de un entrenamiento serio se deben probablemente a la heterogeneidad de la muestra en cuanto a lo que a estilos de danza y al diferente género de los bailarines. El ballet clásico es el estilo de danza que requiere un inicio más temprano en comparación con la danza contemporánea, el jazz u otros. Los bailarines masculinos suelen iniciarse más tardíamente en la danza (L.H. Hamilton, 1998) lo que concuerda con nuestros resultados. Además, los bailarines del ámbito universitario iniciaron las clases de danza y el entrenamiento en serio a una edad más temprana que los del ámbito clínico.

En la muestra global de bailarines y en la del ámbito clínico, la edad de inicio de las clases de danza se relaciona positivamente con las puntuaciones de afrontamiento paliativo. Asimismo, en los bailarines del ámbito clínico, la edad de inicio de un entrenamiento serio se relaciona positivamente con la hostilidad, la confusión y el afrontamiento paliativo.

De la cantidad de horas de clases y ensayos que los bailarines realizan, se desprende el intenso horario de trabajo que sostienen. A pesar de que algunos bailarines no pudieron contestar las preguntas acerca de las actuaciones u horas formativas en danza debido al cambio que la lesión había supuesto para sus vidas, podemos observar diferencias significativas. Una mayor parte de bailarines universitarios tienen más clases de danza diariamente y una menor frecuencia de las semanas anuales de actuación que los del ámbito clínico. Este dato es coherente si tenemos en cuenta que los bailarines están enmarcados en un contexto educativo que necesariamente debe incidir en la formación. Además, la alta carga de clases en los estudiantes universitarios puede favorecer que un menor grupo de ellos practique otro tipo de actividad física aparte de la danza así como que tengan menos experiencia profesional que los bailarines del ámbito clínico.



Anteriormente a la presente lesión, los bailarines tomaban una media de casi 3 clases de danza diariamente, las horas de ensayo semanales ascendían a una media de 11,29 y las semanas anuales de actuación a una media de 13,10. Dentro de los bailarines que tenían entre 3,5 y 7 horas de clase diarias, los universitarios mostraban mayores niveles de fatiga que aquellos del ámbito clínico.

En la muestra global los bailarines que ensayaban durante más de diez horas por semana presentaron un menor afrontamiento paliativo y por distracción que aquellos que ensayaban hasta diez horas semanales. Además, el número de horas de ensayo semanales se relacionó negativamente con el estilo de afrontamiento por distracción y el número de semanas anuales de actuación se relacionó positivamente con el afrontamiento instrumental.

Vemos lógico que los bailarines universitarios tuviesen menos semanas anuales de actuación que los de la clínica dado que se hallan en un contexto educativo. Además en los universitarios el número de semanas anuales de actuación se relacionó positivamente con la fatiga, la preocupación emocional y el afrontamiento instrumental.

En el ámbito de la clínica, el número de horas de ensayo semanales se relacionó negativamente con el estilo de afrontamiento por distracción.

A medida que aumenta el número de horas semanales de ensayos, disminuye el uso de estrategias destinadas a eliminar la preocupación por la lesión. Por lo tanto, cuantas más horas semanales de ensayo realicen los bailarines, parece que la profesión está más enraizada en su identidad como bailarín profesional y, por lo tanto, el impacto emocional es mayor y la capacidad para la distracción menor.

Además, los bailarines del ámbito universitario estaban en su conjunto más cansados que los de la clínica. Específicamente, los universitarios que tenían más clases diarias también estaban más fatigados que los que realizaban un mayor número de clases

diarias en el ámbito clínico. Es sugerente relacionar este dato con los comentarios de los bailarines como *No recibir clase o no bailar afecta a mis notas y no quiero arriesgar en tiempo, actuaciones, etc.* que se incluye en la *tabla 1* del anexo 9.

La muestra global no presenta diferencias en las variables dependientes en función del número de estilos de danza a los que se dedicaban. No obstante, los bailarines del ámbito universitario que se dedicaban exclusivamente a 2 estilos de danza presentaron mayores niveles de desesperanza (BHS), de fatiga, y de confusión que los del ámbito clínico que se dedicaban sólo a 2 estilos de danza. Se podría argumentar que aquellos bailarines que se dedican más intensamente a pocos estilos de danza pueden sentirse más confundidos, desesperanzados y fatigados precisamente al no haber pensado en otras actividades y alternativas previamente e invertir todos sus esfuerzos en un ámbito muy específico. Además, los bailarines universitarios que practicaban mayor número de estilos obtenían correlaciones negativas con la desesperanza, la depresión (POMS), la confusión, y la preocupación emocional. Mainwaring (2006) señala que invertir toda la identidad en la danza puede conllevar problemas de autoestima. Esto concuerda con los resultados de los bailarines universitarios que practican hasta 2 estilos de danza. Además, en función de la joven edad de estos bailarines universitarios se esperaba que pudiesen explorar otros intereses y actividades. Sin embargo, como han señalado L.H. Hamilton (1999), Lee (1995, 2001) y Buckroyd (2000) durante la adolescencia los bailarines no suelen tener la oportunidad de explorar otros diversos intereses e identidades. Pensamos que cuando esta fase evolutiva no ha podido completarse, el grado de confusión puede ser mayor al perder prácticamente su única fuente de placer y seguridad. Además, en nuestro estudio previo (Sanahuja-Maymó et al., 2006) hallamos que los bailarines universitarios que sólo se dedican a 2 estilos de danza y los que no realizaban otro tipo de ejercicio a parte de la danza estaban más deprimidos. Pudimos observar que aquellos bailarines que invierten más fuerzas y se centran en un ámbito muy concreto muestran síntomas depresivos y de desesperanza al lesionarse que aquellos que reparten su tiempo y esfuerzo en diferentes actividades físicas y estilos de danza.

En cambio, en los bailarines del ámbito clínico que se dedican a más de 2 estilos, hemos hallado resultados opuestos ya que presentaban mayores niveles de desesperanza (BHS), de depresión (BDI-II y POMS), de fatiga, de confusión y de preocupación emocional que los universitarios que se dedicaban a más de 2 estilos de danza. El número de estilos se relaciona positivamente con la desesperanza, el BDI-II, la confusión y la preocupación emocional. En cuanto a los bailarines de la clínica, cabe señalar que practicar más de 2 estilos de danza a nivel profesional no suele ser lo más común. Habitualmente los bailarines se especializan en una o dos técnicas. Por ello, pensamos que los bailarines que bailan a tiempo parcial, pueden estar todavía probando diferentes técnicas de danza y quizá estar algo más desorientados, sobre todo al lesionarse y ennegrecer las perspectivas de obtener trabajo.

El 57,6% de los bailarines tenía experiencia como bailarín profesional y presentaba un menor nivel de confusión que los que no tenían experiencia profesional. Los bailarines sin experiencia profesional tienen que afrontar la posible pérdida de su carrera en danza y por lo tanto cabe la posibilidad de que estén ante una crisis de identidad así como que se estén cuestionando su futuro debido a la lesión. Además, se han lesionado en un momento en el que todavía no han podido probarse profesionalmente. Pensamos, como apunta Hamilton (1997a, 1997b), que los bailarines deben ajustarse a cómo los demás les miran cuando están lesionados y en si serán considerados bailarines a pesar de ello. Asimismo, los años de experiencia profesional se relacionan negativamente con el vigor y positivamente con el afrontamiento instrumental. Pensamos que la experiencia profesional puede estar jugando un doble papel, puesto que esta misma experiencia puede haber sido testigo de diversas lesiones (lo que puede generar falta de energía) y a su vez, haber permitido un aprendizaje de cómo manejar las lesiones, ya que A.M. Smith et al. (1990) sugieren que los atletas mayores presentan una menor hostilidad.

Además, el 71% de los bailarines realizaba otro tipo de ejercicio aparte de danza, principalmente pilates y ejercicio cardiovascular. Significativamente, más bailarines de la clínica realizaban otro tipo de ejercicio que en el ámbito universitario. Los bailarines

que no lo hacían presentaron mayores niveles de desesperanza que los que realizaban otro tipo de ejercicio físico a parte de danza. Los resultados en este caso también aluden a la restricción de actividades como un elemento negativo. Pensamos que tanto limitarse a un único estilo de danza como no realizar otro tipo de ejercicio son factores a tener en cuenta cuando los bailarines están lesionados, puesto que pueden incidir negativamente en la vivencia de ellos mismos y del futuro. Además, son múltiples las investigaciones (Doreste & Massó, 1989; Koutedakis & Sharp, 1999) las que han señalado los beneficios del *cross training*, es decir, de completar el entrenamiento en danza con otros de carácter cardiovascular u otros deportes, tanto en el rendimiento de los bailarines como en la prevención y recuperación de las lesiones. En la misma línea de abrir el foco de atención e interés, algunos coreógrafos y directores animaban a los bailarines a interesarse por otras actividades artísticas, por ejemplo, ir a un museo, durante el proceso de recuperación de la lesión.

El 67,4% de los bailarines presenta preocupaciones económicas hasta el punto de que el 52,2% declararon necesitar otro trabajo para poder subsistir económicamente. Además, la precariedad económica, puede ser un impedimento para la obtención de tratamiento médico y/o psicológico adecuado cuando los bailarines están lesionados, especialmente en los Estados Unidos, donde la sanidad no está subvencionada por el estado. Cabe destacar que a pesar que todos los universitarios, a excepción de dos personas que no respondieron esta pregunta, tenían algún tipo de seguro médico, eran frecuentes las quejas que nos transmitían por la poca cobertura de su seguro en cuanto a sesiones de fisioterapia, entre otras cosas. Además, los bailarines que no pueden acceder a un servicio especializado en la medicina de la danza a menudo acuden al servicio de urgencias del hospital local, y después de haber sido radiografiados es posible que les pongan un yeso en el caso que tengan una fractura. Si por el contrario no presentan ninguna fractura, lo habitual es que no se les preste mayor atención y que se les proporcione poca información sobre el cuidado que deberían tener para la rehabilitación y la recuperación de las lesiones en partes blandas y sobre la recuperación del resto del cuerpo (Lewis, 1998).

El panorama es diferente para los bailarines del ámbito clínico, puesto que 31,2% no tenían ningún tipo de seguro médico y en el 43,8% la economía había interferido en la obtención de tratamiento médico y/o psicológico. Este dato es un tanto alarmante si tenemos en cuenta que la salud física y mental de los bailarines es esencial para su profesión puesto que su instrumento de trabajo es su propio cuerpo. No es de extrañar que las preocupaciones económicas repercutan en un mayor nivel de desesperanza (BHS) y en un menor vigor. Cuando el factor económico interfería en que los bailarines pudiesen obtener tratamiento médico y/o psicológico, los bailarines presentaban un nivel mayor de desesperanza (BHS) y de confusión que los bailarines que no se enfrentaban a esta dificultad. Por ello, creemos que en un panorama ideal todos deberían tener acceso a atención médica y psicológica considerando las presiones físicas y psicológicas con las que deben convivir. Además consideramos sumamente importantes los programas de rehabilitación y de prevención de lesiones desde la fisioterapia y el correcto trabajo técnico como los que ofrece el Harkness Center for Dance Injures.

#### **7.4.3. Características de las lesiones**

En los bailarines de nuestra muestra, el porcentaje de lesiones por sobrecarga (57,8%) es superior al de las producidas por un inicio agudo (42,2%). La mayor representación de lesiones de inicio insidioso concuerda con las investigaciones previas (Bronner et al., 2003; Caine & Garrick, 1996). No obstante cabe mencionar que el elevado porcentaje de lesiones de inicio agudo puede ser debido al proceso de selección de los bailarines voluntarios, y a que no se trata especialmente de un estudio epidemiológico sobre las lesiones. Los bailarines con lesiones de inicio agudo presentaron un mayor afrontamiento instrumental que los que sufrieron lesiones de inicio por sobrecarga.

Los atletas que sufren lesiones agudas pueden explicitar más fácilmente las causas de sus lesiones, lo cual les puede ayudar a afrontar más eficientemente las reacciones psicológicas así como a dirigir sus esfuerzos hacia la rehabilitación. Por el contrario, los atletas que han tenido que soportar molestias durante un periodo prolongado de

tiempo pueden estar en peligro de experimentar dificultades psicológicas o reacciones emocionales cuando el dolor se convierte en intolerable. Los atletas que sufren lesiones agudas pueden no estar preparados para afrontar el dolor asociado y sus consecuencias, aunque pueden adaptarse rápidamente a las fuentes de afrontamiento que incluye el apoyo social. Los atletas con lesiones por sobrecarga a menudo se acostumbran a las molestias y a ignorar y no dar importancia al dolor. Asimismo, las personas del entorno social de los atletas pueden tener mayor dificultad para reconocer y responder a aquellas lesiones por sobrecarga que el atleta ha sido capaz de manejar adecuadamente por sí mismo durante un periodo largo de tiempo (Kerr & Miller, 2001) Según algunos estudios en psicología del deporte, es más probable que los atletas experimenten estrés emocional cuando las lesiones son agudas y, por lo tanto, estas suelen recibir más atención psicológica (Brewer et al., 1995; Brewer, 2001).

En cuanto a la localización de la lesión, nuestros resultados se hallan en línea con otras investigaciones sobre lesiones de bailarines, ya que la mayoría de las lesiones (73,3%) se localizó en las extremidades inferiores, seguidas por la columna (20%) y las extremidades superiores (6,7%). Asimismo, de manera congruente con el estudio de Morton & Cassidy (2006), el pie o el tobillo, seguido de la rodilla, resultaron las localizaciones más frecuentes en las extremidades inferiores.

Los bailarines que consultaban por primera vez al médico debido a la lesión presentaban mayores niveles de tensión, depresión, hostilidad, fatiga y confusión en el POMS que los que ya habían consultado previamente por la misma lesión. Nos parece importante la diferente reacción entre los bailarines que consultaban por primera vez al médico debido a la lesión y aquellos que ya habían consultado previamente, puesto que ilustra la manera en que el bailarín llega a la consulta del profesional médico con todos sus miedos, tensiones, incertidumbres, etc. y nos hace pensar en la importancia de que el profesional que atiende al bailarín pueda hacerse cargo de la estresante situación que supone asistir a la primera consulta por una lesión.

Los atletas que se lesionan por primera vez pueden no estar familiarizados con el dolor y las molestias asociadas a la lesión y a su reducida la movilidad. Puede que se muestren inseguros o inciertos sobre el pronóstico de la lesión y el proceso de rehabilitación. Además, estos atletas pueden cuestionar su habilidad a la hora de recuperarse de la lesión y la probabilidad de volver al nivel previo de rendimiento. Sin el conocimiento de la lesión y del proceso de rehabilitación y sin un éxito previo en recuperarse de ella, los atletas lesionados por primera vez pueden experimentar mayor miedo y una mayor ansiedad que los atletas que se han lesionados varias veces (Kerr & Miller, 2001). De hecho Johnson (1996) halló que los atletas lesionados por primera vez experimentaban dificultades psicológicas después de lesiones de larga duración las cuales incluían una menor confianza y un mayor estrés durante el periodo de rehabilitación, así como un estado de ánimo alterado en comparación con atletas que habían sufrido varias lesiones. Kerr & Miller (2001) piensan que es importante la información en relación con la anatomía de la lesión, las restricciones en el movimiento, tanto esperadas como impuestas, y los protocolos en el proceso de rehabilitación, así como reasegurar al atleta sobre la efectividad de la fisioterapia y de la importancia de adherirse al programa de rehabilitación. En el otro punto del espectro, los atletas que han sufrido múltiples lesiones pueden estar afectados por las experiencias previas, tanto negativa como positivamente. Los atletas con una historia de un trauma físico o psicológico a raíz de una lesión deportiva al igual que aquellos con pocas estrategias de afrontamiento o que están desanimados por programas de rehabilitación en el pasado pueden tener mayor riesgo de respuestas emocionales negativas (Kerr & Miller, 2001).

Además, en el caso de los bailarines y como apuntan diversos autores (Hamilton 1997a, 1997b; Krasnow et al., 1994; Mainwaring et al., 2001), es esencial que el profesional sanitario comprenda las dinámicas psicosociales del mundo de la danza ya que, en el caso contrario, los bailarines pueden sentirse incomprendidos y rehusan a consultar.

Investigadores en psicología del deporte han encontrado diferencias en los estilos de afrontamiento en atletas que se lesionaban por primera vez y en aquellos que ya habían sufrido una lesión con anterioridad (Johnson, 1996; Kerr & Miller, 2001). Nuestros resultados, sin embargo, no han mostrado distinción alguna por este motivo. Esto no significa que los bailarines experimenten todas las lesiones de la misma manera, sino que otros factores personales y situacionales también entran en juego. Para un pequeño porcentaje de los bailarines (23,6%), ésta era la primera lesión que sufrían, mientras que el 76,4% restante habían sufrido anteriormente al menos una lesión. Este dato concuerda con los estudios que indican que la mayor parte de los bailarines sufre al menos una lesión durante su formación y/o carrera (o incluso más de una), y apuntan a la vulnerabilidad y/o resiliencia, factores de riesgo en ciertos bailarines. Por ejemplo, varios estudios indican que un porcentaje de bailarines padece múltiples lesiones a lo largo de su carrera, lo que nos hace pensar en la predisposición de algunas personas a lesionarse ya sea por motivos físicos o psicológicos (Caine & Garrick, 1996; Mayers et al., 2003).

Los días transcurridos desde el inicio de la lesión se relacionan positivamente con la escala de tensión en la muestra global y en los bailarines del ámbito clínico. Este último grupo se relaciona negativamente con el vigor. A medida que incrementa la duración de la lesión, se obtiene una mayor tensión (A.M. Smith et al., 1990) y un menor vigor. Hemos encontrado (Sanahuja-Maymó et al., 2006), que los bailarines universitarios lesionados estaban más deprimidos durante el primer mes tras el inicio de la lesión. Manuel et al. (2002) encontraron que el porcentaje de atletas lesionados y deprimidos fue disminuyendo a lo largo de 12 semanas.

Nos interesó también destacar que, a pesar que la danza es un arte caracterizado por la repetición de movimientos (lo cual conlleva un desgaste de los músculos y otras partes corporales), no todas las lesiones que padecen los bailarines son directamente atribuibles a la práctica de la danza. El 20,2% de los bailarines indicó que sus lesiones habían acaecido al realizar otro tipo de ejercicio o bien de manera accidental. No obstante, es posible que en algunos casos, la intensa actividad en danza ya hubiese



desgastado ciertas partes de la anatomía del bailarín y finalmente la lesión hubiese ocurrido en otro contexto. De todas formas, que la lesión no haya tenido lugar en el contexto de la danza, no minimiza sus efectos físicos ni emocionales. Es más, Wulff (2001) observó que los bailarines con lesiones no relacionadas con la práctica de la danza sentían que era aún peor puesto que ni tan siquiera había ocurrido bailando. Asimismo, los bailarines otorgan diferente importancia a las lesiones en función de si ocurren durante una actuación, durante un ensayo o en clase (Wulff, 2001). En nuestro estudio, 19 bailarines se lesionaron en clase, 17 en ensayos y 10 en actuaciones, el resto no lo especificaron.

La larga evolución de las lesiones nos hace pensar en el largo proceso de rehabilitación y en el posible malestar físico y psicológico, además de cómo éste repercute en áreas como la pérdida del trabajo, las preocupaciones económicas, etc. En nuestro estudio, la mayor parte de las lesiones eran de evolución crónica (45,7%), seguidas de las agudas (39,1%) y de las subagudas (15,2%). Cabe recordar que al tratarse de una investigación transversal no podemos saber la evolución final de las lesiones. La elevada presencia de lesiones crónicas concuerda con el hecho de que los bailarines suelen ignorarlas y tardan en acudir al médico. Es posible que hayan esperado demasiado tiempo para buscar asistencia médica y que las lesiones se hayan cronificado. La evolución no influyó en las variables dependientes en la muestra global. No obstante, los bailarines procedentes de los centros clínicos que presentaban lesiones de evolución crónica, presentaban mayores niveles de depresión según el BDI-II que los bailarines universitarios con el mismo tipo de evolución. El estudio de Shuer & Dietrich (1997) sobre atletas lesionados ha evaluado los efectos psicológicos de las lesiones crónicas en atletas de élite y concluye que no han de infravalorarse los niveles de estrés presentes.

Además de las lesiones cronificadas, se producen lesiones serias que incluso requieren de una intervención quirúrgica (14,3%) que obviamente precisan de un largo proceso de recuperación. En el 36,7% de los casos, los bailarines precisaron de algún soporte físico adicional como puede ser el uso de muletas o un cabestrillo. Los bailarines que

precisaban un soporte físico adicional debido a la lesión presentaban mayor preocupación emocional que los que no lo empleaban. Entre el grupo de bailarines que precisaba de algún soporte adicional debido a su lesión, los universitarios mostraban mayor nivel de tensión y confusión en comparación con los de los centros clínicos. Los instrumentos de soporte físico durante el periodo de rehabilitación limitan la libertad y el rango de movimiento de los bailarines. Además, hacen que la lesión sea más visible, tanto para los demás como a ellos mismos. Entre los universitarios que precisan un soporte adicional (Sanahuja-Maymó et al., 2006) hallamos una mayor depresión, una mayor tensión, un mayor enfado y una mayor confusión, además de un mayor nivel de preocupación emocional que en aquellos que no los necesitan.

En el momento en que se llevó a cabo la investigación, la lesión afectaba el entrenamiento (clases y ensayos) de los bailarines en diferentes grados. El 27,7% tuvo que dejar de entrenar completamente, el 38,3% podía entrenar parcialmente y 34% seguía entrenando a tiempo completo. El grado en que la lesión afectaba al entrenamiento de los bailarines repercutió en una mayor depresión, una mayor preocupación emocional y un menor vigor. Los bailarines que se vieron obligados a dejar de entrenar completamente obtuvieron puntuaciones más elevadas de depresión en el POMS. Además también obtuvieron un menor vigor y una mayor preocupación emocional.

En cuanto a la posibilidad de actuación, el 32,6% tuvieron que cesar de actuar completamente, el 31,5% podía actuar parcialmente y 35,9% estaba actuando a tiempo total. En este caso, la repercusión de la lesión en las actuaciones incrementaba a la preocupación emocional y el afrontamiento por distracción, a la vez que disminuía el vigor.

Los bailarines que pueden tomar clases y ensayar a tiempo completo se deprimían menos que los que sólo podían hacerlo parcialmente o no podían hacerlo en absoluto. Probablemente, poder bailar es un factor que ayuda a que el bailarín recupere o mantenga su identidad como tal, y evita que experimenten una sintomatología

depresiva más extrema. Además, debemos tener presente que los bailarines que entrenan o bailan a tiempo parcial o incluso a tiempo completo no necesariamente están en las condiciones óptimas para hacerlo. Es decir, y como se desprende de las preguntas abiertas, algunos bailan a pesar de saber que no deberían hacerlo. Por ejemplo, en el *apéndice 9* se recoge el comentario de una bailarina que afirma: *Me encanta bailar y me empujaré a mi misma para continuar.*

La afectación del entrenamiento y la afectación de las actuaciones difieren en los grupos de la universidad y del ámbito clínico respectivamente.

Los resultados obtenidos muestran que las lesiones afectaban a las clases, los ensayos y las actuaciones en diferentes grados, pero prácticamente se repartían a partes iguales entre los que cesaban la actividad completamente, los que continuaban bailando parcialmente y los que bailaban a tiempo completo. Si observamos detalladamente, los datos muestran que los bailarines que dejan de bailar completamente son una minoría en relación con los que continúan haciéndolo, ya sea de manera parcial o completa. Este dato concuerda con la presencia de bailarines lesionados que continúan bailando (Crookshanks, 1999; Gevees, 1990, 1997; L.H. Hamilton, 1998). Además, un porcentaje significativamente menor de bailarines del ámbito universitario dejó de bailar completamente. Consideramos la posibilidad de que este resultado tenga relación con las diferentes presiones a las que están sometidos, entre ellas la de poder ir a las clases y aprobar los exámenes. A pesar de que en el momento de la investigación, la minoría continuaba sin bailar, el 65,2% del total de bailarines estuvo algún tiempo sin bailar debido a la presente lesión, lo que indica que el 34,8% no se tomó un tiempo para reposar aún siendo necesario. El conjunto de estos datos apoya también la necesidad de definir no sólo a las lesiones en función del tiempo que les obligan a dejar de bailar, sino también en función de la pérdida de funciones. El número de días que los bailarines no pudieron bailar abarca un rango muy amplio aunque los universitarios, como media, parecen haber estado menos días que los del ámbito clínico.

El 65,2% de los bailarines que tuvieron que dejar de bailar durante un tiempo obtuvieron puntuaciones más altas en afrontamiento paliativo, instrumental y preocupación emocional, que los que no dejaron de bailar.

Un mayor número de bailarines del ámbito de la clínica en comparación con los del ámbito universitario tuvo que dejar de bailar durante un tiempo. En concreto, 54,54% de los bailarines del ámbito universitario había dejado de bailar durante un promedio de 71,17 días con un rango de 2 a 365 días. El 72,92% de los bailarines provenientes de la clínica estuvo un promedio de 198,40 días sin bailar, con un rango de 3 a 730 días. En el estudio de Adam et al. (2004) el porcentaje de tiempo ausente debido a la lesión se correlacionaba positivamente con tensión, depresión, hostilidad, confusión y fatiga, y negativamente con el vigor en el POMS.

Muy frecuentemente las lesiones de los bailarines requieren el cuidado y tratamiento de un fisioterapeuta o *athletic trainer*. En nuestro estudio, los bailarines que acudían a un programa de rehabilitación en el momento de la investigación presentaban mayor nivel de afrontamiento instrumental y menor fatiga. Estar implicado en un programa de rehabilitación supone estar haciendo algo para recuperarse de la lesión. En la misma línea que Geeves (1993) y Ryan & Stephen (1988) pensamos que la vinculación al programa de rehabilitación debe ser activa. En nuestro estudio previo (Sanahuja-Maymó et al., 2006) los bailarines que buscaron tratamiento del fisioterapeuta o del *athletic trainer* estaban globalmente menos deprimidos, y el hecho de tener apoyo del fisioterapeuta se traducía en estar menos cansados. Por ello, pensamos que el apoyo del fisioterapeuta o del *athletic trainer* también es básico ya que es una de las personas esenciales en la recuperación de las lesiones de los bailarines, tanto por su contribución a la mejoría física como por el soporte emocional que les proporcionan.

### **7.5. Servicios psicológicos**

Según Sharp (2007) el objetivo de la psicología de la danza es promover el desarrollo emocional saludable, ayudar a la independencia y fortalecer la resiliencia. La literatura

viene enfatizando la necesidad de atender y prevenir las dificultades psicológicas durante la formación de los bailarines y una vez que ya desempeñan su profesión (Buckroyd, 2001; L.H. Hamilton, 1998; Robson, 2002). Las personas que sufren dificultades emocionales relacionadas con las presiones de su formación y/o profesión, así como aquellas que se hallan en una situación de transición o cambio en su estilo de vida en relación con la danza, pueden beneficiarse de algún tipo de apoyo psicológico.

Entre las opciones que los bailarines consideraban importante abordar en la carrera de un bailarín, a nivel global los bailarines indicaron en un 80,9% el aprendizaje de técnicas de relajación. Esto parece remitir a los niveles de tensión y ansiedad que los bailarines presentan en su vida diaria. En relación con este tipo de técnicas de relajación, el 69,1% también señaló la importancia del entrenamiento mental. Son muchas las voces que subrayan la necesidad de este entrenamiento tanto para relajarse como para optimizar el rendimiento en el mundo del deporte y de la danza. En concreto, J. Taylor & C. Taylor (1995) ya proponían diversas técnicas de entrenamiento mental para optimizar el rendimiento de los bailarines así como para ser empleadas durante el proceso de rehabilitación y, en general, en los momentos en que el bailarín está estresado, desmotivado etc. Más recientemente, Nordin & McCalister (2006) sostienen que 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. A pesar del gran interés en este campo, aún son pocos los estudios sobre la eficacia de estas técnicas en bailarines y entre ellos destacamos el de L.H. Hamilton & Robson (2006b).

Los resultados muestran que 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. Esto concuerda con autores que recientemente se han interesado sobre los aspectos emocionales en la formación en danza. En concreto, cabe señalar la propuesta de Hecht (2006) según la

cual la voz emocional del estudiante en danza debería tenerse muy en cuenta, no solamente por los profesores de danza sino también por los mismos bailarines.

En segundo lugar y con el mismo porcentaje (74,5%) los bailarines han apuntado como necesario el apoyo psicológico en relación con las respuestas emocionales de las lesiones y la transición a la vida después de la carrera como bailarín. Es decir, tres cuartas partes de nuestra muestra consideraron importante tener apoyo psicológico para afrontar la lesión. Como hemos indicado en el *capítulo 4*, son muchos los autores que señalan la necesidad de atender las dificultades psicológicas. No obstante, como veremos, un porcentaje mucho menor está realmente recibiendo ayuda psicológica. Del mismo modo, el elevado número de bailarines que indicaron la transición a la vida tras su carrera en danza, nos lleva a pensar que es otra transición psicosocial en la vida de un bailarín y que conlleva otro proceso de duelo. En este caso, tampoco nos sorprende el porcentaje de bailarines que opina de esta manera, ya que al estar lesionados están atravesando una transición psicosocial y un proceso de duelo, pudiendo temer además el tener que abandonar su carrera profesional en breve debido a la lesión.

En los bailarines universitarios y en los de la clínica, el orden de preferencia del apoyo psicológico parece responder principalmente al factor de la edad. Además, en este último grupo aparece la preocupación por los trastornos de la alimentación que, como hemos indicado en el *capítulo 2*, son muy prevalentes en esta población. (Buckroyd, 2000; Culane & Deutsch, 1998; Glace, 2004; L.H. Hamilton, Brooks-Gunn & Warren, 1985, 1986; L.H. Hamilton, Brooks-Gunn, Warren & W.G. Hamilton, 1987, 1988; Nelson & Chatfield, 1998; Ravaldi et al., 2003; Robson, 2002; Sonnenberg, 1998). Asimismo, los bailarines del ámbito clínico pensaron en un mayor porcentaje que los universitarios, que debería abordarse el pánico escénico, tener asesoramiento psicológico y la existencia de cursos de psicología de la escuela donde se forman los bailarines. L.H.Hamilton (1997a) ya apuntaba la necesidad de ofrecer este tipo de formación.

A pesar del elevado porcentaje de bailarines que consideraba importante abordar las respuestas emocionales a las lesiones, tan sólo el 9,6% de ellos estaban recibiendo ayuda psicológica en el momento de la investigación. El acceso a un psicólogo no era fácil para los bailarines del ámbito clínico. Parece que los bailarines pueden tener la misma reticencia a acudir a un psicólogo no especializado en danza que a un médico no especializado en danza, puesto que el 86,7% prefiere a un psicólogo con una buena comprensión del mundo de la danza.

### **7.6. Reflexiones Globales**

Los resultados obtenidos evidencian la presencia de una sintomatología emocional en los bailarines lesionados. Esto nos parece lógico, ya que el dolor físico a niveles intensos puede provocar sentimientos de depresión, desesperanza y ansiedad, entre otros. Además, en los bailarines confluye la limitación del movimiento. Dado que el movimiento conecta directamente con su identidad y con su bienestar, esta limitación puede incidir negativamente en la vivencia de sí mismo. Del mismo modo, se deben tener en cuenta los procesos depresivos y de duelo que pueden manifestarse en una parte de los bailarines lesionados.

Pensamos que las reacciones de los bailarines o atletas a las lesiones deberían evaluarse y abordarse para asegurar el bienestar del individuo, su recuperación y su sana reincorporación a la actividad física. En función de la magnitud y la duración de la respuesta emocional, puede ser necesario un seguimiento o tratamiento psicológico. Cuando los atletas experimentan emociones negativas como enfado, depresión o frustración, pueden existir importantes repercusiones en su funcionamiento físico y psicológico. Por lo tanto, las respuestas emocionales negativas pueden ejercer una influencia negativa tanto en la adherencia a la rehabilitación como en los resultados de la misma. Asimismo, algunos estudios en psicología del deporte evidencian que el estrés emocional en los atletas lesionados puede alargar el proceso de rehabilitación. A pesar de que no se ha llevado a cabo ningún estudio empírico para comprobar esto en bailarines, el conocimiento teórico y clínico apoya esta hipótesis.

Teniendo en cuenta la variabilidad de los factores implicados y la variedad de reacciones ante la lesión, es necesaria una evaluación psicológica individual para determinar si el bailarín precisa de apoyo psicológico así como para conocer qué tipo de apoyo sería el más adecuado. Además de la evaluación individual y del tratamiento en caso necesario, los bailarines lesionados también pueden beneficiarse de grupos de apoyo. (Barr et al., 2004 ; L.H. Hamilton, 1997b). Poder compartir ideas, escuchar cómo los demás afrontan la lesión y cómo se sienten debido a ella puede ser una gran fuente de apoyo social. Se espera que estas intervenciones psicológicas tengan un efecto positivo en el bienestar del bailarín y en el proceso de rehabilitación y que asegurarán un sano regreso a la danza, aunque son necesarios más estudios empíricos para corroborarlo.

Por ello, pensamos que es importante que tanto los propios bailarines, los profesores, los directores, los coreógrafos, así como los profesionales sanitarios que los atienden sean conscientes de la posible y frecuente aparición de estos síntomas y factores asociados. Lo ideal sería, por una parte que estos profesionales pudiesen entender al bailarín lesionado, pero somos conscientes de la alta especialización que esto requiere. Así, deberían ser capaces de, al menos, atender sus necesidades dentro de lo que a cada profesional le corresponde de manera que pudieran asesorarles o derivarles a un psicólogo que pudiera ofrecerles el apoyo necesario.

El manejo de las lesiones es una tarea compleja y delicada tanto para los bailarines afectados directamente como para los profesores, los directores, los coreógrafos así como para el resto de bailarines. Seguramente el entorno social y cultural del mundo de la danza, que se caracteriza por ser exigente, estoico y un tanto rígido, no favorece la expresión del malestar físico y psíquico que genera la lesión en el bailarín.

En algunas ocasiones, los profesores, coreógrafos y directores han sido criticados por su falta de empatía y comprensión hacia los bailarines lesionados. Todavía hoy se oyen quejas y reproches sobre algunos profesores que animan a los bailarines lesionados a seguir bailando. Esto puede tener su origen en dos situaciones. Por una parte, al crecer



en este ambiente de dura disciplina, una mayoría de los profesores no han recibido formación pedagógica y han forjado en sí mismos un patrón de conducta basado en el sacrificio emocional y físico. Como mencionábamos en capítulos anteriores, Robson et al. (2002), preguntaron a algunos profesores si se habían sentido criticados o humillados injustamente durante su formación y el 78,8% respondió afirmativamente. De estos, el 61,5% cambió conscientemente su método de enseñanza. Creemos que es importante reflexionar sobre el 38,5% restante de los profesores y nos planteamos si es posible que piensen que si este tipo de enseñanza ha sido lo suficientemente buena para ellos, también lo será para sus alumnos.

Por otra parte, también es necesario pensar en el impacto que la lesión produce en los profesores, directores o en el resto de compañeros. Diversos estudios apuntan a que cada bailarín sufre al menos una lesión durante su carrera (Caine & Carrick, 1996; Morton & Cassidy, 2006). Podemos suponer entonces, que el hecho de tener a un alumno o a un compañero lesionado, propicia que uno se acuerde más vivamente de su propia lesión. Probablemente, habrá sido un momento de gran sufrimiento y durante el cual quizá no recibió el suficiente apoyo para reflexionar sobre su lesión y poder comprenderla sin que esto cause malestar. Nos planteamos en qué medida está preparada una persona para poder comprender, compartir y recibir el sufrimiento del otro si, a su vez, se está reactivando su propio dolor del pasado.

Bailarines y profesores necesitan poder comunicarse más eficientemente, especialmente cuando hay una lesión que causa malestar, para poder adoptar la mejor estrategia de recuperación pero, paradójicamente, este es uno de los momentos en que el encuentro es más difícil. Como hemos visto, algunos bailarines pueden tener miedo a las reacciones de los profesores o incluso les puede resultar difícil mantenerse firmes en su decisión de no bailar lesionados, ya sea por presiones intrínsecas o extrínsecas. Además, el sentimiento de fracaso o culpabilidad en personalidades perfeccionistas puede llegar hasta el extremo de ponerse en situaciones de riesgo. Paralelamente, algunos profesores no saben lidiar con estos temas, ya sea por el recuerdo de su propia lesión o por sus rasgos de personalidad.

Quizá parte de la solución para el manejo de las lesiones se base en el intento de mejorar la comunicación bailarín-profesor, incluyendo en ésta las quejas o protestas sobre el malestar de los bailarines. Ciertamente, será una tarea difícil en un ambiente tan exigente como el de la danza, que deja poco espacio para la expresión de quejas y sufrimiento, tanto de los bailarines como de sus profesores. Por ello, serían convenientes varias líneas de actuación paralelas:

- a) La creación progresiva de espacios donde los bailarines puedan expresar su malestar. Es importante que la voz de los bailarines también pueda estar presente en la escuela o en la compañía. Nos consta que alguna compañía tiene un espacio de este tipo dotado con una psicóloga.
- b) Un espacio para que los profesores puedan hablar de sus preocupaciones en relación con la enseñanza.
- c) Un espacio donde profesores y bailarines puedan comentar y sugerirse tanto necesidades como deseos.

Además, debe tenerse en cuenta que el profesor o director se encuentran en una posición privilegiada para detectar pequeños cambios o dificultades en los bailarines y poder derivarlos al médico o fisioterapeuta en caso de percibir que hay una posible lesión. Asimismo, si durante el proceso de rehabilitación tanto los profesionales sanitarios como los profesores detectan una conducta diferente y preocupante en el bailarín, se podría sugerir una consulta con un psicólogo.

También debe tenerse en cuenta la preocupación del bailarín por su cuerpo. Si está preocupado por un posible aumento de peso al no bailar, es recomendable que sea asesorado por una nutriócinista o dietista, en lugar de embarcarse en dietas descontroladas y poco equilibradas. Si la preocupación es por la pérdida de su condición física, es posible consultar al médico sobre el momento en el que podrá hacer algún tipo de ejercicio, su frecuencia y el tipo de ejercicio idóneo, por ejemplo, pilates, yoga, gyrotonics, etc.

Una de las figuras clave en la recuperación de las lesiones de los bailarines es el fisioterapeuta o el *athletic trainer*, tanto por su contribución a la mejoría física de los bailarines como por el apoyo emocional que ofrecen a los bailarines. La carencia de apoyo social y los sentimientos de soledad hacen que el proceso de rehabilitación sea más duro. Pensamos que es importante reflexionar sobre este factor, quizá sería importante que más universidades y compañías tuviesen un fisioterapeuta o un *athletic trainer* preparado para atender bailarines y aún más, podría formarse a esta persona para realizar un *screening* sobre el estado emocional de los bailarines y ser el encargado de derivarlos al psicólogo en caso necesario. Como hemos mencionado en los capítulos conceptuales, son varios los fisioterapeutas o *athletic trainers* que quisieran tener mayor formación en aspectos psicológicos para atender en mayor medida los problemas emocionales asociados a las lesiones.

Además, si conjugamos el mundo profesional de la danza con el sanitario, surge la pregunta de cómo los profesores pueden trabajar con profesionales sanitarios para ayudar a los estudiantes a afrontar los efectos físicos y emocionales de las lesiones. Pensamos que se trata de un proceso complejo y largo, para ir comprendiendo las situaciones de los bailarines y los intereses que pueden entrar en conflicto entre la salud y el entrenamiento o profesión. Seguramente también otros estamentos a nivel organizativo y de dirección están presentes en estas situaciones.

No quisiéramos finalizar este capítulo sin mencionar que la presencia de sintomatología emocional, tanto en bailarines lesionados como en los que no sufren lesiones, nos conduce al tema de la prevención y la detección. En este sentido, pensamos que la preparación de los bailarines es importante para poder hacer frente de la manera más saludable posible a las fuentes de estrés inherentes a su formación y profesión, entre las que se incluyen las lesiones. Por otra parte, existe un movimiento a favor de la criba y la detección de síntomas de alarma en los bailarines, tanto desde una perspectiva física como psicológica (L.H. Hamilton, R. Solomon & J. Solomon, 2006). Consideramos que esta detección debería tener como objetivo poder detectar, no para alienar y rechazar a bailarines sino para, ya desde las fases tempranas de prevención,

poder capacitar y ayudar a resolver leves conflictos antes de que desemboquen en situaciones más serias.

## **Limitaciones, consideraciones y prospectiva 8**

8.1. Limitaciones

8.2. Aplicabilidad de los resultados obtenidos

8.3. Retos y futuras líneas de investigación



## **Limitaciones, consideraciones y prospectiva**

En este capítulo reflexionaremos sobre las limitaciones de nuestro estudio y sobre la práctica asistencial en todas sus vertientes. Finalmente, plantearemos nuevas líneas de investigación que la realización de este estudio nos ha ayudado a identificar.

### **8.1. Limitaciones**

El diseño transversal de este estudio tiene ciertas limitaciones que conviene tener presentes. Por una parte, no se recogieron medidas del estado emocional de los bailarines antes de la lesión, por lo que no fue posible comparar el perfil emocional pre y post lesión. Efectivamente, al tratarse de un estudio transversal sólo disponemos información sobre el impacto emocional en un momento determinado, y la evolución hasta la completa recuperación del bailarín no ha sido posible. Sin embargo, el diseño de nuestro estudio nos ha permitido conocer el perfil de la sintomatología emocional y de las estrategias de afrontamiento en bailarines lesionados.

Por otro lado, la inclusión de un grupo de control de bailarines no lesionados hubiera podido aportar datos interesantes, sin embargo al tratarse de un estudio sin precedentes en la literatura, nos ha parecido adecuado plantear un estudio de carácter exploratorio e implementarlo en una muestra de bailarines lesionados.

Con el objetivo de conocer con el mayor grado de detalle posible los factores que inciden en la experiencia emocional de los bailarines ante la lesión, se buscó una muestra que permitiera observar una heterogeneidad de edades, estilos de danza, tipo de lesiones, etc. Esto se consiguió gracias a la comparación de dos grandes grupos (ámbito clínico y ámbito universitario), lo que facilitó la comparación en función de determinadas variables. Esta composición es, por un lado, una ventaja, ya que

podemos realizar afirmaciones generales y básicas que no dependen directamente de variables específicas. Por otra parte, tiene el inconveniente de no haber podido estudiar en profundidad, por ejemplo, si existe un diferente impacto emocional en función de la técnica de danza principal.

La elección de los instrumentos de medida resultó compleja debido a la ausencia de baremaciones en la población de bailarines. No obstante, hemos intentado emplear algunos instrumentos previamente utilizados en los ámbitos del deporte y de la danza, optando además por utilizar puntuaciones directas, aunque sin renunciar a las puntuaciones T. Asimismo, se empleó un cuestionario diseñado por nosotros a partir de la revisión de la literatura que esperamos poder validar en un futuro.

Finalmente, queremos destacar la imposibilidad de comparar los resultados obtenidos con estudios anteriores. Al tratarse de un ámbito poco estudiado a nivel empírico, resulta muy frecuente que, para afirmar o refutar nuestros hallazgos, debamos recurrir bien a estudios empíricos en el ámbito del deporte o a estudios de carácter descriptivo realizados con bailarines.

## **8.2. Aplicabilidad de los resultados obtenidos**

De este estudio se desprenden diversas aplicaciones. Los resultados obtenidos avalan la necesidad de tener muy presentes los aspectos emocionales asociados a las lesiones físicas de los bailarines. Para asegurar una adecuada atención a este colectivo recomendamos, al menos, tres líneas de actuación simultáneas:

- 1) *Ayudar a los profesionales sanitarios que les atienden a tomar conciencia de la situación en que se halla un bailarín lesionado.* Esto significa tanto entender las dinámicas biosociosociales de los bailarines como tener presente el sufrimiento que la lesión conlleva para muchos bailarines. Por ello, sería conveniente que pudiesen realizar tanto una primera valoración del estado anímico de los bailarines como desarrollar una capacidad de escucha empática



que les permitiera contener ciertas ansiedades mediante información de su estado de salud y de las líneas de intervención a seguir, como desarrollando un vínculo profesional que genere esperanza y confianza en el consultante. Además, estos profesionales deberían estar abiertos para poder sugerir y/o derivar a algunos bailarines a un profesional de la salud mental en caso que sea pertinente. Como apunta L.H. Hamilton (1997b) el trabajo en equipo con profesionales de diferentes disciplinas, entre ellas el traumatólogo, fisioterapeuta y el psicólogo aportan una visión más global del bailarín y facilitan una intervención integral.

- 2) *Ayudar a que los profesores, los directores, los coreógrafos y los demás bailarines tomen conciencia de la situación en la que se halla un bailarín lesionado.* En esta ocasión, otorgamos también importancia a la comprensión de las variables biopsicosociales de los bailarines, pero específicamente de los lesionados. Además, una de las tareas que consideramos importante realizar es la de ayudar a los bailarines a entrar en contacto con lo que les puede hacer sentir y pensar una lesión. Pensamos que quizá la dificultad de comprensión de profesores, coreógrafos y de los otros bailarines puede estar mediada por sus defensas ante la ansiedad que puede producirles imaginarse lesionados, reconocer que lo están o, en según que casos, recordar situaciones similares. Asimismo, pensamos que la conexión a nivel emocional podría disminuir el grado de exigencia y presión en relación con los bailarines lesionados.
- 3) *Ofrecer apoyo o terapia psicológica a los bailarines lesionados que lo precisen.* Además de la terapia individual, suscribimos a Barr et al. (2004) y a L.H. Hamilton (1997b) sobre los beneficios derivados de la creación de grupos de apoyo para los bailarines lesionados. Estamos convencidos que los datos aportados por esta investigación pueden ofrecer una guía para la creación de estos grupos. Como hemos comentado en el *capítulo 4* los aspectos emocionales pueden facilitar o dificultar el proceso de rehabilitación. En función de las características de cada bailarín, será conveniente pensar en uno u

otro tipo de intervención psicológica. A parte de que los bailarines lesionados puedan o no recibir una atención psicológica específica, tanto la teoría como los resultados muestran los beneficios a nivel emocional de estar en un tratamiento de rehabilitación en cuanto al apoyo emocional que reciben de estos profesionales. Además de formar a estos profesionales en técnicas psicológicas, pensamos que es esencial que puedan ayudar a los bailarines con técnicas de relajación tanto para destensar la musculatura como para soportar el dolor inherente durante los ejercicios de rehabilitación. Otras intervenciones como el entrenamiento mental pueden también resultar de ayuda durante la rehabilitación. Asimismo, pensamos que aprender a cuidar el vínculo terapéutico entre los fisioterapeutas y los bailarines es esencial, puesto que incidirá en la confianza y esperanza de recuperación, teniendo efectos también en la adherencia al tratamiento y a no retomar la actividad antes de tiempo. En definitiva, pensamos que conocer los factores que más frecuentemente influyen en el estado de ánimo y en las estrategias de afrontamiento de las lesiones permite planificar intervenciones psicológicas para que el proceso de recuperación sea lo menos traumático posible.

Teniendo en consideración que la literatura y los resultados muestran la presencia de exigencias físicas y mentales a lo largo del proceso de formación y profesión de los bailarines, también consideramos imprescindible que tengan la oportunidad de consultar con el psicólogo en caso necesario. Es más, pensamos que es esencial seguir modelos, como el que realiza L.H. Hamilton, que preparan a los estudiantes para la carrera de bailarín. Incluso en centros de formación para jóvenes bailarines, en escuelas-residencias vocacionales o institutos altamente competitivos, el cuidado emocional y psicológico debe ser necesariamente atendido si queremos disminuir la frecuencia de ciertas complicaciones físicas y emocionales que repercutirán en la calidad de la danza y del ser humano a nivel global. Lo mismo sucede en las esferas laborales, donde el nivel de exigencia y competitividad puede hacerse más patente. Como hemos mencionado a lo largo de esta tesis, el trabajo en este campo es un tanto rígido, y para producir un mínimo cambio, es necesario intervenir en varios niveles

(prevención primaria, secundaria y terciaria). Además, dicha intervención debe incidir en diferentes personas, no tan sólo en los propios bailarines sino también atender a los profesores, los coreógrafos, los directores, los administradores (en la medida de lo posible) para producir un acercamiento entre las posiciones de unos y otros, teniendo en cuenta las presiones económicas y de productividad que influyen en las dinámicas establecidas.

A pesar de querer ser humildes en nuestra pretensión de cambio en un ambiente tan cerrado a nuevas ideas (Buckroyd, 2000; L.H. Hamilton, 1997a) no podemos permanecer impasibles ante ciertas dinámicas no saludables que se establecen en la danza. Asimismo, reconocemos la laboriosidad y complejidad del trabajo a realizar, especialmente si tenemos en consideración el narcisismo en bailarines (Hamilton, 1997a) que seguramente deviene más extremo en el caso de coreógrafos y directores al contar con mayor poder. No obstante, pensamos que introducir poco a poco datos científicos del mundo de la medicina y la ciencia de la danza en general y de la psicología de la danza, atendiendo especialmente a la formación de vínculos donde impere el respeto mutuo debe ser uno de nuestros principales objetivos que contribuirá, a su vez, a promover el bienestar de los bailarines y del mundo de la danza en su globalidad.

### **8.3. Retos y futuras líneas de investigación**

La elaboración de un estudio de investigación tiene como objetivo resolver o, mejor dicho, aceptar o rechazar hipótesis planteadas, así como aportar claridad a los objetivos e interrogantes planteados. Sin embargo, también deviene una importante fuente para plantearse nuevas cuestiones y reflexionar sobre temas que aún no han sido suficientemente abordados o resueltos. Por ello en este apartado hacemos referencia a los retos pendientes para la investigación.

1) En primer lugar, sería aconsejable replicar el estudio atendiendo y focalizando la atención en determinadas variables. Esto sería posible gracias a una selección de los

bailarines más específica en función de las variables de muestreo (por ejemplo, comparar dos estilos de danza diferentes o perfiles de bailarines) o bien poder contar con muestras mucho mayores para obtener un número mayor de bailarines en cada uno de los subgrupos que hemos estudiado.

Nos planteamos cuestiones como:

- a) El diferente estado de ánimo en función del estadio de la lesión, que nosotros no hemos podido constatar principalmente al no ser un estudio longitudinal, pero también debido a que la mayoría de los bailarines presentaban lesiones de larga evolución.
- b) Nos cuestionamos sobre qué parte anatómica puede ser más frustrante tener lesionada para un bailarín, por ejemplo, sería interesante estudiar el efecto de una lesión en las extremidades superiores versus las inferiores, o incluso en comparación con la columna vertebral. También es importante recoger datos sobre si la extremidad lesionada se sitúa en el lado dominante o no, hecho que puede repercutir de diferente manera, en especial si se trata de las extremidades superiores. Estas cuestiones podrían tener consecuencias no sólo a nivel emocional sino que también puede dificultar el proceso de recuperación.
- c) También es necesario seguir investigando el efecto del inicio de la lesión (agudo o sobrecarga), y si se trata de una lesión a nivel óseo, articular, tendinoso o muscular y pensamos que debería ser el profesional médico quien determinase y valorase estas características. En esta misma línea, la severidad de la lesión también debería tenerse en cuenta.
- d) Otro aspecto en el que este estudio no ha podido centrar suficientemente su atención es el efecto de estar lesionado por vez primera o haber padecido ya lesiones con anterioridad. En este sentido, sería interesante estudiar la

sintomatología y analizar si las vivencias personales difieren al ser la primera vez que uno se enfrenta a una situación semejante.

2) Para futuras investigaciones en esta línea pensamos que sería beneficioso introducir algún elemento nuevo en el diseño: medidas del estado de ánimo previas a la lesión, una valoración longitudinal del estado de ánimo, así como contar con un grupo de control de bailarines no lesionados. Podría ser también interesante comparar las respuestas emocionales de los bailarines lesionados con otros grupos artísticos como por ejemplo, los músicos.

3) Además, sería necesario realizar un análisis del contenido de las respuestas de los bailarines a las preguntas abiertas planteadas en el marco de entrevistas cualitativas. Este análisis nos permitiría profundizar en la voz de los bailarines y conocer mejor cómo se sienten al estar lesionados así como las preguntas o nuevos planteamientos que esta situación suscita en ellos. Complementar los datos cuantitativos con los cualitativos aportaría mayor claridad y un mapa más completo de la situación de estos bailarines. Asimismo, tras este doble análisis es esperable que puedan diseñarse instrumentos de medida validados, lo que resulta extremadamente necesario en el mundo de la danza.

4) Uno de los resultados que nos llama la atención es la mayor frecuencia de depresión en ciertos grupos de bailarines. Consideramos interesante seguir estudiando la depresión tanto en bailarines lesionados como en los que no lo están, e intentar averiguar si existe una mayor frecuencia en función de factores como la edad, la experiencia profesional, el estado civil o el sexo. En este sentido, la elevada frecuencia de desesperanza nos lleva a interesarnos por este constructo y a querer analizar más profundamente su presencia tanto en aquellos bailarines que ya estén padeciendo una lesión o como en aquellos que no lo estén.

5) Pensamos que es esencial estudiar y ahondar en las funciones del personal sanitario, especialmente de los fisioterapeutas, en relación con el apoyo emocional que proporcionan al lesionado.

6) También creemos importante estudiar cómo se sienten los profesores de danza ante las lesiones de sus alumnos e intentar analizar por qué desde el mundo de la danza no se recoge suficientemente el sufrimiento de los bailarines lesionados. Pensamos que conocer esto sería un primer paso para poder preparar programas de intervención.

7) También, encontramos interesante profundizar en cómo los compañeros de los bailarines lesionados experimentan la lesión del otro y cómo se preparan en general para afrontar estas situaciones. Dado que, como hemos visto las lesiones son intrínsecas a su profesión, pensamos que es importante investigar para poder después ayudar a preparar a los bailarines para afrontar las lesiones.

8) El punto anterior, nos lleva necesariamente a interesarnos por la formación de la identidad de los bailarines y la aceptación incuestionable de ciertos valores imperantes en el mundo de la danza. También sería necesario continuar la línea de investigación iniciada por Rip et al. (2006) en relación con la pasión y la identidad en los bailarines en función de las lesiones y de otras dificultades emocionales asociadas.

9) En cuanto al tipo de intervención psicológica, pensamos que es necesario desarrollar estudios que especifiquen la eficacia de las diferentes técnicas de intervención en bailarines y además, poder estudiar cuales son las más indicadas en cada fase de la evolución de la lesión, atendiendo a su vez a variables como la personalidad y la severidad de los síntomas.

10) Finalmente, dado que este estudio se ha realizado en un país lejano al nuestro, y que no existen estudios parecidos ni a nivel estatal ni en nuestra Comunidad Autónoma, creemos conveniente poder llevar a cabo un estudio semejante en nuestro

entorno, con la finalidad de corroborar estos resultados en nuestro contexto, a pesar de las diferencias culturales y sociales que existen entre ambos puntos geográficos.









## Conclusiones

En este capítulo presentaremos las conclusiones generales del estudio, tomando como referencia la totalidad de la muestra.

1. Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten confirmar la hipótesis que planteamos en el *capítulo 5*. Específicamente, el 31,9% de los bailarines de nuestra muestra presentaron una sintomatología de depresión en las categorías de leve, moderado y severo en el BDI-II. En cuanto a la sintomatología de desesperanza, ésta era incluso mayor, llegando a presentarse en un 42,9% de los bailarines. Destaca la elevada presencia de la desesperanza y por ello apuntamos a la necesidad de valorar este sentimiento al tratar con bailarines lesionados.
2. En cuanto al perfil del estado de ánimo para la muestra global, constatamos una tendencia a niveles elevados de tensión y confusión, seguidos de depresión, fatiga y hostilidad. El vigor destaca por su ausencia.
3. Considerando siempre la totalidad de la muestra, los resultados indican que 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.

4. Los resultados obtenidos también nos permiten afirmar que ciertos factores influyen en la experiencia emocional y en las estrategias de afrontamiento de los bailarines lesionados. Conviene tener en cuenta los siguientes:
- a) Nacionalidad de los bailarines (debido a procesos migratorios)
  - b) Edad de los bailarines.
  - c) Edad de inicio a las clases danza y de un entrenamiento serio, número de horas dedicado a clases y ensayos, actividad y experiencia profesional como bailarines, número de estilos de danza a los que se dedican y práctica de otro ejercicio a parte de la danza, que podrían estar relacionados con la identificación como bailarines.
  - d) Características de la lesión: inicio agudo o por sobrecarga, primera vez que consultaban al médico debido a la lesión, zona anatómica lesionada, días transcurridos desde inicio de la lesión, evolución de la lesión, tipo de tratamiento requerido y necesidad de soportes físicos adicionales, grado de afectación al entrenamiento y/o a las actuaciones, obligación de dejar de bailar y facilidad a la hora de acceder a un fisioterapeuta o athletic trainer y si disponen de su apoyo.
  - e) Preocupaciones económicas hasta el punto de ser un impedimento para obtener tratamiento médico y/o psicológico.
  - f) Las conductas de los bailarines al estar lesionados también afectaban a su estado de ánimo y a sus estrategias de afrontamiento. Los bailarines lesionados comentan su lesión principalmente a los profesores y amigos. Entre los profesionales con quienes consultan por su lesión, más frecuentemente lo hacen con médicos y fisioterapeutas. No obstante, debe tenerse en cuenta que muchos fueron precisamente seleccionados en instituciones médicas y aún así, el tiempo de demora hasta que consultan con estos, a menudo, es considerable. Además, el 64,8% continuó bailando estando lesionado y el 31,9% cuidó la lesión por sí mismo.

- g) Las *consecuencias de la lesión* en relación con sentirse presionados para bailar lesionados, tener miedo de la reacción del profesor o del director al comunicar su lesión, replantearse su vida y/o su identidad y cambiar de actitud hacia la danza, también repercutía en el estado de ánimo y en el afrontamiento.
5. De los resultados se desprende que los bailarines valoran positivamente el apoyo y la ayuda que puede ofrecer un psicólogo especializado en danza, en particular, en relación con las técnicas de relajación, las respuestas emocionales ante las lesiones y la transición psicosocial después de la carrera de bailarín.

El trabajo que hemos presentado pretende ser un acercamiento a los aspectos psicológicos de los bailarines lesionados. Nuestro principal propósito es dedicar nuestro esfuerzo a hacer avanzar la investigación, y responder en la medida de lo posible a aquellos interrogantes que nos planteamos como profesionales de la psicología. La finalidad de ésta investigación, sustentada en fundamentos teóricos y basada en las necesidades de los bailarines lesionados, se ha orientado a la reflexión y a la mejora de la práctica asistencial en todo su espectro: la prevención, la detección de signos de alarma, el diagnóstico, y el tratamiento. Confiamos en que la difusión de estos conocimientos pueda contribuir a redefinir y comprender la manera de abordar a los bailarines lesionados y guiarnos hacia una asistencia de calidad que vele por el bienestar de los bailarines.



## Referencias

- Adam, M. U., Brassington, G.S., Steiner, H., & Matheson, G.O. (2004). Psychological factors associated with performance-limiting injuries in professional ballet dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 8(2), 47-52.
- Alter, J. (1984). Creative profiles of university and conservatory dance students. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 153-158.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Anderson, R., & Hanrahan, S. J. (2007). Dancing in pain: Pain appraisal and coping in dancers. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp.245-249). Eugene, OR: IADMS.
- Angiogi, M., Twitchett, E., & Wyon, M. (2006). Anthropometrics in dance. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.111-114). Eugene, OR: IADMS.
- Arendt, Y.D., & Kerschbaumer, F. (2003). Injury and overuse pattern in professional ballet dancers. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 14(3), 349-356.
- Bakker, F.C. (1988). Personality differences between young dancers and non-dancers. *Personality and individual differences*, 9(1), 121-131.
- Bakker, F.C. (1991). Development of personality in dancers: A longitudinal study. *Personality and individual differences*, 12(7), 671-681.
- Barr, H., Hewston, R., Redding, E., & Wyon, M. (2004). An investigation into coping strategies among injured student dancers. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 14<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, San Francisco*, (pp. 275-279). Eugene, OR: IADMS.
- 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.
- Bavelier, A. (1996). *Itinéaire d'étoiles*. Paris: Éditions Alternatives.

- Beck, A. J., & Steer, R.A. (1987). *Beck depression inventory*. New York: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck hopelessness scale manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory manual (2<sup>nd</sup> ed)*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bentley, T. (2003). *Winter season: A dancer's journal*. Florida: University Press of Florida.
- Bion, W. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidos.
- Bone, J.B., & Fry, M.D. (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.
- Botham, S. (2005). Do dance teacher's have a moral obligation to allow dance students with anorexia to participate in dance classes? In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 152-155). Eugene, OR: IADMS.
- Bowling, A. (1989). Injuries to dancers: Prevalence, treatment, and perceptions of causes. *British Medical Journal, 298*,731-734.
- Bramwell, S. T. Masuda M., Wagner, N., & Holmes. T. H. (1975). Psychosocial factors in athletic injuries: Development and application of the social and athletic readjustment rating scale. *Journal of Human Stress, 1*(2), 6-20.
- Brassington, G. & Adam, M. (2003). Mental skills elite soloist ballet dancers from corps de ballet dancers. (Abstract). *Journal of Dance Medicine & Science, 7*, 63.
- Brewer, B.W. (1993). Self-identity and specific vulnerability to depressed mood. *Journal of Personality, 61*(3), 343-364.
- Brewer, B., Van Raalte, J., & Linder, D. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles? *International Journal of Sport Psychology, 24*, 237-254.
- Brewer, B.W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology, 6*, 87-100.



- Brewer, B.W., Jeffers, K. E., Petitpas, A.J., & Van Raalte, J.L. (1994). Perceptions of psychological interventions in the context of sport injury rehabilitation. *The sport psychologist*, 8, 176-188.
- Brewer, B.W., Linder, D. E., & Phelps, C. M. (1995). Situational correlates of emotional adjustment to athletic injury. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 5, 241-245.
- Brewer, B.W. (2001). Emotional adjustment to sport injury. In S. Crossman, (Ed.), *Coping with Sports Injuries: Psychological strategies for rehabilitation*.(pp. 1-19) New York: Oxford University Press.
- Brinson, P. (Ed.) (1991). *A dancer's charter*. London: Dance UK.
- Brinson, P., & Dick, F. (1996). *Fit to dance: The report of the national inquiry into dancer health and injury*. London: Calouste Gulbenkian Foundation.
- Bronner, S., & Worthen, L. (1999) The demographics of dance in the United States. *Journal of Dance Medicine & Science*, 3(4), 151-153.
- Bronner, S., Ojofeitimi, S., & 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.
- Brown, S. D., Brady, T., Lent, R.W., Wolfert, J., & Hall, S. (1987). Perceived social support among college students: Three studies of the psychometric characteristics and counselling uses of the social support inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 337-354.
- Buckroyd, J. (2000). *The student dance: Emotional aspects of the teaching and learning of dance*. London: Dance Books.
- Bureau Labor of Statistics. (2007). Occupational Employment Statistics. US. Department of Labor. Retrieved October 10, 2007 from [www.bls.gov-oes-current-oes-nat.htm](http://www.bls.gov-oes-current-oes-nat.htm)
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Bernam, S.R., & Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Byhring, S., & Bo, K. (2002). Musculoskeletal injuries in the norwegian national ballet: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12, 365-370.

- Caine, C., & Garrick, J. (1996). Dance. In D. Caine, C. Caine, C., & K. Linder. (Eds.), *Epidemiology of Sports Injuries* (pp. 124-160). Champaign, IL: Human Kinetic Publishers, Inc.
- Calvo, J. B.(2001). Las lesiones de la danza en España. En J. B. Calvo & V. Burell, *Danza y medicina: las actas de un encuentro*, (pp. 109-122). Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Carr, S., & Wyon, M. (2003). The impact of motivational climate on dance student's achievement goals, trait anxiety, and perfectionism. *Journal of Dance Medicine & Science*, 7(4), 105-114.
- Carver, C., Sheier, M. F., & Weintaub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chan, C. S, & Grossman, H. Y. (1988). Psychological effects of running loss on consistent runners. *Perceptual Motor Skills*, 66, 875-883.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 143-160.
- Chodorow, J. (2004). *Dance therapy and depth psychology: the moving imagination*. New York: Brunner-Routledge
- Colomé, D. (2007). *Pensar la danza*. Madrid: Turner Publicaciones.
- Crookshanks, D. (1999). *Safe dance III: A report on the occurrence of injury in the Australian profesional dance population*. Australian Dance Council: Ausdance.
- Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Culane, C., & Deutsch, D. (1998). Dancer disordered eating: comparison of disordered eating behavior and nutritional status among female dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 3(3), 95- 100.
- Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya.(2006). *Indicadors i estadístiques culturals de catalunya*. Barcelona: Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya.
- Diamond, T. (2007). Perfection, obsession and dance. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp.10-14). Eugene, OR: IADMS.

- Doreste, J. L., & Massó, N. (1989). Perfil fisiológico del bailarín. *Archivos de Medicina del Deporte*, 6(21), 57-62.
- Eldridge, W.E. (1983). The importance of psychotherapy for athletic related orthopedic injuries among adults. *International Journal of Sports Psychology*, 14(3), 203-211
- Endler, N. S., & Parker, J. D.A. (1992). *Coping with health injuries and problems manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Estanol, E. (2004). Effects of a psychological skills training program on dancers' self-confidence and anxiety. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 14<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, San Francisco*, (pp. 74-79). Eugene, OR: IADMS.
- Evans, E., & Hardy, L. (1995). Sport injury and grief responses: a review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 227-245
- Evans, E., & Hardy, L. (2002). Injury rehabilitation: a qualitative follow-up study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73(3), 320-329.
- Evans, R.W., Evans, R.I., Carvajal, S., & Perrys .(1996). A survey of injuries among Broadway performers. *American Journal of Public Health*, 86(1), 77-80.
- Evans, R. W., Evans, R. I., & Carvajal, S. (1998). Survey of injuries among West End performers. *Occupational and Environmental Medicine*, 55, 585-593
- Ewalt, K.L. (2006). Understanding athletic trainers and their role in dance medicine and science. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of the 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.192-196).Eugene, OR: IADMS,
- Farrar-Baker, A., & Wilmerding, V. (2006). Prevalence of lateral bias in the teaching of beginning and advanced ballet. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10(3&4), 81-84.
- Ford, I. W., & Gordon, S. (1998). Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training. *Journal of Applied Sport Rehabilitation*, 7, 79-94.
- Fortin, S., & Trudelle, S. (2006). The construction of health by professional dancers. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of the 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.167-171). Eugene, OR: IADMS,

- Fox, K.R. & Corbin, C.B. (1989). The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Freddie, H., & Irrgang, J.J. (2001). Introduction. Lower extremity musculoskeletal disorders in dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 5(1), 5.
- Froman, K. (2007). *In the wings: Behind the scenes at the New York City Ballet*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Frost, R. O. Morten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy & Research*, 14, 449-468.
- Fux, M. (1981). *Danza experiencia de vida*. Barcelona. Paidós.
- Fux, M. (1982). *Primer encuentro con la danzaterapia*. Buenos Aires. Paidós.
- García, P. (2001). Imagen corporal y danza. En J.B. Calvo & V. Burell, *Danza y Medicina : las actas de un encuentro*. (pp. 47-55) Madrid: Librerías Deportivas Esteban Sanz.
- Gardner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Garrick, J. G., & Requa, R. K. (1993). Ballet injuries: An analysis of epidemiology and financial outcome. *The American Journal of Sports Medicine*, 21(4), 586- 590.
- Geeves, T. (1990). *Safe dance project report. a report on dance injury prevention and management in Australia*. Australian Dance Council: Ausdance.
- Geeves, T. (1993). The difference between training and taming the dancer. In P. Brison (Ed.), *Training Tomorrow's Professional Dancers*. London: Laban Centre.
- Geeves, T. (1997). *Safe dance report II: national injury and lifestyle survey of australian adolescents in pre-professional dance training*. Australian Dance Council: Ausdance.
- Glance, B. (2004). Recognizing eating disorders. *Journal of Dance Medicine & Science*, 8(1), 19-25.
- Glasstone, R. (1986). Selection and its influence on the training of dancers. In G.R. Gleeson (Ed.), *The growing child in competitive sport* (pp. 212-219). London: Hodder & Soughtenn.

- Gordon, S., Potter, M., & Ford, I.W. (1998). Towards a psychoeducational curriculum for training sport-injury rehabilitation personnel. *Journal of Applied Sport Psychology, 10*, 140-156.
- Gordon, S., Potter, M., & Hamer, P. (2001). The role of the physiotherapist and sport therapist . In S. Crossman (Eds.), *Coping with Sports Injuries: Psychological strategies for rehabilitation* (pp. 148-161). New York: Oxford University Press.
- Greben, S. E. (2002). Career transition in professional dancers. *Journal of Dance Medicine & Science, 6*(1), 14-19.
- Grinberg, L., & Grinberg, L. (1993). *Identidad y cambio*. Barcelona: Paidós.
- Guerra, M. & Bofía, A. (2004) Recomendaciones y contraindicaciones ante la actividad de danza en la población con síndrome de Down. *III Jornadas de Danza e Investigación, Barcelona, 2002*, (pp.25-32). Barcelona: Los libros de Danza.
- Hagins, M. (2006). The effect of an inclined landing surface on biomechanical variables during a jumping task. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 222-226). Eugene, OR: IADMS.
- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., & Warren, M.P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *International Journal of Eating Disorders, 4*, 465-477.
- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1986). Nutritional intake of female dancers: a reflection of eating problems. *International Journal of Eating Disorder, 5*, 925-934.
- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., Warren, M.P., & Hamilton, W.G. (1987). The impact of thinness and dieting on the professional ballet dancer. *Medical Problems of Performing Artist, 2*(4), 117-122.
- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., Warren, M. P., & Hamilton, W.G. (1988). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 20*, 560-565.
- Hamilton, L. H., & Hamilton, W.G. (1991). Classical ballet: Balancing the costs of artistry and athleticism. *Medical Problems of Performing Artists, 6*(2), 39-44.

- Hamilton, L. H., Stricker, G., Josephs, L. (1991). The organizational aspects of classical ballet: transference and the role of the leader. *Medical Problems of Performing Artists*, 6 (3), 78-83.
- Hamilton, L. H. (1993). Psychological aspects of dance medicine. *11<sup>th</sup> Annual Aspen Symposium on the Medical Problems of Musicians and Dancers*, Aspen CO.,(pp.3-6). Cleveland Clinic Foundation.
- Hamilton, L. H., & Hamilton, W.G. (1994). Occupational stress in classical ballet: The impact in different cultures. *Medical Problems of Performing Artists*, 9(2), 35-38.
- Hamilton, L. H., Kella, J.J., & Hamilton, W.G. (1995). Personality and occupational stress in elite performers. *Medical Problems of Performing Artist*, 10(3), 86-89.
- Hamilton, L. H. (1997a). *The person behind the mask: a guide to performing arts psychology*. Greenwich, CT: Ablex Publishing Corporation.
- Hamilton, L. H. (1997b). A psychological approach to the rehabilitation of injured performers. *Orthopaedic Physical Therapy Clinics of North America*, 6(2), 131-143.
- Hamilton, L.H., Hamilton, W.G., Warren, M.P., Keller, K., & Molnar, M. (1997). Factors contributing to the attrition rate in elite ballet students. *Journal of Dance Medicine Science* 1, 131-138.
- Hamilton, L.H. (1998). *Advice for Dancers: Emotional Counsel and Practical Strategies*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Hamilton, L, H. (1999). A psychological profile of the adolescent dancer. *Journal Dance Medicine & Science* 3(2), 48-50.
- Hamilton, L. H., & Robson, B. (2006a) Performing arts consultation: developing expertise in this domain. *Professional psychology: Research and Practice*, 37 (3), 254-259.
- Hamilton, L. & Robson, B. (2006b). The application of psychological principles to achieve optimal performance. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.6-8). Eugene, OR: IADMS
- Hamilton, L. H., Solomon, R., & Solomon, J. (2006). A proposal for standardized psychological screening of dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10(1&2),40-45.

- Hamilton, W. G. (1977). Tendonitis about the ankle joint in classical ballet dancers. *American Journal of Sports Medicine*, 5(2), 84-86.
- Hamilton, W. G. (1993). An overview of dance injuries. *11th Annual Aspen Symposium on the Medical Problems of Musicians and Dancers*, Aspen, CO, (pp.8-11)., Cleveland Clinic Foundation.
- Hamilton, W. G. (2005). The ballet toe shoe. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science*, Stockholm, (pp.7-9). Eugene, OR: IADMS.
- Hardy, C., & Quested, E. (2007). Sources of stress, coping resources and support: An insight into the world of the professional contemporary dancer. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science*, Canberra, Australia, (pp.140-144). Eugene, OR: IADMS.
- Harkness Center for Dance Injuries (2008a). *What is dance medicine?* Retrieved February 6, 2008 from <http://www.med.nyu.edu/hjd/harkness/students/career.html>.
- Harkness Center for Dance Injuries. (2008b). *Common Dance injuries*. Retrived February 6, 2008 from <http://www.med.nyu.edu/hjd/harkness/patients/injuries/>
- Hays, K. F., & Brown, C. H. (2004). *You're on! Consulting for peak performance*. American Psychological Association. Washington, D.C.
- Hecht, T. (2006). Beyond ballet technique: The “emotional voice”: Personality typographies of student ballet dancers at elite dance conservatories. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science*, Stockholm. (pp.27-33). Eugene, OR: IADMS.
- Hecht, T. (2007). *Emotionally intelligent ballet training*. Berlin: VDM Verlag Dr. Müller.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Holohan, G. & Rothman, E. (2005). Foot, ankle, and back pain in ballet and contemporary pre-professional female dance students. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science*, Stockholm. (pp. 134-136). Eugene, OR: IADMS.
- Howse, J. (2002). *Técnica de la danza y prevención de lesiones*. Paidotribo: Barcelona.

- Imbernón, S., & Brao, E. (2000). Ansiedad en la danza. *I Jornadas de Danza e Investigación, Murcia 1999* (pp. 79-81). Barcelona: Los libros de Danza.
- Jevon, S. M., & Johnston, L. H. (2003). The perceived knowledge and attitudes of governing body chartered physiotherapists towards the psychological aspects of rehabilitation. *Physical Therapy in Sport, 4*(2), 74-81.
- Johnson, U. (1996). The multiply injured versus the first-time-injured athlete during rehabilitation: A comparison of nonphysical characteristics. *Journal of Sport Rehabilitation, 5*, 293-304.
- Johnston, L. H., & Carroll, D. (1998). The context of emotional responses to athletic injury: a qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation, 7*, 206-220.
- Kerr, G. A., & Miller P.S.(2001) Coping strategies. In S. Crossman (Eds.), *Coping with Sports Injuries: Psychological strategies for rehabilitation* (pp. 83-102). New York: Oxford University Press.
- Kerr,G., Krasnow, D., & Mainwaring, L. (1992).The nature of dance injuries. *Medical Problems of Performing Artist, 7*(1),25-29.
- Kisch, R. L., Plastino, J.G. Martyn-Stevens, B. (2003). A young dancer survey. *Medical Problems of Perfoming Artist,18*(4),161-165.
- Kishida, A. (2006). Establishment of a health care service organization in Japan based on dancer's health data. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceeding 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.158-161). Eugene, OR: IADMS.
- Kogan, N. (2002). Careers in the performing arts: A psychological perspective. *Creativity Research Journal, 14*, 1-16.
- Koutedakis, Y., & Sharp, N.C.C. (1999). *The Fit and Healthy Dancer*. Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Koutedakis, Y., & Jamurtas, A. (2004). The dancer as a performing artist: physiological considerations. *Sports Medicine, 34*(10), 651-661.
- Krasnow, D., Kerr, G., Mainwaring, L. (1994). Psychology of dealing with the injured dancer. *Medical Problems of Performing Artists, 9*(1). 7-9.
- Krasnow, D., Mainwaring, L., & Kerr, G. (1999). Injury, stress, and perfectionism in young dancers and gymnasts. *Journal of Dance Medicine & Science,3*(2), 51-58.



- Krueger, D. W. (1981). Emotional rehabilitation of the physical rehabilitation patient. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11, 183-191.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York:Macmillan
- Kuno-Mizumura, M., Otake, Y., Mori, A., Suzuki, S., Negashima, Y., & Mizumura, S. (2007). One year follow-up survey of Japanese ballet dancers and their injuries: A road to the Japanese association for Dance Medicine and Science (JADMS). In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 111-114). Eugene, OR: IADMS.
- Laban. (2008). *Msc Dance Science* .Retrieved February 8, 2008 from [www.laban.org/php/news.php? Id=25](http://www.laban.org/php/news.php? Id=25).
- Lai, R., Krasnow D.,& Thomas, M. (2006). Communication between medical practitioners and dancer. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*. (pp. 175-179). Eugene, OR: IADMS.
- Lan, Y., & Wen, R. (2006). The nature and incidence of musculoskeletal injuries in students of chinese dancers. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of the 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*. (pp. 244-246). Eugene, OR: IADMS.
- Laws, H. (2005). *Fit to dance 2: Report of the second national inquiry into dancers' health and injury in the UK*. London: Dance UK.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer verlag.
- Leddy, M. H., Lambert, M. J. Matthew, H., & Ogles, B.M. (1994). Psychological consequences of athletic injury among high level competition. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 65, 349-354.
- Lee, S, A. (1995). Women's live in ballet: A psychological perspective. *Impulse* 3 (4), 229-237.
- Lee, S. (2001). Adolescent issues on a psychological approach to dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 5(4),121-126.
- Levine, M. N. (2004). *Beyond performance: building a better future for dancers and the art of dance*. New York: The Advance Project.

- Lewis, D. (1998). Health care for dance students at a performing arts academy: A dean's Perspective. *Medical Problems of Performing Artist, 13*(3), 114-116.
- Lewis, R. L., Dickerson, J. W. T., & Davies, G. J. (1997). Lifestyle and injuries of professional ballet dancers: reflections in retirement. *Journal of the Royal Society of Health, 117*(1), 23-31.
- Lewton-Brain, P. (2007). Dancing up hill: insights into performing on raked inclined stages. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 125-130). Eugene, OR: IADMS.
- Liederbach, M., Gleim, G.W., & Nicholas, J. A. (1994). Physiologic and psychological measurements of performance stress and onset of injuries in professional ballet dancers. *Medical Problems of Performing 9* (1), 10-14.
- Liederbach, M. (2000). General considerations for guiding dance injury rehabilitation. *Journal of Dance Medicine & Science, 4*(2), 54-65.
- Liederbach, M., & Compagno, J. M., (2001). Psychological aspects of fatigue-related injuries in dancers. *Journal of Dance Medicine & Science, 5*(4) 116-120.
- Liederbach, M., & Richardson, M. (2007). The importance of standardized injury reporting in dance. *Journal of Dance Medicine & Science, 11*(2), 45-48.
- Lindsay, P., & Quested, E. (2007). Striving for perfection: the relationship between perfectionism, stress and injury. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 6-10). Eugene, OR: IADMS.
- Little, J. C. (1969). The athlete's neurosis-a deprivation crisis. *Acta Psychiatrica Scandinava, 45*, 187-97.
- Macchi, R., & Crossman, J. (1996). After the fall: reflections of injured classical ballet dancers. *Journal of Sport Behavior, 19*(3), 221-234.
- Mainwaring, L. M., Krasnow, D., & Kerr, G. (1993). Psychological correlates of dance injuries. *Medical Problems of Performing Artist, 8*(1), 3-6.
- Mainwaring, L. M., Krasnow, D., & Kerr, G. (2001). And the dance goes on: psychological impact of injury. *Journal of Dance Medicine and Science, 5*(4), 105-115.

- Mainwaring, L., Krasnow, D., & Young, L. (2003). A teacher's guide to helping young dancers cope with psychological aspects of hip injuries. *Journal of Dance Education, 3*, 57-64.
- Mainwaring, L., Schriel, A., Laws, H., Krasnow, D., Molnar, M. (2005). Ethical principles and standards of practice for working with dancers. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 80-81). Eugene, OR: IADMS.
- Mainwaring, L. (2006) Creating self: Self perception and skills for managing self and stress. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of the 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 286-289). Eugene, OR: IADMS.
- Manuel, J.C, Shilt, J. S., Curl, W.W., Smith, J. A., Durant, R. H., Lester, L., & Sinal S. H. (2002). Coping with sports injuries: an examination of the adolescent athlete. *Journal of Adolescent Health, 31*(5), 391-393.
- Martínez, R. (2000). Danza, danza terapia y necesidades educativas especiales. *I Jornadas de Danza e Investigación, Murcia 1999*, (pp.107-109). Barcelona: Los libros de Danza.
- Massó, N. (1991) *Morfología i biomecànica del pie en el ballet*. Tesi Doctoral. Barcelona: U.B.
- Massó, N. (1992). Aproximació a l'estat de salut dels ballarins del nostre entorn. *Annals de Medicina, 73*(8), 185-192.
- Mays, H. (1994). *Dancers in transition: stress, coping and adjustment*. Doctoral Dissertation. New York: Yeshiva University
- Mayers, L., Judelson, D., & Bronner, S. (2003). The prevalence of injuries among tap dancers. *Journal of Dance Medicine & Science, 7*(4), 121-125.
- McCalister, S. (2006). From one extreme to another: What is the collegiate dance teacher's role in advising significantly overweight or obese dancers? In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 154-157). Eugene, OR: IADMS.
- McDonald, S. A., & Hardy, C. J. (1990). Affective response patterns of the injured athlete: an exploratory analysis. *The Sport Psychologist, 4*, 261-274.

- McGuinness, D.& Doody, C. (2005). An injury prevention measures used by these dancers. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*. (pp. 206-210). Eugene, OR: IADMS.
- McNair, D.M., Lorr, M., & Droppelman L. F. (1971). *Profile of Mood States Manual*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- McNair, D.M., Lorr, M., Droppelman, L. F. (1992). *Profile of Mood States Manual*. United States and Canada: Multi-Health Systems Inc.
- McNair, D.M., Heuchert, J.W.P., & Shilony, E. (2003). *Research with the Profile of Mood States (POMS) 1964-2002 : A comprehensive bibliography*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- McNeal, A.P., Watkins, A., Clarkson, P.M., & Tremblay, I.(1990). Lower extremity alignment and injury in young, preprofessional, college and professional ballet dancers: dancer-reported injuries. *Medical Problems of Performing Artists*, 5(2),83-87.
- Mejías, I. (2000). Intervención desde la psicología en un grupo de danza de grado elemental. *II Jornadas de Danza e Investigación, Burjassot 2000*, (pp.31-33). Barcelona: Los libros de Danza.
- Miller, C. (2006). Dance medicine: current concepts. *Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America*, 17(4),803-811.
- Milne, M., Hall, C., & Forwell, L. (2005). Self-efficacy, imagery use, and adherence to rehabilitation by injured athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 14, 150-167.
- Minden, E.G. (2005).*The ballet companion: A Dancer guide to the technique, traditions, and joys of ballet*. New York: Simon & Schuster.
- Morton, E. J., & Cassidy, D. J. (2006). Systematic review and best-evidence synthesis of musculoskeletal injury and pain in dancers. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 67-70). Eugene, OR: IADMS.
- Motta –Valencia, K. (2006). Dance-related injury. *Physical Medicine Rehabilitation Clinic of North America*, 17(3), 697-723.
- Moulton, M. A., Molstad, S., & Turner, A. (1997). The role of athletic trainers in counselling collegiate athletes. *Journal Athletic Training*, 32(2), 148-150.

- Murias, C. (1995). José de Udaeta -50 años en escena. Barcelona: Ediciones Serbal.
- Myszkewycz, L. & Koutedakis, Y. (1998). Injuries, amenorrhoea and osteoporosis in active females. *Journal of Dance Medicine & Science*, 2(3), 88-94.
- Nelson, D. P. & Chatfield, S. J. (1998). What do we really know from the literature about the prevalence of anorexia nervosa in female ballet dancers? *Journal of Dance Medicine & Science*, 2(1), 6-13.
- Nicholas, J. A. (1975). Risk factors, sports medicine and the orthopaedics system: An overview. *Journal of Sports Medicine*, 3, 243-259.
- Nilsson, C. Leanderson, J., Wykman, A., & Strender, L.E. (2001). The injury panorama in a Swedish professional ballet company. *Knee surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 9, 242-246.
- Noh, Y. E. (2005). *Psychosocial interventions for the prevention of injury in dance*. Doctoral dissertation. Australia: University of Victoria.
- Nordin, S. M., & Cumming, J. (2006a). The development of imagery in dance: part I: qualitative findings from professional dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10 (1&2), 21-27.
- Nordin, S. M. & Cumming, J. (2006b). The development of imagery in dance: part I: quantitative findings from a mixed sample of dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10 (1&2), 28-34.
- Nordin, S. M. & McCalister, S. (2006). Dance vs. sport psychology: Knowledge sharing to avoid re-inventing the wheel. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 251-255). Eugene, OR: IADMS.
- Parkinson, M. K., Hanrahan, S.J., Stanimirovic, R., & Sharp, L. (2007). The effect of perfectionism and physical self-concept on pre-performance anxiety in elite female gymnasts, basketball players, and ballet dancers. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 22-27). Eugene, OR: IADMS.
- Patterson, E., Smith, R., Everett, J., & Ptacek, J. (1998). Psychosocial factors as predictors of ballet injuries: Interactive effects of life stress and social support. *Journal Sport Medicine*, 21(1), 101-112.

- Pérez-Testor, S y Pérez-Testor, C. (2000). El impacto de una clase de iniciación a la danza en la estructuración del esquema corporal: Proyecto D.E.C. *I Jornadas de Danza e Investigación*, (pp. 25-27). Barcelona: Los libros de Danza.
- Poggini, L., Losasso, S., & Iannone, S. (1999). Injury during the dancer's growth spurt: etiology prevention, and treatment. *Journal of Dance Medicine & Science*, 3(2), 73-79.
- Powell, J.W., & Dompier, T. P. (2004). Analysis of injury rates and treatment patterns for time-loss and non-time loss injuries among collegiate student-athletes. *Journal of Athletic Training*, 39 (1), 56-70.
- Pozo, C. (2003). *Perfil antropométrico, biomecánico y clínico del bailarín de danza española*. Tesis Doctoral. Madrid: Facultad de Medicina Universidad Complutense.
- Quin, E., Redding, E., Qusted, E., & Weller, P. (2006). The effect of an eight-week creative dance program on the physiological and psychological status of 11-14 year old adolescents: An experimental study. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 256- 260). Eugene, OR: IADMS.
- Ramazzini, B. (1993). *Diseases of workers*. New York: The Classics of Medicine Library.
- Ramel, E.M., & Moritz, U. (1994). Self-reported musculoskeletal pain and discomfort in professional ballet dancers in Sweden. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 26(1), 11-16.
- Ramel, E. M., & Mortiz, U. (1998). Psychosocial factor at work and their association with professional ballet dancer's musculoskeletal disorders. *Medical Problems of Performing Artist*, 13(2), 66-74.
- Ramel, E. M., Moritz, U., & Jarnlo, G. (1999). Recurrent musculoskeletal pain in professional ballet dancers in Sweden: A six year follow-up. *Journal of Dance Medicine & Science*, 3(3), 93-100.
- Ramel, E. (2005). Good examples of injury prevention and visions of a better professional dance setting. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 30-32). Eugene, OR: IADMS.
- Rannou, J., & Roharik, I. (2006). *Les danseurs: un métier d'engagement*. Paris: Ministère de la Culture et de la communication. La documentation Française.

- Ravaldi, C., Vannacci, A., Zucchi, T. Mannucci, E. Cabras, P.L., Boldrini, M., Murciano, L., Rotella, C.M., & Ricca, V. (2003). Eating disorders and body image disturbances among ballet dancer, gymnasium user and body builders. *Psychopathology*, 36, 247-254.
- Requa, R.H., & Garrick, J. D. (2005). Do Professional dancers have medical insurance? Company-provided medical insurance for professional dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 9 (3&4), 81-83.
- Richardson, M. (2005). How much dance medicine coverage is enough: An exposure-based method of determination. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp.67- 71). Eugene, OR: IADMS.
- Rietveld, B. (2000). Dance injuries in the older dancer: Review of common injuries and prevention. *Journal of Dance Medicine & Science*, 4(1), 20-22.
- Rip, B., Fortin, S., & Vallerand, R. J. (2006). The relationship between passion and injury in dance students. *Journal of Dance Medicine & Science*, 10(1&2),14-20.
- Robson, B. E., & Gitev, M. (1991). In search of perfection. *Medical Problems of Performing Artists*, 6(1), 15-20.
- Robson, B. E. (2001). Adolescent development: how dancers compare with the typical teenager. *Medical Problems of performing Artist*, 16(3), 109-114.
- Robson, B. E. (2002). Disordered eating in high school dance students: some practical considerations. *Journal of Dance Medicine & Science*, 6(1), 7-13.
- Robson, B. E., Book. A., & Wilmerding, V.M. (2002). Psychological stresses experienced by dance teachers: “How can I be a role model when I never had one? *Medical Problems of Performing Artists*, 17(4), 173-177
- Robson, B. E. (2004). Competition in sport, music and dance. *Medical Problems of Performing Artists*, 19(4), 160-166.
- Robson, B. E. (2006). Am I going to be good enough for this profession? Emotional reactions to injury in ballet students. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *The 16th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 19-23). Eugene, OR: IADMS.
- Rönkkö, R., Heliövaara, M., Malmivaara, A., Poine, R., Seisalo, S., Sainio, P., & Kettunen. J. (2007). Musculoskeletal pain, disability and quality of life among retired dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, 11(4), 105-109.

- Rose, J. & Jevne, R. F. J. (1993). Psychosocial processes Associated with athletic injuries. *The sport psychologist*, 7, 309-328.
- Rosenberg, M. (1968). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press
- Ryan, A. J. (1998) Dance Medicine. In S.J. Cohen & INC. (Eds.), *International Encyclopaedia of dance: A project of dance perspectives* (pp.328-331). Dance Perspectives Foundation.
- Ryan, A.J. & Stephens, R.E. (1988). *The dancer's complete guide to healthcare and a long career*. Chigaco: Bonus Books Inc.
- Safety & Health in Arts Production and Entertainment (2004). Dancers and MSI: Symptoms, contributing factor, and types of injuries. *SHAPE*. Retrived 7 October, 2007 from [http:// www.shape.bc.ca](http://www.shape.bc.ca).
- Sakamoto, K. (2006). Comparing fitness levels of current and former dancers and soccer players. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 16<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp. 260-264). Eugene, OR: IADMS.
- Salzberger- Wittenberg, I. (1998). *L'experiència emocional d'ensenyar i aprendre*. Barcelona: Ediciones 62.
- Sanahuja-Maymó, M. (2005a). Emotional responses to injury in collegiate dance students. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of the 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*,(pp.45-49) Eugene, OR:IADMS.
- Sanahuja-Maymó, M. (2005b). Emotional responses to injury in collegiate dance students.(Abstract). *Journal of Dance Medicine & Science*, 9(2),63-64.
- Sanahuja-Maymó, M., Perez-Testor, C., & Virgili, C. (2006). Depressive symptoms and associated factors in a sample of collegiate dancer who suffer an injury. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of the 16th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm, Florida*, (pp. 264-268). Eugene, OR: IADMS.
- Saposneck, S.A. (1995). *After the ballet: the effects of career transition on sense of identity, self-concept, and body image*. Thesis. Reed College.
- Sarason, I. G., Johnson J.H., & Siegel, J.M. (1978).Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.



- Shah, S., & Weiss, D. (2005) Survey of Injury among professional modern dancer's incidence, risk factors, and management. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of the 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 181-182). Eugene, OR: IADMS.
- Sharp, L. (2003). A brief overview of the psychological aspects of injury. Retrieved March 13, 2004, from <http://www.ausdance.org.au/outside/quicklinks/teaching/injury.html>.
- Sharp, L. (2007a). Psychological considerations in enhancing dance performance. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 352-355). Eugene, OR: IADMS.
- Sharp, L. (2007b). A therapeutic approach to perfectionism among ballet dancers: A case study. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 17<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Canberra, Australia*, (pp. 31-35). Eugene, OR: IADMS.
- Shuer, M. L., Dietrich M.S. (1997). Psychological effects of chronic injury in elite athletes. *West Journal of Dance Medicine* 166(2), 104-111.
- Singer, K. (2004). The effect of neurofeedback on performance anxiety in dancers. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 14<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, San Francisco*, (pp. 62-67). Eugene, OR: IADMS.
- Smith, A. M., Scott, S. G., O'Fallon, W. M. & Young, M. L. (1990). Emotional responses of athletes to injury. *Mayo Clinical Proceedings*, 65, 38-50.
- Smith, A. M., Stuart, M. J., Wiese-Bjornstal, D. M., Milliner, E. K., O'Fallon, W. M., & Crowson, C. S. (1993). Competitive athletes: preinjury and postinjury mood state and self-esteem. *Mayo Clinical Proceedings*, 68(10), 939-947.
- Smith, A.M., & Milliner, E.K. (1994). Injured athletes and the risk of suicide. *Journal of athletic training*, 29(4), 337-411.
- Smith, R. E., Ptacek, J. T., & Patterson, E. (2000). Moderator effects of cognitive and somatic trait anxiety on the relation between life stress and physical injuries. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 269-288.
- Solomon R., Micheli, J., Solomon, J., & Kelley, T. (1995). The cost of Injuries in a professional ballet company: Anatomy of a Season. *Medical Problems of Performing Artists*, 10(1), 3-10.

- Solomon, R., Solomon, J., Micheli, J., & McGray, E. (1999). The Cost of injuries in a professional ballet company: A Five-Years Studys. *Medical Problems of Performing Artists*, 14(4),164-169.
- Solomon, R., & Solomon, J. (2003). Publications in dance medicine and science: A bibliographer's perspective. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of The 13<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Laban, London*, (pp.80-84). Eugene, OR: IADMS.
- Sonnenberg, J. (1998). Etiology, diagnosis, and early intervention for eating disorders. *Journal of Dance Medicine & Science*, 2(1), 14-18.
- Sorignet, P.E. (2006). Danser au-delà de la douleur. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 163, 46-61.
- Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck hopelessness scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 303-316.
- Steinberg, N., Siev-Ner, I., & Hershkovita, I. (2005) overuse and traumatic injuries in young dancers: Analysis by age. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *Proceedings of the 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 12-17). Eugene, OR: IADMS.
- Tajet-Foxell, B. & Rose, F. (1995). Pain and pain tolerance in professional ballet dancers. *British Journal of Sports Medicine*, 29(1), 31-34.
- Taylor, J., Taylor, C. (1995). *Psychology of dance*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers, Inc.
- Tracey, J. (2003). The emotional responses to the injury and rehabilitation process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15, 279-293.
- Trepman, E. (2000). The treatment and rehabilitation of dance injuries. *Journal of Dance Medicine & Science*, 4(1), 5.
- Tizón, J. L. (2004). *Pérdida, pena, duelo*: Barcelona: Fundació Vidal y Barraquer, Paidós.
- Turner, B.S., & Wainwright, S.P. (2003). Corps de ballet: the case of the injured ballet dancer. *Sociology of Health and Illness*, 25(4), 269-288.
- Twitchett, E. A. (2006). How psychological skills and techniques may be of benefit in dance training and performance. In R. Solomon & J.Solomon (Eds.), *The 16th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, West Palm Beach, Florida*, (pp.269-272). Eugene, OR: IADMS.

- Udry, E.(1997). Coping and social support among injured athletes following surgery. *Journal of Sport and Exercise Psychology*,19, 71-91.
- Udry, E., Gould, D., Bridges, D., & Beck, L. (1997). Down but not out: athlete responses to season-ending injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 19, 229-248
- Udry, E. (2001). The role of significant others: social support during sport injuries. In: S. Crossman (Eds.), *Coping with Sports Injuries: Psychological strategies for rehabilitation* (pp.148-161). New York: Oxford University Press
- Vallerand, R. J., Blanchard, C., Mageau,G., Koestner, R., Ratelle,C., & Gagné, M. (2003). Les Passion de l'âme: on obsessive and harmonious passion. *Journal of Personality and Social Pscychology*,85, (4),756-767.
- van Standen, A., & Poggenpoel, M. (2006). A psycho-educational model to facilitate the self-development and mental health of the pre-professional classical dancer as individual and artistic performer. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15th Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp.12- 15). Eugene, OR: IADMS.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The Social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-219.
- Wainwright, S. P., & Turner, B. S. (2004). Epiphanies of embodiment: injury, identity and the balletic body. *Qualitative Research*, 4(3), 311-336.
- Wainwright, S. P., Williams, C., Turner, B.S. (2005). Fractured identities: injury and the balletic body. *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study on Health, Illness and Medicine*, 9(1), 49-66.
- Warren, M. P., Brooks-Gunn, J., Fox, R. P.,Holderness, C.C., Hays, E.P., Hamilton, W.G., & Hamilton, L.H. (2003). Persistent osteopenia in ballet menarche despite hormone therapy: a longitudinal study. *Fertility and sterility*, 80 (2),398-404.
- Weiss, D.S. (2005). "When can I start point work?" Growth and Development Issues in the Young Dancer.
- Weigert, B. J., & Erickson, M. (2007).Incidence of injuries in female university-level modern dancers and the effectiveness of a screening program in altering injury. *Medical Problems of Performing Artists*,2, 52-57.

- Welsh, T. (1999). Ethical standard for experimental research with dancers. *Dance Research Journal*, 31 (1), 86-99.
- Welsh, T., Marjorie, M., Mainwaring, L., & Wyon, M. (2005). Ethical standards for experimental research with dancers. In R. Solomon & J. Solomon (Eds.), *Proceedings of The 15<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Association for Dance Medicine & Science, Stockholm*, (pp. 9-11). Eugene, OR: IADMS.
- Wiese-Bjornstal, D.M., Smith, A. M., Shaffer, S, M., & Morrey, M.A. (1998). An integrated model of responses to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69.
- Wilderding, M.V., Robson, B., E. & Book, A. (2002). Cigarette smoking in the adolescent dance population. *Medical Problems of Performing Artists*, 17, (3) 116-120.
- Wulff, H. (2001). *Ballet across borders: Career and culture in the world of dancers*. New York. Berg.

## **ANEXOS**

- Anexo 1** Profile of Mood States (POMS)
- Anexo 2** Beck Depression Inventory (BDI-II)
- Anexo 3** Beck Hopelessness Scale (BHS)
- Anexo 4** Coping with Health Injuries & Problems (CHIP)
- Anexo 5** Background & Associated Factors to Injury
- Anexo 6** Aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna (URL)
- Anexo 7** Aprobación del Institutional Board of Research Associates (IRBA) de NYU School of Medicine y Informed consent form to participate and authorization for research
- Anexo 8** Consent form for own participation
- Anexo 9** Ejemplos de comentarios de los participantes a las preguntas abiertas
- Anexo 10** Tablas de Resultados