



Fisioteràpia

REVISTA DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE FISIOTERAPEUTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

al dia
www.colfisiocv.com

FISIOTERAPIA en las Artes Escénicas

Volumen XVII N°2
Julio 2021

Solo si te interesa cambiar la fisioterapia



Máster Universitario en **Fisioterapia Deportiva**

Máster Oficial

Duración Octubre-Julio

Campus Valencia

Modalidad Presencial

Porque los fisioterapias sois esenciales, elige un máster que **multiplica tu potencial de empleabilidad**. Te especializarás en diagnóstico y tratamiento de todo tipo de lesiones deportivas. Con un enfoque científicamente avanzado y con desarrollo práctico de herramientas para abordar las dolencias musculoesqueléticas. Se trata del primer Máster Oficial de Fisioterapia Deportiva ofertado en la Comunidad Valenciana y que además da acceso al doctorado.



CEU

Universidad
Cardenal Herrera

Ahora es mañana

EDITA

Il.lustre Col.legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana

COMITÉ DE REDACCIÓ

Director: José Ángel González Domínguez
Subdirector: José Antonio Polo Traverso
Directora Técnica: Rosa Mª Marcos Reguero
Delegacions: Francesc Taverner Torrent (Alacant), Jesús Ramírez Castillo (Castelló) y José Casaña Granell (Valencia)

COMITÉ CIENTÍFIC

José Casaña Granell (UV)
Yasmin Ezzatvar de Llagó (UV)
Josep C. Benítez Martínez (UV)
Sofía Pérez Alenda (UV)
Felipe Querol Fuentes (UV)
Juan José Amer Cuenca (CEU-UCH)
José Ángel González Domínguez (CEU-UCH)
Jorge Alarcón Jiménez (UCV)
Luis Baraja Vegas (UCV)
Lucía Ortega Pérez (UEV)
José Vicente Toledo Marhuenda (UMH)
M. Rosario Asensio García (UMH)

COL-LABORADORS

José Dapena Ortiz, Ana Isabel Cabrera Mansilla, Beatriz Ros Lozano, Isaac Gomar Castelló, Noelia Sendra Arabi, María Teresa Soler Bataller, Ana María Zambrano, Javier López Pineda, Luis Gadea Mateos, María del Mar Alagarda Herrero, Gonzalo Rojas de la Cruz, Mireia Fuster Espí, Carles Expósito Rovira, Àngels Fenollosa Díez, José Ángel González, José A. Polo y José Miguel Tatay.

PORTADA

ICOFCV

REDACCIÓ I ADMINISTRACIÓ

C/ San Vicent Màrtir, 61, Pta 2
C.P. 46002 València
T: 96 353 39 68
E: administracion@colfisiocv.com
comunicacion@colfisiocv.com
W: www.colfisiocv.com
Depòsit Legal: V – 1930 – 2001
ISSN: 1698-4609

L' ICOFCV no es fa responsable de les opinions expressades pels seus col·laboradors en els articles publicats en esta revista. Tots els articles es publiquen en funció de la llengua en què es presentat l'original pel seu autor.

Carta de la direcció



José Ángel González

Director de FAD

Luces y... ¡acción!

Sí, mucha acción... Porque estas páginas vienen cargadas de eso: dinamismo, pasión, valores y, sobre todo, mucho arte.

Y es que los fisioterapeutas no solo pueden tratar a los artistas, sino que también muchos de nuestros colegas son auténticos artistas... también tocan, interpretan, actúan... porque muchos "fisios" son al mismo tiempo artistas, como comprobarán en esta publicación.

Dada la gran cantidad de colaboraciones en este número, aunque pueda sorprender por la aparente novedad del tema, no voy a llenar de nombres esta carta de la dirección (descúbranlos en nuestras páginas), sino de ideas: es impresionante la variedad de posibilidades que se abren a la Fisioterapia en este campo de las artes escénicas...

En mi caso, empecé a percatarme de ello precisamente cuando conocí a la profesional que entrevistamos en el *Parlem amb*, hace casi una década, con motivo de su visita a Valencia (había sido nombrada "madrina" de una promoción de egresados de Fisioterapia en la universidad donde imparto docencia). ¡Fisioterapia para los artistas! ¿Cómo es que hasta entonces apenas se conocía aquello?

Pues bien, las personas que lean detenidamente las próximas páginas comprobarán que un denominador común es la reivindicación... Si ya tenía muy asumido, como director de esta publicación, la imperiosa necesidad de abordar tan creciente modalidad de la Fisioterapia, una vez leídas las galeradas aportadas por nuestros formidables colaboradores (los "fisios"), así como las opiniones de sus clientes (los pacientes artistas), me queda meridianamente claro que estamos ante una de las más imperiosas necesidades en el futuro inmediato de nuestra profesión.

Por ello, solo puedo agradecer y felicitar a dichos copartícipes que tan amablemente han accedido a compartir su experiencia y conocimientos en una faceta hasta ahora desconocida por buena parte de la sociedad, pese a su más que justificada necesidad. De hecho, es muy llamativa la reiterada analogía que nuestros autores aplican en sus artículos, comparando el trabajo de los artistas con el de los deportistas de élite.

Por mi parte, aunque lego en la materia, permitan que les ofrezca en mi rincón histórico unas pinceladas de la que supone mi mayor pasión, aparte de la familia, las amistades y la fisioterapia: el entusiasmo por el séptimo arte (una inclinación ya infantil, creciente con el paso del tiempo). Pero no pretendo explicarles la interrelación fisioterapeutas-actores (algo que abordan magistralmente los colaboradores de este monográfico), sino cómo aparece reflejada la Fisioterapia en el Cine... ¡les sorprenderá!

Sin más, les dejo para que disfruten de este maravilloso monográfico que a buen seguro les enriquecerá, tanto sean profesionales de la sanidad como de las artes escénicas y, en general, enamorado del espectáculo...

¡Que suba el telón!

Sumari

05. Editorial

06. Monogràfic "Fisioteràpia en las Artes Escénicas"

08. La Comissió de l'ICOFCV

10. Parlem amb...

16. Fisioteràpia i música

48. Fisioteràpia i dansa

66. Fisioteràpia i teatre

76. Fisioteràpia i arts circenses

80. Racó històric

86. Visió perifèrica

90. Info col·legial

104. Secció d'Investigació

106. Article científic

114. Benvinguts

Monogràfic

Fisioteràpia en las Artes Escénicas

Fisioterapia
en las Artes Escénicas

06

90

SOMOS SANITARIOS

¡¡BASTA YA!!

CON LA SALUD NO SE JUEGA

92

96

Editorial ■



José Casaña Granell

.....
Decano del ICOFCV
Grado y Doctor en Fisioterapia
Licenciado en Educación Física
Diplomado en Enfermería

En este número la *Editorial* quiero dedicarla a todos los compañeros/as fisioterapeutas que a día de hoy no están vacunados frente a la COVID-19 por la lamentable gestión que está realizando la Conselleria de Sanitat. La Administración sí que está sirviéndose de las **Artes Escénicas**, actuando, teatrificando, interpretando..., en definitiva, engañándonos con mentiras y abandonando a todo el colectivo. Llevamos meses exigiéndoles la vacunación urgente pero siguen haciendo caso omiso. Lo reitero: **somos sanitarios, con la salud no se juega.**

... The End

The background of the page is a dark, atmospheric image of a stage. A bright, vertical beam of light, resembling a spotlight, descends from the top right corner, creating a hazy, blue-tinted glow. At the bottom of the image, there is a circular pattern of light on the floor, with several lines radiating outwards from its center, suggesting a stage floor or a large light fixture. The overall color palette is dominated by deep blues and purples, with the orange and white text providing a strong contrast.

FISIOTERAPIA

en las Artes Escénicas

Fisioteràpia y Artes Escénicas

Las Artes Escénicas y la Fisioterapia deben ir de la mano. A pesar de ser un campo poco conocido aún, tanto por los intérpretes y la sociedad en general como por los propios fisioterapeutas, la realidad se va imponiendo y nuestra profesión va ganando el protagonismo que merece por su aportación. La mayor parte de los artistas ensayan muchas horas al día, adoptando para su práctica posturas forzadas y mantenidas, que en no pocas ocasiones acaban en lesiones. Ayudarles a prevenirlas y obtener el máximo rendimiento de su trabajo es una misión multidisciplinar en la que el fisioterapeuta tiene un papel esencial como nos cuentan en este monográfico los propios fisioterapeutas y artistas.

Fisioterapia y el cuidado del artista, un binomio en crecimiento

En los últimos años ha ido creciendo exponencialmente la necesidad del colectivo artístico de encontrar a profesionales sanitarios, entre los que destaca el fisioterapeuta, que entiendan el idioma escénico así como que puedan ofrecerles soluciones reales a las limitaciones y lesiones a las que se enfrentan en su trabajo diario, desde la prevención y los ensayos hasta la puesta en escena y bajada del telón. La mayor demanda de esta especialidad es el origen de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV, creada en 2020, tal y como nos detallan sus miembros en el siguiente artículo.

El por qué de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

Este equipo de trabajo dedicado a las artes escénicas nace de la necesidad común de varios colegas con el alma dividida entre nuestra gran profesión, la fisioterapia, y nuestra pasión por la música y la danza. Surge de las ganas de compartir con otros compañeros de profesión la importancia del papel del fisioterapeuta dentro de los diferentes centros docentes tales como conservatorios de música y danza, escuelas de interpretación y doblaje, teatros, auditorios y grandes eventos artísticos, ya que esta rama de la fisioterapia resulta desconocida y pasa inadvertida incluso para muchos fisioterapeutas.

Parece evidente que cuando un paciente resulta lesionado por jugar a baloncesto, tenis, atletismo, etc. todos piensan "mejor que lo trate un 'físio' deportivo" y, por supuesto, es lo más apropiado. En cambio, cuando un artista padece una lesión por mala práctica artística se le suele recomendar que "desconecte" unos días o, con suerte, que vaya al fisioterapeuta. Lamentablemente se desconoce que también disponemos de profesionales formados específicamente para tratar a pacientes con este perfil y ahí es donde queremos llegar nosotros, porque la exigencia, dedicación y rendimiento que les es demandada a los artistas es tan alta como la demandada a un deportista de élite y, por lo tanto, necesitan la misma calidad en su atención.

Desde el espectro teatral, aunque la Comunidad Valenciana cuenta con un único centro superior donde poder cursar el Título Superior en Arte Dramático, solo en la ciudad de Valencia hay 15 centros de formación de arte dramático, además de los 21 centros de enseñanzas elementales de danza, 11 de profesional y 2 de enseñanza superior dentro de la comunidad, sin contar con las academias y las enseñanzas no reguladas.

La responsabilidad de tratar a los artistas con la atención que merecen, conocer sus lesiones, educarles en la prevención y guiarles para sacar el máximo partido de su trabajo es una misión interdisciplinar en la que el fisioterapeuta tiene su papel

Por otra parte, tenemos la suerte de vivir en una tierra de artistas por naturaleza, y por todos es sabido que la Comunidad Valenciana ha sido siempre cuna de músicos. En la actualidad, cuenta con 549 sociedades musicales con sus escuelas de música, lo que representa el 50% de España. Prácticamente en todas las localidades hay una o varias sociedades musicales, lo que supone alrededor de 40.000 músicos, 60.000 alumnos y más de 200.000 socios. Los músicos suponen un 4% de la población total de la Comunidad Valenciana, eso contando solamente con los músicos federados ya que debemos tener en cuenta que dentro de las sociedades musicales puede haber un tercio de sus componentes que no lo estén, por lo que más de un 5% de la población valenciana son músicos y en algún momento de su vida van a necesitar de nuestra ayuda profesional.

La responsabilidad de tratar a los artistas con la atención que merecen, conocer sus lesiones, educarles en la prevención y guiarles para sacar el máximo partido de su trabajo es una misión interdisciplinar en la que el fisioterapeuta tiene su papel.

Para lograr todo esto, resulta de suma importancia llevar a cabo una ardua tarea de divulgación no solo entre los artistas escénicos sino también dentro de nuestro propio colectivo. Nuestros artistas se enfrentan cada vez más a una mayor demanda física dado que tienen que dedicar largas horas de ensayos. Además, al escenificar tienen que poner buena cara por lo que necesitan que nos especialicemos en su cuidado y que estemos a la altura que el sector está demandando.

Actualmente se dedican muy pocos recursos a esta disciplina de la fisioterapia. Pese a que cada vez hay más fisioterapeutas interesados en este campo porque muchos dedicamos también una parte de nuestra vida al terreno artístico y somos conscientes de cómo nuestros

conocimientos pueden ayudar a nuestros compañeros, en numerosas ocasiones nos encontramos con el impedimento de que tenemos poca información específica a nuestro alcance. De ahí la necesidad de desarrollar estrategias y herramientas de actuación que implementen el trabajo dentro de este colectivo y de ahí también la necesidad de un buen campo de investigación. Pero para ello es indispensable que se ofrezcan formaciones específicas para artes escénicas, que las jornadas, congresos y talleres tengan cada día más presencia, que hagamos de esto un punto de encuentro entre los sanitarios y los artistas para poder compartir expectativas y necesidades y que los esfuerzos dedicados lleguen a buen puerto de manera que nos retroalimentemos y podamos crecer juntos dirigidos a un mismo propósito: el bienestar del artista y un mayor rendimiento profesional.

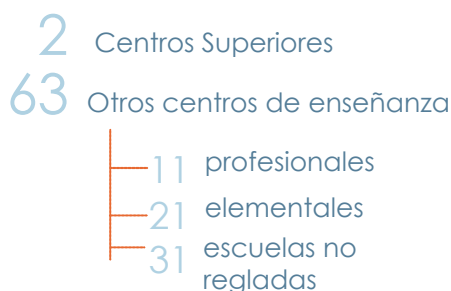
En definitiva, nacimos para divulgar la importancia de nuestra labor, estudiar las necesidades del colectivo artístico, crear recursos y ayudar a mejorar el rendimiento del artista.

LAS ARTES ESCÉNICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

RECINTOS ESCÉNICOS



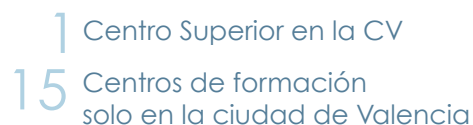
DANZA



MÚSICA



ARTE DRAMÁTICO



Parlem amb...

Ana Velázquez

Fisioterapeuta experta
en las Artes Escénicas



Ana Velázquez es una de las pioneras en Fisioterapia de las Artes Escénicas en España. Lleva formando a fisioterapeutas y a artistas en este campo desde el año 1999. Directora del Centro de Prevención en Artes Escénicas de Barcelona (CPAE), esta reconocida fisioterapeuta ha desarrollado su propio método para mejorar la calidad técnica y la prevención de lesiones en los artistas. En estos más de 20 años han pasado por sus manos músicos, bailarines, cantantes y actores nacionales e internacionales, así como centenares de compañeros. Asimismo ha sido ponente en diversos congresos, jornadas, cursos, talleres... incluyendo el Congreso Internacional de Medicina de las Artes Escénicas de Nueva York en 2016. Una trayectoria laboral y vital de la que hablamos en este *Parlem amb*.

¿Qué le motivó a especializarse en Artes Escénicas?

Mi abuelo era apuntador (persona oculta al público que dictaba en voz baja el texto a los actores cuando lo olvidaban) y he hecho teatro desde pequeña; desde siempre he estado ligada al mundo de la interpretación y he sabido que quería seguir entre bambalinas. Cuando tuve que elegir qué carrera estudiar, me gustaba mucho la parte asistencial de la Medicina pero no quería ser médico, quería algo que tuviera mayor contacto con el paciente y decidí estudiar Fisioterapia. Así, con mi mente enfocada en las Artes Escénicas, busqué información al respecto y contacté con fisioterapeutas que ya estaban trabajando en el mundo del espectáculo tanto en España como en otros países. De esta manera, compaginando formación y experiencia, fui sumando las técnicas fisioterápicas a las de teatro y música que fui aprendiendo con los años.

¿Le ha inspirado alguien? ¿Ha tenido algún mentor?

No, no he tenido ningún mentor ni me ha inspirado nadie en particular. La idea de trabajar con artistas surgió de la necesidad personal de querer compartir mi vida laboral con la artística, el *hobby* con el día a día.

Es una de las pioneras en España formando a fisioterapeutas en Fisioterapia aplicada a las artes escénicas desde 1999. ¿Conoce a otros pioneros en España y/o a nivel internacional?

En España, como institución asistencial y pionera en el tratamiento a los artistas y concretamente a los músicos, conozco al *Institut de Fisiologia i Medicina de l'Art* de Terrassa. A nivel internacional, en Australia está Bronwen Ackermann. Esta fisioterapeuta ha desarrollado un gran trabajo de ciencia y divulgación en Fisioterapia de las Artes Escénicas en la Universidad de Sidney. En EEUU destaca la PAMA (*Performing Arts Medicine Association*), fundada en 1989; en Francia están las asociaciones *Medecine des Arts* e *IAMS (Institute of Arts, Music and Science)*; y en España, AMPAE (Asociación Multidisciplinar para las Artes Escénicas) de la cual soy miembro fundador y actual vicepresidenta.

En 2016 participó como ponente en el Congreso Internacional de Medicina de las Artes Escénicas de Nueva York. ¿Qué supuso para usted a nivel profesional y personal?

Participar en el Congreso de Nueva York fue una gran satisfacción. De hecho, desde el punto de vista profesional, era la primera vez que se hablaba de posturología clínica en un Congreso de estas características. Presenté un estudio estadístico en el que comparé diferentes tipos de asientos para músicos, en concreto, una banqueta normal de piano con una banqueta ergonómica con el objetivo de valorar si había cambios en la percepción de la verticalidad, midiendo en cada caso de forma estadística la vertical visual subjetiva. A nivel de ergonomía y de biomecánica sí se ha estudiado mucho pero a nivel sensitivo no, por eso fue un reto y un honor presentarlo a este nivel.

El resultado del estudio muestra cómo en función del asiento hay cambios estadísticamente significativos. Queda mucho por estudiar, aunque podemos afirmar que nuestras nalgas callan más de lo que dicen... y en tema de postura, tienen un protagonismo sensorial que hoy en día no estamos atendiendo.



Centenares de fisioterapeutas se han formado con su método. Sin embargo, en nuestro país aún no existe una formación oficial, ¿cree que es necesaria?

Sí, es esencial para poder crear la especialidad, para crear lugares de trabajo para fisioterapeutas, tanto en las consultas privadas como dentro de los centros educativos, teatros y conservatorios. De esta forma, el artista pedirá directamente ser atendido por un fisioterapeuta especializado en artes escénicas, ya sea de música, danza o teatro/voz.

De hecho, hay interés ya que cuatro universidades me lo han propuesto pero finalmente no se ha llevado a cabo... Confío en que se hará, de hecho, seguimos trabajando en ello desde AMPAE.

Ha trabajado y formado a distintos artistas, entre ellos destacados actores como Blanca Portillo y Carmelo Gómez, la soprano Carmen Bustamante o el músico de jazz Chano Domínguez, ¿qué le aportó esta experiencia?

Sin duda, ha sido una experiencia muy grata, he trabajado muy bien con ellos. Ha sido muy gratificante, ayudar a la gente es el mejor pago.

Escuchar la voz de profesionales como Carmelo Gómez confesando que han abusado de su cuerpo apoyándose en la sensación de que su corporeidad sería fuerte y tiraría lo que él quisiera hasta que se dio cuenta de que no es así, que o te cuidas o acabas mal, y que el trabajo que hacemos es indispensable para su labor y su crecimiento personal ha dado más fuerza a mi objetivo, ha reforzado que la labor empezada años atrás ha sido buena para muchas personas.

Y por otro lado, la adrenalina que me genera estar al pie del cañón; trabajar a contrarreloj para que el espectáculo siga al 100% es un reto.

Asimismo, ha realizado divulgación en diferentes escuelas de arte dramático, centros de fisioterapia y conservatorios de música de España, Suiza, Nueva York, Reino Unido, Chile, México, Panamá, China, Japón... ¿Qué ha aprendido en ellos?

He aprendido mucho, todas las personas con las que he compartido proyectos me han enseñado su manera de trabajar y ello me ha llevado a mejorar todavía más la parte asistencial y preventiva. También me ha servido para darme cuenta que lo importante es la comunicación, mejorar de forma colectiva. Si no compartimos lo que sabemos nos lo llevamos a la tumba.

¿Cómo ve la Fisioterapia en Artes Escénicas a nivel internacional y qué diferencias ha encontrado respecto a España?

Dependiendo del reconocimiento que se dé al artista está más o menos implantada. En aquellos países en los que la cultura está incluida en el plan educativo, se considera un bien esencial, forma parte de la vida social, se consume a diario,... la fisioterapia en este campo se conoce y se valora más. En cambio, en los países en los que se considera al artista como algo banal o superfluo, esto se refleja en nuestro campo, el asistencial, y no hay un desarrollo paralelo de la fisioterapia. Te puedo garantizar que estoy deseosa de ver crecer a la par la cultura y la fisioterapia en España.

También influye el valor que le da el propio artista, si es consciente de que necesita una preparación previa y una asistencia especializada. Si esto se interioriza desde pequeños, después se demanda. Por lo tanto, si queremos crecer como fisioterapeutas, debemos estar en el sistema educativo, intervenir en la prevención como asignatura en las aulas y conservatorios profesionales, en teatros y audiciones.

¿Cree que en España los artistas profesionales dan valor a la Fisioterapia en las Artes Escénicas? ¿Y los amateurs?

Los pacientes que vienen a la consulta sí conocen la importancia de tener un fisioterapeuta a su lado. Cada vez son más las personas que buscan a un fisioterapeuta especializado, no solo para la parte de tratamiento y asistencia, también para revisar su coreografía y puesta en escena desde un punto de vista biomecánico con el objetivo de prevenir lesiones y sacar el máximo rendimiento de sí mismo... Sí, los artistas dan valor a la Fisioterapia, sin duda.

Es autora de los libros “Cómo vivir sin dolor si eres músico” y “El artista sin dolor”. ¿Cuál es el objetivo principal de estas obras?

Ambos han sido un encargo de la editorial. El objetivo prioritario es llegar a los artistas, que sepan qué es la



Ana Velázquez con el actor Carmelo Gómez

posturología clínica, desde la parte más sensitiva, propioceptiva, y como segundo objetivo, mejorar el rendimiento para que no haya lesiones.

En mi último libro hablo más de la interpretación, de las distintas escuelas y de cómo el trabajo corporal y la corporeidad que se enseña en las aulas de expresión y arte dramático puede complementarse con la fisioterapia.

En cambio, mi primera obra va de lleno a evaluar distintos instrumentos para que el músico sepa que algunos de ellos pueden ser por su forma de agarre el motivo de desequilibrios posturales, ya sean biomecánicos o posturológicos.

¿En qué medida es importante que un artista reciba tratamiento de un fisioterapeuta especializado bien sea en danza, música...?

Es tan importante como cualquier especialización que podamos tener. El fisioterapeuta puede y debe valorar la postura, el instrumento, qué entrenamiento hace, qué calentamiento, qué potenciación, qué partituras, que coreografía, qué puesta en escena... todo ello es clave para entender el trabajo que el artista está haciendo en ese momento y saber cómo se ha podido o se puede lesionar y, en base a ello, realizar una pauta preventiva.

“Es indispensable formar parte del elenco desde el minuto 0 para poder realizar un plan de prevención y de tratamiento a medio y largo plazo”

”



¿Cómo calificaría el papel del fisioterapeuta en los escenarios?

El fisioterapeuta es la mano izquierda del director y la mano derecha del logopeda. Cuando el director requiere que el artista haga algo y no tiene esa capacidad, el fisioterapeuta entiende de dónde viene esa necesidad biomecánicamente y puede llevar a esa persona a conseguirlo. Y en cuanto al logopeda, porque tanto en danza como en teatro o música, la respiración y la proyección son esenciales y es vital el *feedback* para realizar un trabajo interdisciplinar.

¿Qué oportunidades laborales ofrece la Fisioterapia aplicada a las Artes Escénicas?

Artistas va a haber siempre y van a necesitar del fisioterapeuta. Además, cuando conocen que hay profesionales especializados van a buscarlos porque saben que les van a entender. El artista quiere que lo comprendas desde la parte física y la emocional, que pueda hablarte en su idioma, que si esta tarde o mañana tiene que hacer una actuación le ayudes a afrontarla en las mejores condiciones, porque sí o sí la va a hacer, que concibas que no cabe la opción de parar.

¿Cuáles son los retos de futuro?

Darnos a conocer más, estar dentro de los conservatorios, de las escuelas, formar parte del equipo artístico de las compañías, que no nos llamen en los últimos días o cuando ya hay una lesión. Es indispensable formar parte del elenco desde el minuto 0 para poder realizar un plan de prevención y de tratamiento a medio y largo plazo; trabajar mano a mano con el coreógrafo y con el director de escena es muy importante.

¿Qué es lo que más le gusta de este mundo?

Que hay mucha alma, la expresión creativa muestra lo más profundo de ti. También me gusta poder dar un tratamiento muy efectivo y que la persona te diga que gracias a ello ha podido actuar. El placer es inmenso, la gratitud que se siente es infinita. De alguna forma, es cuidar del alma del artista ya que todos trabajan con ella.

¿Piensa que los artistas cuidan su cuerpo igual que lo hacen otros deportistas profesionales, a pesar de dedicar las mismas horas o más?

Los bailarines piensan que lo cuidan porque calientan y estiran pero no siempre es la mejor opción porque normalmente lo hacen de forma grupal, no adaptada a cada uno de ellos y a sus necesidades. Los músicos sí que cuidan cada vez más su cuerpo. El profesorado tiene más información y también pueden encontrarla en internet, esto hace que pocas veces vengan con lesiones agudas. De hecho, ahora no veo las mismas lesiones que veía hace 15 años, ahora en cuanto les duele algo consultan.

¿Qué consejos le daría a un artista respecto a lo que debe hacer y lo que no desde la Fisioterapia?

Que cuando tengan una duda, un problema por simple o leve que les parezca, que consulten al fisioterapeuta. El trabajo del artista depende tanto de su rendimiento que vale la pena invertir en calentamiento, potenciación, estiramiento,... y aquí el fisioterapeuta es clave para adaptarle una pauta que le ayude.

¿Qué le diría a otros compañeros fisioterapeutas que puedan estar interesados en su campo?

Que si les gusta tiran hacia delante, es muy gratificante. Este campo es muy vocacional, como lo demuestra el hecho de que muchos compañeros son también músicos, bailan, hacen teatro..., es decir, ya tienen dentro el gusanillo de las artes escénicas, de la creatividad.

Por último, si quiere añadir alguna cosa, hacer algún agradecimiento...

Agradecer al ICOFCV la difusión del trabajo de la Fisioterapia en las Artes Escénicas y, en general, dar las gracias a todas las instituciones y colegios profesionales así como a las personas que han confiado en mí en su momento a lo largo de estos años.



“La gratitud que se siente es infinita. De alguna forma, es cuidar del alma del artista ya que todos trabajan con ella.”



Fisioterapia y Música

La música es un arte en sí misma, pero también es un arte escénica. De hecho, es una de las más practicadas, especialmente en la Comunidad Valenciana. Esta es una tierra de músicos, profesionales y *amateurs*, un hervidero de orquestas, bandas, charangas y festivales. Ayudarles a poder seguir su actividad sin lesionarse y a optimizar su rendimiento es el objetivo principal de la Fisioterapia. ¿Quieres saber más? Sigue leyendo...

La Unidad de Música y de las Artes Escénicas del Hospital de Manises, un servicio público pionero y único en la CV



José Dapena Ortiz

Colegiado 3181
Fisioterapeuta en la Unidad de Música y de las Artes
Escénicas del Hospital de Manises
Experto en ATM

La Unidad de Medicina de la Música y de las Artes Escénicas del Hospital de Manises es un servicio de carácter público pionero en la Comunidad Valenciana que se puso en marcha a principios del año 2017. Dada la extensa tradición musical de bandas de música en la Comunitat Valenciana y la creciente demanda -la región cuenta con más de 200.000 músicos federados- el Departamento de Salud de Manises consideró necesario la creación de una unidad integral focalizada en tratar las dolencias de los músicos de una manera técnica. Esta es una unidad interdisciplinar que cuenta con diferentes profesionales sanitarios especializados en el mundo del arte, y de la música en particular, cuyo objetivo es la detección precoz de patologías o la sanación de un grupo de personas tan particular como es el músico. En la Unidad nos encontramos médicos rehabilitadores, foniatras, psicólogos, otorrinos, neurofisiólogos, maxilofaciales, logopedas y fisioterapeutas (siempre pudiendo derivar a otros especialistas). Es decir, se aborda al paciente desde un punto de multidisciplinar, lo que aporta una visión de las patologías mucho más amplia y se obtiene mucha más información para llegar a un diagnóstico de una forma más precisa.

A ella puede llegar toda persona que se dedique al mundo de la música. Para ello bastará con que solicite a su médico de cabecera un volante para rehabilitación, el cual debe entregar en el Hospital de Manises para su tramitación.

En estos cuatro años que lleva en marcha el servicio, he aprendido que para tratar a un músico, lo más importante es hablar en el mismo idioma que él. Es decir, tienes que saber qué le mueve en su vida y cómo pueden afectarle sus dolencias, independientemente de qué técnicas fisioterápicas puedan ser más o menos efectivas en cada caso. La eficacia se ve aumentada cuando el músico nota que sabes de lo que te está hablando y de lo que siente en ese momento.

Por otra parte, hay que entender al músico como un deportista de élite del músculo fino. Esto es debido a que un músico se pasa muchas horas estudiando (el equivalente a entrenar) y está sometido a gran estrés a nivel psicológico, pero con la diferencia de que los músculos que emplea son mucho menos potentes que los que usa un deportista. De hecho hay estudios que han demostrado que durante un concierto las pulsaciones medias del músico superan las 130, por lo que es considerado un trabajo de riesgo. De ahí la importancia del entrenamiento físico y de saber cuidarse.

Con estas bases, explicaré cómo es mi día a día como fisioterapeuta.

El paciente me llega derivado del médico rehabilitador. En ese momento, lo primero que realizo es una breve entrevista de la que obtengo dos cosas esenciales: de-

tección de conocimientos de salud del músico y la definición del correcto enfoque del tratamiento. Hablo de detección de conocimientos de salud del músico debido a que más del 95% de los pacientes no hacen tareas tan cotidianas como calentar y estirar. Y no solo no lo hacen, sino que además desconocen qué es cada cosa y que deben realizarlas. Es decir, existe un importante desconocimiento de hábitos saludables en el mundo de la música.

También realizamos una valoración instrumental del paciente. Es decir, vemos cómo actúa con el fin de detectar si el problema que presenta es debido a la postura que adopta. Para ello no nos sirve analizar sólo el abordaje del instrumento, sino que tenemos que observar los movimientos que realiza o las posiciones mantenidas que pueden desencadenar lesiones. Una vez detectadas, con la colaboración del paciente, procedemos a un cambio de postura en la cual se sienta cómodo. Es importante tener en cuenta que no podemos cambiar ciertas cosas drásticamente por lo que a menudo se busca un punto intermedio a través del diálogo. Tras ello, le enseñamos ejercicios para fortalecer la musculatura que está trabajando de manera incorrecta y compensar así los problemas que ello genera.

Así mismo, realizamos una sesión con un máquina de *biofeedback* mientras el paciente toca el instrumento con el objetivo de incrementar su percepción, que sienta si hace una contracción más fuerte de lo necesaria de determinados músculos y compruebe si realizando menor fuerza consigue que suene igual. Por la experiencia, sabemos que muchos músicos ejecutan una fuerza mayor de la realmente necesaria, y al pasarse tantas horas estudiando, a la larga genera lesiones.

Otra parte del tratamiento es el abordaje del dolor, el cual llevamos a cabo desde el campo de la distracción. Para ello nos valemos de diferentes herramientas para distraer al músico mientras toca. Con ello buscamos que su mente no asocie tocar a dolor, algo que pasa bastante a menudo. Hay muchos músicos que cuando tocan, notan dolor desde el minuto uno. Nosotros les pedimos que realicen ciertas tareas, como por ejemplo cálculo mental, a la vez que desarrollan su actividad musical. En un 90% de los casos, el resultado suele ser "no me he dado cuenta de si me dolía o no". Es decir, buscamos romper los patrones que generan esa alerta nociceptiva en su cerebro.

Perfiles y patologías más comunes

A lo largo de estos años, hemos tratado en torno a 350 pacientes. En cuanto al perfil, lo más llamativo es que el 66% de los pacientes que vienen tienen una edad entre



PERFIL DEL PACIENTE UNIDAD

350 pacientes tratados desde 2017

66% tienen entre 16 y 24 años

Principal problema: dolor cervical

Otras patologías frecuentes: ATM

Prevalencia usuarios por instrumento:
 violín, clarinete, flauta y relacionados
 con percusión

Patologías por instrumento:
 en violín y flauta problemas cervicales
 en clarinetistas y percusionistas epicondilitis

los 16 y 24 años. En este sector de población, uno de los que mayores cargas de estudio tienen, cabe destacar la falta de ejercicio físico, es decir, prácticamente se dedican en exclusiva a la música, olvidando cuidar su cuerpo a través de la actividad física.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el principal problema que presenta el paciente es dolor cervical. Además, conforme avanza la edad del paciente que acude, el dolor cervical viene acompañado de parestesia, pesadez y cansancio de miembros superiores. Por lo tanto, parece ser que con el paso del tiempo, acaban apareciendo unas retracciones musculares que desencadenan diferentes síndromes de desfiladeros.

Por último, cabe destacar las patologías relacionadas con la embocadura y/o con la Articulación Temporo-mandibular (ATM). Son patologías muy frecuentes debido a la gran cantidad de instrumentos de viento que hay en la comunidad. Es por ello que la presencia de un maxilofacial, de un foniatra y de un profesional experto en ATM es bastante importante.

Por tipo de instrumento, destacan por encima de la media el violín, el clarinete, la flauta y los relacionados con la percusión. Mientras que los músicos que tocan el violín y la flauta acuden principalmente por problemas cervicales (derivados sobre todo de la elevación de hombros a la hora de coger el instrumento y de la falta de condición física), los problemas mayoritarios de los clarinetistas y de los percusionistas se encuentran en los codos, existiendo un gran porcentaje de problemas de epicondilitis.



LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Con la cifra tan elevada de músicos que se acaban lesionando en algún momento de su trayectoria como intérpretes, este servicio era más que necesario. Desde el año 2018 he estado en las manos de esta Unidad y puedo afirmar la incuestionable profesionalidad de los doctores, fisioterapeutas, enfermeros, auxiliares... de todos los sanitarios que conforman este departamento tan esencial para personas que, como yo, no hemos tenido la opción (hasta ahora) de tratar nuestras lesiones de forma tan personalizada. Profesionales que han sabido detectar las causas y los remedios de mis daños. Agradecer enormemente la asistencia que recibí.

MIGUEL PERIS MARTÍNEZ
Clarinete Bajo Solista de la Banda
Sinfónica Municipal de Valencia

Importancia de la fisioterapia en los instrumentistas de viento



Ana Isabel Cabrera Mansilla

Colegiada 3972
Fisioterapeuta y Osteópata
Gerente de Fisoartem

En relación a las artes escénicas y la fisioterapia hay pocos estudios que nos den información sobre la importancia de una buena postura y qué músculos del cuerpo se implican, teniendo ello una vital importancia en la capacidad respiratoria del músico de viento y la calidad del sonido.

El 93% de los músicos padecen trastornos musculoesqueléticos relacionados con la práctica instrumental en algún momento de su carrera, creando una disfunción en el sistema de estabilización postural y dentro del sistema musculoesquelético, afectaciones tales como alteración de la curvatura espinal anteroposterior, el sistema temporomandibular, región del hombro y cuello, manos y columna lumbar.

Algunos autores han apuntado a la relación de la postura y la calidad del sonido, junto a la mejora del rendimiento musical, y a los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) en músicos de viento. Todos los instrumentos de viento tienen posición asimétrica, unos más que otros pero esto, junto a una mala postura, puede afectar tanto a la calidad de vida como al rendimiento musical.

El control inadecuado de los músculos del equilibrio conducirá a un uso excesivo de los músculos activos y pasivos, lo que se traducirá en esfuerzo físico, fatiga, cansancio y molestias musculoesqueléticas.

El sistema temporomandibular es responsable de la generación de sonido cuando se tocan instrumentos de viento. A largo plazo y con un uso intensivo, esto causa cambios en la musculatura y en la ATM, a menudo dando como resultado trastornos temporomandibulares.

El diafragma no debe verse como un segmento sino como parte de un sistema corporal. Este músculo es importante y tiene mucha información para todo el cuerpo, desde el sistema trigeminal hasta el suelo pélvico, pasando por el diafragma torácico hasta el suelo de la boca: la red de respiración. Produciéndose así una continuidad anatómica en estrecha relación con la postura y la respiración.



Hay una estrecha relación entre la musculatura de la boca y el diafragma, por lo tanto, es importante el tratamiento de este músculo respiratorio ya que repercute sobre la postura y la capacidad respiratoria del músico de viento.

En los instrumentistas de viento madera se suelen afectar más las manos, muñecas y músculos flexores intrínsecos y extrínsecos de los antebrazos. Casi todos padecen síntomas inflamatorios en la mano derecha, sufriendo especialmente el pulgar ya que es este el que soporta el peso del instrumento.

Los clarinetistas tienden a lesionarse los músculos de la muñeca derecha y los ligamentos colaterales radiales del pulgar, así como los ligamentos carpo-metacarpianos de la base del pulgar. Los flautistas presentan en mayor medida procesos inflamatorios como la tenosinovitis de Quervain.

En los instrumentistas de viento metal es más frecuente sufrir lesiones en el orbicular de los labios y articulación temporomandibular. En trompetistas la ruptura de dicho músculo orbicular o "síndrome Satchmo" es debida a la alta presión que requiere tocar la trompeta. Otros instrumentos, como el trombón, también aumentan la vulnerabilidad de padecer dicha patología. El nombre "Satchmo" es el apodo que recibía el célebre trompetista de jazz, Louis Armstrong, quien sufrió esta lesión.



Cuando se tratan lesiones musculares asociadas a la sobrecarga, el reposo no suele ayudar, es preferible disminuir la práctica y reforzar con ejercicios para ejercitar la musculatura necesaria



En los instrumentos de viento metal, el sonido se produce al adaptar los labios del músico a la boquilla herméticamente y, haciendo vibrar los mismos dentro de ésta, se produce un sonido que luego es amplificado por el propio instrumento. Sin embargo, en los instrumentos de viento madera la vibración es producida por una lengüeta que se encuentra en la boquilla al soplar por ella, por lo que la incidencia es mayor en instrumentistas de viento metal debido a la embocadura, y afecta tanto a los labios como a la capacidad de contracción del orbicular y a los dientes que producen el apoyo.

¿Qué patologías específicas presentan los instrumentistas de viento?

VIENTO MADERA

Lesiones en manos, antebrazos y muñecas



Saxofonista

Lesiones en los dedos



Flautista

Tenosinovitis de Quervain

VIENTO METAL

Lesiones en musculatura de la boca (orbicular de los labios y articulación temporomandibular)



Trompetista



Trombonista

Síndrome Satchmo

¿Qué síntomas refiere el músico?

Trastornos musculoesqueléticos relacionados con la práctica (PRMD)

Dolor

Pérdida de control



Fatiga

Entumecimiento



La ergonomía, la eficiencia del movimiento y la postura corporal se han de trabajar en consulta y reeducarlas para tener una forma más sana de hacer música





En consulta hago que los músicos tomen consciencia de que el instrumento es todo su cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, y que el instrumento externo es una prolongación de ellos ”

Los síntomas que refiere el instrumentista independientemente del nivel profesional y, hay que tener en cuenta tanto al comienzo de la enseñanza como cuando lleva más de 20 años tocando, son: dolor, fatiga, pérdida de control, entumecimiento, hormigueo, así como otros síntomas que interfieran en la práctica instrumental. Estos síntomas se engloban bajo el término trastorno musculoesquelético relacionado con la práctica (PRMD).

Los músicos no hemos crecido con la cultura de cuidarnos como los deportistas pero en la práctica actúa todo el cuerpo y debemos tomar conciencia. Además, cuando se tratan lesiones musculares asociadas a la sobrecarga, el reposo no suele ayudar, es preferible disminuir la práctica y reforzar con ejercicios para tomar conciencia y ejercitar la musculatura necesaria.

La ergonomía, la eficiencia del movimiento y la postura corporal se han de trabajar en consulta y reeducarlas para tener una forma más sana de hacer música. Observar la importancia de mejorar los patrones de movimiento y la postura al tocar un instrumento musical es un trabajo que tenemos que hacer en conjunto con el músico y, sobre todo, con los profesores desde el grado elemental.

En consulta hago que los músicos tomen consciencia de que el instrumento es todo su cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, y que el instrumento externo es una prolongación de ellos; que tengan en cuenta la relación de la tensión del diafragma respiratorio y la musculatura de la articulación temporomandibular. En cuanto son conscientes, suelen notar una mejor amplitud en la caja torácica y relajación de la mandíbula, y pueden coger su instrumento de manera más ergonómica y sin tensiones.



Durante mis estudios de grado medio de clarinete tuve una lesión que nadie sabía explicarme, ni mi profesor, ni médicos (otorrinolaringólogo, neumólogo), ni odontólogos,... a los 30 minutos de estar tocando, sobre todo en clase, la musculatura de la boca en el lateral derecho se debilitaba, el aire se iba por la nariz, no podía controlarlo, tenía que parar y hacer ejercicios para relajar un poco la boca y labios y continuaba unos minutos más, así estuve 6 meses. Nadie supo explicármelo, y al hacer los estudios de fisioterapia en artes escénicas lo comprendí, tenía fatiga muscular.

En España aún nos falta tomar mucha conciencia a los músicos y profesores, sobre todo desde el comienzo de la enseñanza, y ahí es donde es aconsejable hacer un trabajo en conjunto con la fisioterapia en artes escénicas, principalmente para la prevención.

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

El día que fui a un experto en fisioterapia para músicos cambió mi vida. La fisioterapia que recibí no solo me ayudó físicamente, doliéndome menos el cuerpo, sino que psicológicamente también me permitió seguir adelante y continuar al máximo rendimiento en un momento difícil. Desde entonces recomiendo ir al fisioterapeuta a cualquier músico que tenga dolor o algún problema para tocar. La labor de los fisioterapeutas es fundamental por su conocimiento de los músculos y el cuerpo humano. Los músicos necesitamos de especialistas que conozcan nuestras exigencias, esfuerzos y todo lo que rodea a la vida del músico.

ERNESTO AURIGNAC

Saxofonista, compositor y miembro fundador de la Asociación de Jazz de Málaga



”

Después de treinta largos años dedicados a la profesión más bonita del mundo, la música, llegó la inesperada lesión. Tras un gran esfuerzo mi cuerpo dijo: “basta de maltrato”.

Gracias a mi fisioterapeuta, que supo tratar el problema muscular con unas cuantas sesiones, pude resolver el problema en una brevedad máxima.

Gracias por existir.

RAÚL GARCÍA GARCÍA

Trompetista

Foto: LybraFotografia019

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

A raíz de las horas de estudio tocando el saxofón, el clarinete, el piano y la batería tengo un alto riesgo de padecer dolencias en manos, cuello y espalda. Adoptar una postura estática durante mi práctica hace que vaya acumulando tensiones que en algunos casos han derivado en serias lesiones, hasta el punto de no poder tocar durante meses. Tras casi 30 años, la mejor solución que he encontrado es mantener un contacto regular con la fisioterapia. Me ha ayudado a estar sano y me ha permitido mantener un ritmo de estudio muy exigente. Sin la ayuda de la fisioterapia no hubiera podido cumplir muchas de mis metas y seguramente muchos retos se hubieran visto truncados por una lesión.

JOAN BENAVENT VALLEJO
Saxofonista



”

Me dedico profesionalmente a tocar diferentes instrumentos, cosa que me ha llevado a conocer patológicamente muchas partes de mi cuerpo: con el acordeón las lumbares, con el piano el cuello, con los instrumentos de cuerda las manos y los dedos...

Llevo acudiendo a la fisioterapia más de 20 años, al principio en momentos de bloqueo y dolor. Me ha enseñado a ser más consciente de mi cuerpo, a cuidarlo y a mantenerlo para poder llevar a cabo mi carrera.

ISABEL LATORRE SAEZ
Acordeonista

Fisioterapia para los intérpretes de cuerda y percusión



Beatriz Ros Lozano

Colegiada 5882

Miembro de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

Fisioterapeuta clínica Kinesis

Músico profesional y estudiante del CSMV-Conservatorio Superior de Música Joaquín Rodrigo de Valencia

Las artes escénicas conforman un mundo único y especial. La búsqueda de la perfección y la competitividad afecta a todas las disciplinas y el ámbito musical no es una excepción. ¿Quién no ha soñado con ser un gran virtuoso del violín como Paganini o tocar la batería como Roger Taylor de "Queen"? Para alcanzar la excelencia, se enseña que hay que pasar cuantas más horas mejor, repitiendo los mismos movimientos sin realmente atender a ninguna postura, ni importar cómo te sientas, y todo esto bajo situaciones de estrés muy altas, acabando exhausto tanto mental como físicamente.

En el mundo hay unas 371 orquestas profesionales, de estas aproximadamente 140 están en Europa y en España hay alrededor de 12 (datos extraídos de la web *soclassiq*). A todas estas, hay que añadir otras tantas *amateurs* no contabilizadas. La Comunidad Valenciana cuenta con un total de 174 orquestas, según datos de un artículo publicado en el periódico El Mundo en 2015, frente a las aproximadamente 1000 bandas de música que existen en nuestro territorio. Se puede extraer que, en la Comunidad, la proporción de instrumentistas de cuerda es muy inferior a la de intérpretes de viento. Pero que sean una minoría no implica que debamos olvidarnos de sus patologías.

Entre el 44,7% y el 93%, especialmente de los músicos de cuerda, aseguran haber tenido algún episodio de dolor a lo largo de su vida con el instrumento, incluso muchos han tenido que dejar de perseguir sus sueños por sufrir lesiones incapacitantes. Es muy famoso el ejemplo de Schumann ya en el siglo XIX, quien, buscando una mayor agilidad en el piano se lesionó, teniendo que dejar su carrera interpretativa para siempre y dedicarse a la composición. Y él solo es la punta del iceberg de tantos y tantos músicos del pasado y del presente que han tenido que abandonar su carrera interpretativa a causa de una lesión.

Centrándonos en los instrumentistas de cuerda, en general, tienden a sufrir más lesiones en los miembros superiores y columna vertebral. Dentro de este sector, se pueden distinguir los instrumentos agudos como el violín y la viola, y los instrumentos graves, cello y contrabajo. Existen diferencias claras en la forma de tocar cada grupo de instrumentos, haciendo que haya más prevalencia de dolores musculoesqueléticos en la región cervical y miembro superior izquierdo en la cuerda aguda, y más en la zona lumbar y miembro superior derecho en los graves.



DATOS DE INTERÉS

12 orquestas profesionales en España

174 orquestas en la CV

44-93% músicos de cuerda refieren algún episodio de dolor



¿Qué patologías presentan los músicos de cuerda y percusión?



Los instrumentos agudos como el violín o la viola, necesitan un gran control y estabilidad en la musculatura del cuello para poder afrontar la posición asimétrica que requiere el instrumento y la alta demanda de actividad de toda la musculatura de la región del hombro y cervical, sobre todo, como decíamos antes, de la parte izquierda, ya que será la que esté durante más tiempo en una posición mantenida al estar aguantando el instrumento. Serán de gran ayuda para estos intérpretes ejercicios de estabilización del cuello, entrenando la musculatura profunda cervical, lo que ayudará a tener una buena sinergia entre los músculos superficiales y profundos de la zona cervical, además de trabajar una buena estabilización de la cintura escapular.

El uso de los instrumentos graves, como son el cello o el contrabajo, requiere sentarse para poder tocar. Es importante una buena postura para poder soportar la asimetría que exige el instrumento, aunque no sea tanta como en la cuerda aguda; y el largo período de tiempo que pasen estudiando sentados. Para ello, será conveniente trabajar una buena estabilización de la región lumbo-pélvica, con una buena activación de la musculatura profunda del abdomen y, así, evitar y disminuir las patologías comunes asociadas al instrumento.

Otro grupo de músicos que frecuentemente quedan olvidados son los percusionistas. Podrían formar un grupo aparte dentro del mundo de la música ya que su instrumento no es uno solo sino muchos y cada uno con su

diferente forma de tocar. A menudo tocan con baquetas, pero no nos podemos quedar ahí, hay que tener en cuenta el tipo de dureza de éstas; y otras muchas veces tocan directamente con las manos o incluso con los pies. Además, en diversas ocasiones tienen que tocar varios instrumentos a la vez, cada uno de una manera. Y no hablemos del estilo, no es lo mismo el rock que el clásico, por ejemplo. El cuerpo del músico recibe la vibración que produce el instrumento, ¡imagina la cantidad de información que recibe el de un percusionista! A todo esto, hay que añadir que pueden tocar tanto sentados como de pie. Estos músicos tan polivalentes se exponen a una mayor cantidad de patologías asociadas a su práctica instrumental como podrían ser tendinitis, atrapamientos nerviosos, problemas en la columna vertebral y un largo etc., tanto a corto como a largo plazo.

En general, es necesaria una buena conciencia corporal y sobre todo prevención, pero si hay alguna patología es importante saber detectarla a tiempo. Como fisioterapeutas tenemos que entender la situación tan competitiva que viven, donde la mayoría de veces les es difícil parar la práctica instrumental, aunque estén a punto de romper, y donde mostrar el mínimo signo de debilidad supone la pérdida. Por suerte, parece que sufrir algún tipo de lesión está dejando de ser ya un tema tabú entre los propios músicos y podemos encontrar personas capaces de dejar la competitividad un lado y evitar que otros lleguen a sufrir la misma situación, pero todavía queda un largo camino por recorrer.

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Para un violinista, el cuerpo es una herramienta fundamental en el desarrollo de su profesión, un instrumento en sí mismo, el vehículo que nos permite comunicar con el violín.

Así mismo, la fisioterapia ha sido fundamental a la hora de solucionar problemas recurrentes de una profesión que exige mucho tiempo en la misma postura, con movimientos muy repetitivos, además de una herramienta indispensable para evitar lesiones graves, prolongando mi longevidad profesional.

RODRIGO GOMES
Violinista



”

Considero muy importante acudir al fisioterapeuta para tratar las molestias que me genera tocar tantas horas el violín. Me parece muy interesante el abordaje global que hace, el análisis de la postura a la hora de tocar el instrumento. Para mí, es esencial el trabajo de conciencia corporal, saber si adopta malas posiciones y eso me puede provocar una lesión. Suelo ir a fisioterapeutas recomendados por músicos que entiendan a qué me dedico. En Freiburg (Alemania) hay toda una planta de un hospital dedicada a los músicos. Ojalá aquí se de eso algún día.

CARLES CIVERA
Violinista en la Orquesta de la Comunitat Valenciana

LA VOZ DEL PACIENTE...



Foto: Clara Muñoz

”

Como músico profesional, a lo largo de más de 25 años de carrera, he tenido que tratarme de diferentes lesiones debidas a mi actividad laboral. Desgaste muscular, malos hábitos posturales, falta de asesoramiento clínico... han hecho que mi relación con la rehabilitación fisioterapéutica sea cada vez más frecuente y continua. Por eso creo que el fisioterapeuta especializado debe estar en escuelas de música, conservatorios y academias. Esta 'colaboración' entre artista y fisioterapeuta debe coexistir desde el inicio de la carrera académica/artística y prevenir así las posibles lesiones en un futuro, que en muchos casos obligan a abandonar la carrera.

NATXO TAMARIT**Músico. Componente del grupo Los Zigarros**

”

La figura del maestro repertorista exige una gran cantidad de horas delante del piano cada día. Esto requiere mucho esfuerzo físico donde la técnica y la resistencia son unas de las cosas más importantes. En mi caso la relajación de los músculos y la postura a la hora de tocar el piano es algo importante para desenvolverme correctamente en mi trabajo. Recomendando encarecidamente tener un fisioterapeuta especializado en este campo ya que la exigencia profesional a la que se somete un músico es muy alta y es necesario un control rutinario, prevenir cualquier lesión es una prioridad.

IGNACIO APARISI**Maestro repertorista**

La figura del fisioterapeuta en la formación artística



Isaac Gomar Castelló

Colegiado 1958

Fisioterapeuta en Stillness Espai de Salut

Miembro de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

La Comunitat Valenciana, por su idiosincrasia, es una tierra muy importante en cuanto a música. Goza de una red de escuelas de música y conservatorios tal que, no solo se forman gran cantidad de profesionales de la música, sino que existe una gran cantidad de músicos *amateurs*.

Las profesiones consideradas como artes escénicas son trabajos de gran esfuerzo físico y mental, aunque, habitualmente, no sean vistas de este modo. El artista debería ser considerado como un deportista de élite y, por lo tanto, debería poder contar con recursos en su formación para prevenir lesiones.

Los actores, instrumentistas, cantantes y bailarines deben prepararse para el gran esfuerzo que supone su interpretación. El problema está en la escasa, en el mejor de los casos, o nula formación en las áreas de salud que la Ley de Educación contempla para los estudios de artes escénicas. La repercusión de esta línea educativa, según las estadísticas, es que un 76% de los músicos han sufrido alguna enfermedad profesional (Fishbein et al 1986).

Actualmente en España existe una desigualdad en cuanto a la formación en áreas de salud, ya que la ordenación de las enseñanzas artísticas superiores de la Ley de Educación solo contempla dicha formación para los estudios de danza. En los conservatorios superiores de música existe la formación de Técnica corporal solo para la especialidad de canto y como asignatura optativa. Esta, al no ser considerada como ciencias de la salud, no es necesario que esté impartida por un profesional sanitario. Por otra parte, la mayoría de los alumnos de los conservatorios profesionales no tienen acceso a esta formación y en los centros que se ofrece tampoco está impartida por un profesional sanitario.

La importancia de la inclusión de la fisioterapia dentro del sistema educativo radica en la necesidad de conocimiento del propio cuerpo, en saber diferenciar entre dolor y molestia, en saber qué ha provocado una lesión y cuándo se debe acudir a un profesional sanitario.



La importancia de la inclusión de la fisioterapia dentro del sistema educativo radica en la necesidad de conocimiento del propio cuerpo, en saber diferenciar entre dolor y molestia, en saber qué ha provocado una lesión y cuándo se debe acudir a un profesional sanitario



Cualquier profesional sanitario es conocedor de lo importante que es desarrollar un plan de prevención de lesiones. De hecho, el mundo deportivo cuenta desde edades tempranas con preparadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas y médicos especializados en deporte. Por eso, cuando se busca una educación en artes escénicas de calidad, la ley educativa debería incluir las materias referentes a ciencias de la salud impartidas por los profesionales adecuados.

Existen diferentes escuelas europeas de artes escénicas que ofrecen a sus alumnos la posibilidad de cursar asignaturas sobre la mejora de la postura, como es la técnica Alexander. Además, la misma escuela ofrece el uso de estos servicios por parte del alumno. Conservatorios de danza como *Artez* en Arnhem (Países Bajos), *SEAD* en Salzburgo (Austria) o *Artesis* en Amberes (Bélgica), ofrecen servicio de fisioterapia. Escuelas de música como la *Royal Academy of Music de Londres* o la *Codarts* en Rotterdam incluyen en su plan de formación la figura del *coach*, una especie de tutor/psicólogo para el estudiante, además de fisioterapeuta.

En España, encontramos conservatorios y escuelas donde se imparten asignaturas sobre anatomía y patología por profesionales del sector sanitario, como el de Illes Balears, Tarragona o l'*Institut del Teatre*. Otros centros dejan la formación en forma de *masterclass* organizadas desde el mismo departamento para sus alumnos.

Cabe destacar que, el Ballet Nacional de España, la Compañía Nacional de Danza y la Orquesta Sinfónica de Madrid cuentan con la figura del fisioterapeuta. Este servicio debería hacerse extensible al resto de compañías de música, teatro y danza, y no solo las de titularidad pública.

La fisioterapia y las artes escénicas tendrían que ir cogidas de la mano. Podemos ayudar a los distintos profesionales a mejorar su postura y a evitar lesiones, a preparar la interpretación de un rol teatral sin que le cueste al artista una lesión por tensión no deseada, a mejorar la calidad interpretativa de actores, bailarines y músicos, a mejorar su afinación o el sonido de su instrumento. La fisioterapia debe estar presente desde el inicio de la formación de cualquiera de estas disciplinas guiando al alumno en cuanto a método de estudio para desarrollar una carrera artística larga y sin lesiones.

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Por mi experiencia, la fisioterapia es fundamental en el mundo de la danza, no sólo para ayudar a los bailarines a recuperarse de las lesiones sino, sobre todo, para prevenirlas.

En mi opinión, la fisioterapia debería estar presente tanto en la etapa formativa de los alumnos/as en las enseñanzas profesionales de danza como a lo largo de su carrera profesional.

GEMA CASINO PENALBA
 Profesora Conservatorio Danza Valencia
 Dtora. Campus Internacional Valencia Danza-ADAM



”

La figura del fisioterapeuta especializado en artes escénica es esencial en los conservatorios. Al igual que los deportistas tienen preparadores físicos para que aprendan a jugar cualquier deporte sin lesionarse, los músicos deberían aprender a posicionarse correctamente y a coger el instrumento sin dañar su cuerpo ni coger vicios posturales nocivos que puedan derivar más tarde en lesiones.

Nuestro cuerpo es nuestro mayor instrumento y debemos aprender a usarlo de la mejor manera posible.

ANNA BAS I CRUANYES
 Directora del Conservatorio Profesional de Música de Xàbia. Superior en flauta travesera

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

La especialización del fisioterapeuta en el mundo artístico es más que necesaria. Conocer cómo se ejecuta un movimiento repetitivo, las lesiones habituales y sobre todo cómo prevenirlo, es realmente necesario en nuestra profesión ya que el comer a final de mes, depende única y exclusivamente de dichos movimientos.

Creo que habría que actualizar la formación del profesorado con respecto al cuidado postural realizar una campaña de concienciación en todos los conservatorios más allá de una sola asignatura e incluir la figura de un fisioterapeuta en el centro docente.

PERE VICALET

Director, compositor y artista digital



”

Desde hace unas semanas voy a sesiones de fisioterapia y estoy muy contenta porque estoy mejorando a nivel de respiración, de emisión del aire y de la voz y esto me está ayudando muchísimo en mi vida profesional como cantante.

Yo hasta hace nada no conocía esa disciplina. Creo que se debería promocionar más entre los músicos, en los conservatorios, porque hacemos un gran esfuerzo físico sin saberlo. Espero que se consiga pronto.

MAIA JUAN

Estudiante de canto en el Conservatorio Superior de Valencia

¿Postura o postureo?



Noelia Sendra Arabí

Colegiada 3946

Fisioterapeuta en el Hospital Marina Salud

Miembro de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

En el mundo del artista es muy importante la imagen que se transmite al público, la historia que se quiere contar, la estética de los movimientos, pero... ¿es el "postureo" más importante que la postura? No, incluso me atrevería a decir que son complementarios. Una postura adecuada ayuda a la mejor realización de un trabajo.

La higiene postural o ergonomía es verdaderamente esencial en nuestras vidas, sin importar cuál sea nuestro trabajo. Se habla mucho de la ergonomía en los puestos laborales que implican manejo de cargas o en puestos de gran estatismo postural (p.e: oficinas), pero poco conocemos acerca de la importancia de la postura en los artistas, concretamente en este caso, los músicos.

Antes de empezar debemos aclarar los conceptos básicos. ¿Qué es la higiene postural? Podríamos definir la higiene postural o ergonomía como el conjunto de normas cuyo objetivo es mantener la correcta posición del cuerpo, en quietud o movimiento, para disminuir los dolores y evitar posibles lesiones futuras al realizar las actividades diarias.

La vida diaria del músico, ya desde bien temprano, implica muchas horas de clases y estudio en posturas forzadas. En los primeros años del ciclo de enseñanzas elementales se le explica al alumno cuáles son las notas, cómo emitir un buen sonido, se le insta a conocer los aspectos técnicos de su instrumento, etc. pero ¿qué hay de la postura?, ¿cómo debo posicionarme para no sufrir dolores/lesiones a la larga?, ¿por qué es tan importante conocer mi cuerpo y la correcta posición de él? Éstas normas posturales básicas que deberían aprenderse al inicio de la carrera del músico, por desgracia, sólo se enseñan cuando llegan al nivel más alto, en los conservatorios superiores, y en algunos casos (los que menos) pueden considerarse afortunados aquellos que en su ciclo de enseñanzas profesionales reciben algunas pautas elementales respecto a la buena postura de ejecución de su instrumento.

Los **beneficios de una buena ergonomía** están claros y sobradamente demostrados:

- ayuda a una mejor expresión corporal
- favorece una mejor emisión de sonido
- da una mayor libertad y fluidez de los movimientos
- repartición más equilibrada de las cargas y tensiones
- prevención de algias y lesiones por sobrecarga

En resumen, una postura correcta ayuda al bienestar y la salud del profesional, aumenta la calidad de ejecución y favorece el buen rendimiento del músico.

Ahora bien, ¿cuáles son las principales consecuencias de una mala postura? Según el instrumento y su postura de ejecución pueden surgir diversos problemas pero, en general, las **algias y lesiones que los músicos presentan en mayor medida** son:

- tendinopatías
- sobrecargas musculares
- problemas derivados de la torsión de la columna vertebral
- problemas de la articulación temporo-mandibular (ATM) por embocadura
- desequilibrios en la fuerza y/o elasticidad (a nivel lateral o en cadenas posteriores y anteriores)

Pautas generales para una buena higiene postural:

1. Encontrar una posición de **columna erguida** sin arquear la zona lumbar ni doblar la parte superior del tronco.
2. Mantener los **hombros relajados** y el **pecho ligeramente adelantado** para favorecer una buena respiración y posición de la parte superior de la columna.
3. Realizar una **respiración profunda abdomino-diafragmática** y no superficial y torácica.
4. En **bipedestación**: separar los pies al nivel de las caderas, relajar levemente las rodillas, realizar una pequeña retroversión pélvica, mantener el pecho erguido y mirar al frente.
5. En **sedestación**: sentarse (con apoyo de la espalda sobre la silla, si es posible), realizar una ligera anteversión pélvica que permita la postura recta de la columna, rodillas a nivel de caderas, mantener un buen contacto de ambos pies con el suelo.

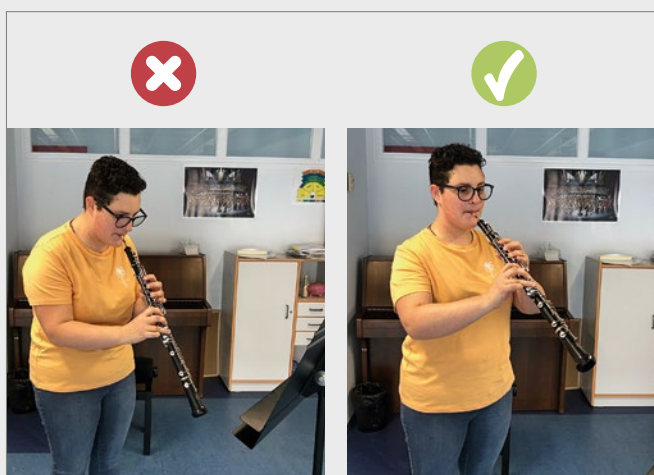
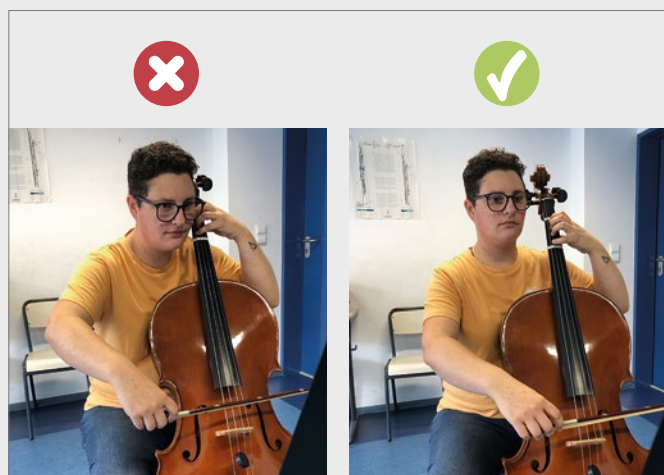
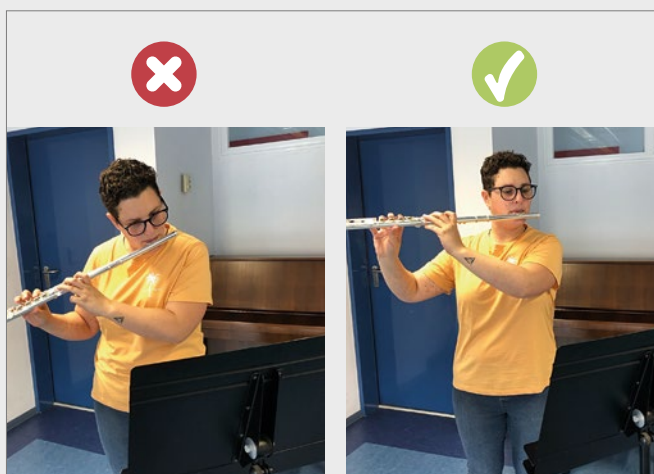
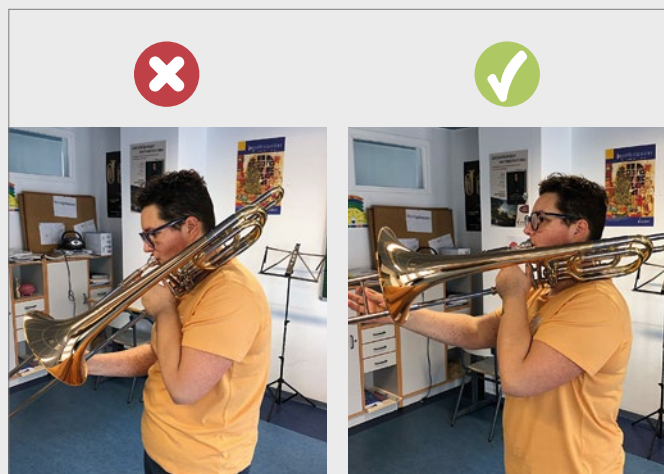
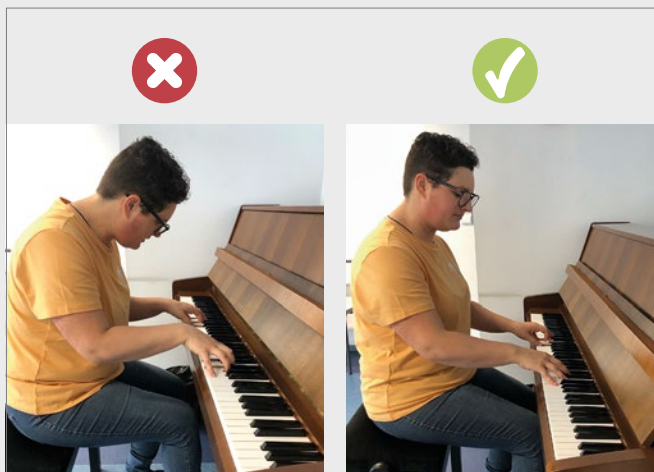
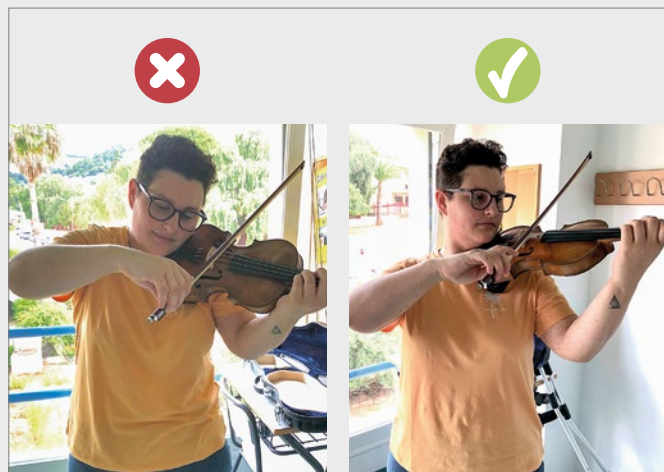


Es esencial que un profesional capacitado nos enseñe todas las normas posturales adaptadas a nuestro instrumento antes de adoptar un postura viciada que te acarree años de dolores y pueda acabar en una lesión



POSTURAS CORRECTAS E INCORRECTAS EN ALGUNOS INSTRUMENTOS

A continuación, podéis observar algunas imágenes de posturas correctas e incorrectas en algunos instrumentos que nos pueden ayudar en nuestro día a día como músicos.





Una postura correcta ayuda al bienestar y la salud del profesional, aumenta la calidad de ejecución y favorece el buen rendimiento del músico



En conclusión, como fisioterapeuta he escuchado muchas veces de parte de mis pacientes y colegas músicos "por qué no me habrán dicho esto antes", "si lo llego a saber..." o expresiones como "a buenas horas, ahora después de tantos años a ver cómo cambio yo la manera de tocar", y no les culpo, porque como músico que soy, me hubiera gustado (al igual que a ellos) tener todas estas pautas y conocimientos sobre el cuerpo y la posición con anterioridad.

Un traumatólogo, en plena época de estudio de mi vida, llegó a decirme respecto a una tendinopatía que padecía en el codo... "Lo siento, pero plantéate si quieres ser músico o fisioterapeuta porque tu codo no va a aguantar las dos cosas a la vez, piénsatelo". En ese momento todo mi mundo se derrumbó. ¿Cómo elegir? ¿Cómo ser feliz renunciando a algo que te hace ser tú?

Solamente existe una opción para no llegar a estos extremos. Insisto: es esencial que un profesional capacitado nos enseñe todas estas normas posturales, adaptadas a nuestro instrumento desde el principio, desde que empiezas a habituarte a esas nuevas posiciones, antes de adoptar un postura viciada que te acarree años de dolores y pueda acabar en una lesión.

El fisioterapeuta debería ser un profesional más en los conservatorios. ¿Por qué un equipo de fútbol, atletismo, tenis... tiene en plantilla a un fisioterapeuta y no lo tiene una orquesta o banda? ¿Por qué no se realizan clases de higiene postural y conocimiento del cuerpo humano adaptado al músico, bailarín o actor durante sus estudios? Nunca se ha planteado, o tal vez, nunca con la suficiente fuerza o insistencia. El mundo está cambiando y tengo la esperanza de que sea a mejor. Este nuevo mundo y la sociedad necesitan del arte, y el artista necesita sentirse valorado, aconsejado y cuidado de manos de un profesional cualificado.

Me sumo a seguir luchando por esta causa #FisioterapiaArtesEscénicas.

LA VOZ DE UNA ARTISTA Y FISIOTERAPEUTA



Foto: Rafa Martínez



El trabajo del artista es equiparable al de un deportista de élite, hay que dar el 100% en unos instantes, en unos minutos, por lo que la preparación física y emocional debe ser muy intensa.

Desde mi faceta de actriz y bailarina, a la que ahora dedico todo mi tiempo, recomiendo a todos los artistas acudir a un fisioterapeuta especializado en Artes Escénicas. Como buenos profesionales formados en todas estas necesidades, te cuidarán, acompañarán y seguirán y te derivarán a otros profesionales cuando sea oportuno.

Tengo muy claro que el cuidado es primordial y a mis compañeros artistas siempre les derivaré a un fisioterapeuta experto en este campo.

CRISTINA ZARAGOZÁ DOLZ
Actriz, bailarina y fisioterapeuta

Cuidado del suelo pélvico en los artistas



María Teresa Soler Bataller

Colegiada 3527

Fisioterapeuta

Coordinadora de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

Soprano y violinista

La musculatura del suelo pélvico ha sido una gran desconocida durante mucho tiempo y, por lo tanto, su cuidado y su tratamiento se han visto relegados. A menudo, incluso, se cree que es exclusivo de mujeres y solamente en el posparto. Hemos de destacar que no es exactamente así, pues su cuidado es de suma importancia tanto en mujeres como en hombres, más aún cuando estos se dedican a profesiones que exigen un esfuerzo físico considerable, en las que la respiración juega un papel fundamental y la buena ergonomía postural resulta imprescindible.

En la primera toma de contacto con el artista, ya sea bailarín, cantante o músico, evaluaremos su postura, nos fijaremos en cuál es su pauta postural predominante, el patrón respiratorio que sigue y, en el caso de los músicos y cantantes, en qué técnica basan su práctica para saber el tipo de respiración y apoyo que ejercen. Esto nos dará mucha información sobre cómo y dónde se va a producir la tensión en el periné, en función de la cual nos podemos encontrar una báscula pélvica anterior o posterior lo que va a generar más presión en el compartimento anterior o en el posterior. También sobre el estado de su abdomen, más distendido en cadenas anteriores y con más tensión en cadenas posteriores, en ambos casos con hiperpresión abdomino-pélvica.

La musculatura del suelo pélvico habitualmente se ve maltratada por una alteración de la gestión de las presiones intraabdominales, en ocasiones provocadas por esfuerzos incontrolados, otras por mala calidad de los tejidos o por gestos repetitivos con gran impacto sobre el suelo pélvico. Otras veces esto ocurre por debilidad de unos músculos en contraposición de un hipertono de los antagonistas, provocando desequilibrios posturales responsables de una mala gestión de presiones. En este punto es importante recalcar la importancia no sólo de la musculatura del periné, sino también de la musculatura que forma el cajón abdominal, el core y diafragma. La correcta sincronía de estos grupos musculares va a permitir que en el momento de la ejecución interpretativa el artista tenga una mayor agilidad y mayor control de su eje y centro corporal y, por lo tanto, domine al detalle la interpretación.

¿Qué prácticas pueden repercutir en la salud pélvica del artista?

En músicos y cantantes es primordial tener un óptimo control del caudal de aire, no perder el fuelle para conseguir un sonido con buen timbre. Los pasajes con frases largas, con notas más agudas, muy rápidos, o con matices tipo *sforzando* o *staccato*, provocan golpes de aire que si no tenemos una buena propiocepción castigarán al suelo pélvico por hiperpresión. Esto indica también que el diafragma no actúa sinérgicamente y, por lo tanto, aumenta la tensión en el tracto fonador, lo que compromete la calidad del sonido resultante.

En lo que respecta a los bailarines hay otros factores que pueden repercutir en el estado del suelo pélvico como el impacto repetitivo contra el suelo y los continuos golpes que puedan sufrir por caídas. Tanto en los casos más agresivos de disciplinas de baile como el flamenco o el tap por el golpeteo seco sobre el suelo, como en otras con menos golpeteo pero con mayor riesgo postural como el ballet clásico, cuyas posturas muchas veces obligan a forzar al cuerpo hasta su límite fisiológico. Los bailarines suelen comenzar su disciplina en edades muy tempranas y, en ocasiones, no se tienen en cuenta los tiempos de maduración y desarrollo corporal. Por ejemplo, si se comienza a hacer puntas antes de que haya un buen tono abdominal será más probable que en un futuro aparezcan problemas en el suelo pélvico.

Será especialmente importante en bailarines, aunque no menos en músicos y cantantes, si encontramos alguna alteración en la pisada. Esto repercutirá directamente en la rodilla, lo que hará que la pelvis se adapte, provocando una alteración en las curvas del raquis. El raquis cervical es responsable de la innervación del diafragma así como de la posición y tensión del suelo de la lengua, estando unida la mandíbula al hueso temporal, donde se encuentra el oído interno con el laberinto vestibular y coclear; esto puede provocar alteraciones del equilibrio y de la percepción del sonido.

¿A qué me puede llevar una mala gestión de presiones o disfunción de suelo pélvico?

Una mala gestión de las presiones puede provocar alteraciones viscerales, mecánicas y musculares, que por lo tanto alterarán el rendimiento artístico. Si a esto sumamos las piruetas con caídas de los bailarines, o de los artistas circenses que llegan a hacer saltos vertiginosos, o las posturas mantenidas durante las largas horas de estudio, y tensión sobre el diafragma en la respiración de los músicos y cantantes, tenemos un estupendo caldo de cultivo patológico. Así pues, probablemente



te puedan aparecer hernias inguinales o abdominales, diástasis, ptosis viscerales,... Y no siempre ocurren por debilidad, en ocasiones pueden aparecer hipertonías, tan peligrosas como las hipotonías, y la clave está en analizar detenidamente la práctica artística individual, hacer un buen examen estático y dinámico, y buscar cuál es la causa de la desprogramación muscular que nos ha llevado, o puede llevarnos, a lesión para proporcionar soluciones factibles.

¿Y, cómo afecta esto al rendimiento artístico?

Cuando existe una asincronía respiratoria ésta afecta a la coordinación de los movimientos que se ejecutan. Por ejemplo, si nos centramos en un caso de un bailarín de flamenco, podemos encontrarnos con que al hacer el taconeo, note que le pesan las piernas, que le tiran las lumbares hacia delante, y por lo tanto le ralentiza el ritmo, si además la coreografía marca un floreio (movimiento de manos y dedos que consiste en desplazar los brazos y a la vez girar las muñecas de manera circular, mientras los dedos se abren y cierran) se le suma la sensación de lastre en el cuello, en muchas ocasiones acompañado de una debilidad de la cintura escapular, que dispondrá el tórax con una retracción anterior, cosa que dejará al

bailaor o bailaora con una posición cifótica nada elegante. Para corregirla tenderán a forzar más las lumbares hacia hiperextensión lo que conllevará a retroalimentar el descenso del diafragma pélvico, aumentar la tensión en el diafragma abdominal cerrando el rango de apertura costal, reducir el volumen pulmonar y aumentar la presión intraabdominal, exigiendo así un mayor esfuerzo por parte del artista. A todo esto hemos de sumar el factor dinámico, lo que supone cambios constantes del centro gravitatorio, precisión y desequilibrios, más la reducción de la base de sustentación por el calzado requerido y el atuendo que pueda llevar. Todos los factores expuestos sumados nos llevarán a que aumente el gasto energético y se llegue antes al punto de fatiga, con lo que el riesgo de lesión será significativamente mayor.

Podemos pensar ahora en el caso de un instrumentista de viento, digamos de un clarinetista que puede llegar a nuestra consulta acusando cansancio en los brazos cuando lleva tocando unos 20 minutos. Al observarle vemos que al coger el instrumento y llevarlo a posición, de repente sus rodillas se fijan en hiperextensión y su pelvis bascula totalmente hacia anterior. Con esta postura, al inspirar para empezar a tocar su tórax apenas se abre pero su barriga dobla el volumen. Además vemos que conforme va tocando va haciendo más fuerza hacia abajo bloqueando el diafragma abdominal; lo hace porque le han enseñado a empujar hacia abajo para tocar con apoyo. Esto en más del 70% de casos se traduce en retracción de la cadena anterior. Si a esto le añadimos la posición en flexión de los brazos, que además deben sostener el peso del instrumento en el aire, encontraremos una aún mayor tendencia a la antepulsión de hombros y cierre de la caja torácica, la respiración se volverá todavía más abdominal y la presión sobre suelo pélvico aumenta más. En un primer momento pensamos en tratar y liberar el hombro para descongestionar la cadena flexora de miembros superiores, descomprimir el plexo braquial, mejorar la circulación, etc. Pero viendo el conjunto de factores influyentes, tal vez necesitamos algo más, pues si además de tratar los brazos de forma independiente le enseñamos a activar su core y diafragma pélvico durante la respiración, tanto inspiración como espiración, le ayudamos a relajar el diafragma torácico y las presiones intraabdominales dejarán de retroalimentar el círculo vicioso que se había creado.

Muy parecido nos pasa con los cantantes y actores, que en determinadas situaciones el fuelle vocal modifica las presiones sobre los músculos del periné. En una dinámica normal en la espiración se contrae el complejo abdominal de abajo hacia arriba, y al inspirar desciende



el diafragma abdominal al mismo tiempo que el pélvico. En algunos casos se combinan ambos procesos por que necesitamos mantener el diafragma descendido para retener el aire, al mismo tiempo que se contraen los músculos abdominales, para controlar el caudal de aire. Entonces el empuje sobre el suelo pélvico aumenta significativamente. Así pues, a pesar de no tener el peso añadido del instrumento, al mismo tiempo que interpretan muchas veces deben sumar la escenificación, por lo que la dinámica y sinergia respiratoria deben tenerla perfectamente interiorizada y automatizada, con un suelo pélvico capaz de contraerse para soportar el empuje que le llega, de modo que no tengan que estar pendientes de ello y poderse centrar en la puesta en escena al mismo tiempo que su suelo pélvico está protegido y libre de lesiones.



¿Qué encontramos cuando un artista llega a nuestra consulta?

En la mayoría de casos acuden a la consulta por molestias en los pies, las rodillas, problemas de lumbalgias de repetición, tensión en los hombros, dolores de cabeza que se desencadenan cuando actúan, etc. Y entonces, al realizar la exploración, todos los factores van guiando el diagnóstico hacia una patología de suelo pélvico, que en muchas ocasiones está teniendo una repercusión tal que llega a afectar la ATM.

Una de las patologías más frecuentes que nos encontramos es la diástasis abdominal. El tejido conjuntivo que une los músculos rectos abdominales se daña dejando una separación entre ellos de modo que pierden su fun-

ción erectora aumentando la lordosis lumbar. Esta separación de los rectos afecta a la contención visceral impidiendo la contención de la inspiración, reduciendo la ayuda espiratoria, perdiendo con ello la estabilidad del core y, por lo tanto, obligando al suelo pélvico a soportar más presión, haciendo a quien lo sufre más susceptible de padecer rectocele, prolapso genital, incontinencia urinaria y/o fecal, dolor pélvico crónico o disfunción sexual. Esto lo encontramos tanto en músicos de viento como en cantantes y en bailarines. En los primeros casos provocado, generalmente, por el apoyo inspiratorio para el control del caudal del aire, estos en inspiración van a relajar completamente el abdomen, de manera que el diafragma empujará con todas sus fuerzas las vísceras, y estas al no encontrar barrera alguna favorecerán la lesión de la línea alba. En el caso de los bailarines, tanto en folclórico como en clásico, en bailes latinos y en urbanos, la demanda de hiperextensión lumbar exige una alta elasticidad de los rectos que no siempre se logra correctamente; cuando no hay suficiente fuerza en paravertebrales o suficiente elasticidad en abdominales, esto les lleva a buscarlo con un bloqueo inspiratorio, generando una hiperpresión que lleva al tejido conectivo más allá de sus posibilidades, dañando la línea alba, ligamentos y fascias del diafragma pélvico.

Cuando todo esto ocurre encontramos problemas de tracciones de las vísceras pélvicas; por ejemplo, anteversión o retroversión de útero, que al generar molestias en el abdomen por la tracción de la fascia puede modificar la contractilidad de los abdominales y generar un desequilibrio que altere la función del diafragma y la estabilidad y control, tanto de la respiración como de la postura.

En otros casos podemos encontrarnos atrapamientos del nervio pudiendo, que generan hormigueos en la zona perineal, dificultad en la defecación, incontinencia,...y suelen aparecer por la postura que le obliga a adoptar el instrumento (piano, contrabajo, violoncello, arpa, guitarra), o por caídas sobre el escenario. Obligando así a cambiar la forma de tocar, bailar o actuar para evitar el dolor.

En todos y cada uno de los casos buscamos ayudar al artista desde la base, que sepa qué le pasa y por qué, que aprenda cómo puede prevenirlo para poder actuar, bailar, cantar o tocar; que se conozcan un poco más a ellos y a su cuerpo, cómo tienen que prepararse antes de calentar, hacer un trabajo propioceptivo, de tonificación, de elasticidad y de activación para que su cuerpo responda al nivel que pretenden sus expectativas. La mejor manera de poder conseguirlo es inculcárselo desde sus inicios y podemos hacerlo con trabajo hipopresivo, pilates, cadenas musculares y fasciales, y ayudarnos de cualquier técnica que conozcamos y podamos aplicar apropiadamente.

EJERCICIOS PARA EL SUELO PÉLVICO

A continuación, podéis observar algunos de los ejercicios que utilizamos en consulta.



Coordinando con la espiración vamos a hacer contracciones lentas de los aductores contra el softball buscando contracción del suelo pélvico y del core.



Coordinaremos la inspiración con la elevación de brazos y apoyo lumbar, y la espiración con el descenso de los brazos y elevación de pelvis, buscando así la sinergia respiratoria y el refuerzo del suelo pélvico.



Trabajamos sobre una base inestable porque se consigue una contracción involuntaria del suelo pélvico y aumentamos al mismo tiempo la propiocepción del paciente. Posteriormente añadimos movimientos de brazos y flexio-extensión de rodillas para centrar la atención del paciente en la zona y así crear más conciencia.



Cuando el paciente es instrumentista, una vez logramos consolidar los ejercicios previos pasamos al trabajo simulado en camilla; primero sin el instrumento para reeducar patrones, luego con el instrumento para corregir y consolidar y, por último, a la postura habitual de práctica. Así aprovechamos los estímulos táctiles para crear conciencia corporal y aumentar el control de core y suelo pélvico que conducirán a una buena gestión de presiones intraabdominales.



Tratamiento de liberación visceral para reequilibrio de la pelvis



Cuando la afectación de suelo pélvico repercute en la ATM liberamos los músculos del suelo de la lengua. Mientras el paciente va haciendo pases con la lengua sobre el paladar y los dientes acompañamos la musculatura suprahioides para relajar.

La percepción del dolor al adquirir la excelencia musical



Ana María Zamorano

Fisioterapeuta y Dra. en Neurociencias
Center for Neuroplasticity and Pain, Aalborg University
(Dinamarca)

La práctica musical está considerada uno de los mejores modelos biológicos para estudiar la plasticidad adaptativa. Y es que la interpretación musical requiere la ejecución de miles de movimientos rápidos, precisos y estereotipados, junto con la integración simultánea de múltiples estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles y viscerales). Todo esto facilita la reorganización de las conexiones cerebrales preexistentes, así como la constitución de nuevas conexiones, permitiendo una mayor y mejor comunicación entre las distintas regiones del cerebro.

Sin embargo, en condiciones de alta demanda y productividad, los movimientos repetitivos son también considerados un factor de riesgo de patologías como la distonía focal o el dolor crónico. Enfermedades complejas que están asociadas con la plasticidad neuronal mal adaptada, aquella que obstaculiza e interrumpe el funcionamiento correcto del cerebro.

La distonía focal es un subtipo de distonía que se caracteriza por un patrón anormal de actividad muscular. En ella se observa, generalmente, una contracción involuntaria, sostenida y simultánea de músculos opuestos que puede causar movimientos de torsión o posturas anormales. A pesar de que en el músico está aún infra-diagnosticada, se sabe que uno de cada cien músicos padece distonía focal. De ellos, un 62% ve imposibilitado continuar con su carrera profesional. Y es que la contracción involuntaria de la musculatura puede llegar a hacer que los músicos pierdan el control motor durante la práctica con su instrumento y, por consiguiente, ejercer su profesión.

El dolor crónico, por otra parte, es considerado la patología más frecuente entre los músicos profesionales. Se estima que entre el 60 % y el 90 % de estos ha experimentado algún tipo de síndrome doloroso durante el transcurso de su carrera como consecuencia de tocar un instrumento. Prevalencia que, alarmantemente, también aparece entre los estudiantes de música.

En cuanto a las posibles causas que se discuten sobre el origen de estos síndromes dolorosos, aparece una complicada mezcla de factores de riesgo, entre los que se incluyen la sobrecarga de las estructuras musculoesqueléticas, las posturas antinaturales asociadas al instrumento y aspectos biológicos como el sexo o la edad. Sin embargo, como sabemos, el dolor es mucho más complejo.

Entre los factores desencadenantes de la persistencia y cronicidad del dolor no influyen tanto la lesión y los cambios estructurales musculoesqueléticos que hayan podido ocurrir debido a ella. Es más, en algunos casos puede que hasta esta lesión ya haya cesado y el tejido esté recuperado. El dolor crónico está asociado a una serie de alteraciones neuronales que afectan al funcionamiento correcto del procesamiento de los estímulos dolorosos, principalmente a nivel de la médula espinal y del cerebro.

En general, el dolor crónico está asociado con alteraciones de la conectividad y la actividad de regiones del cerebro que intervienen en el procesamiento sensorial (corteza somatosensorial, ínsula), en la ejecución y control de los movimientos (corteza motora, corteza cingulada), así como en regiones relacionadas con la memoria (hipocampo) y las emociones (sistema límbico). Estas alteraciones, por consiguiente, están asociadas con cambios a nivel comportamental. Entre otros, un incremento de la sensibilidad táctil y dolorosa, una disminución del control inhibitorio del dolor, así como la aparición de fatiga y debilidad muscular.

Pero, ¿son estas alteraciones diferentes en los músicos de los que no son músicos? El estudio y la evaluación de la integración y percepción sensorial, en particular del dolor, en músicos profesionales ha sido el motivo de mi trabajo como investigadora durante los últimos 10 años. A nivel neurofisiológico, tres de nuestros estudios evaluaron la percepción sensorial en músicos y participantes sin ningún tipo de experiencia musical. Todos ellos sin patologías o síndromes dolorosos. El primer estudio evaluó la interocepción, o lo que es lo mismo, la percepción de estímulos internos del propio organismo (latido



Patrón típico de distonía focal en guitarrista. Nótese la posición en flexión del cuarto dedo.

“Aun no padeciendo síndromes dolorosos, los músicos muestran una sensibilidad al dolor aumentada, sugiriendo que la práctica musical podría incrementar no solo la percepción sensorial necesaria para tocar un instrumento (auditiva, visual, táctil), sino también la percepción del dolor”

cardíaco, en este caso). El segundo valoró la percepción de estímulos dolorosos (dolor por calor, por frío y dolor a la presión) y no dolorosos (estímulos táctiles). El tercero evaluó la actividad por medio de una electroencefalografía durante la estimulación con un electrodo intra-epidérmico que activaba las fibras nociceptiva.

Los tres estudios indicaron que los músicos sanos tenían una percepción y una respuesta neuronal aumentada en comparación con los participantes que no tocaban ningún instrumento musical. Es decir, aun no padeciendo síndromes dolorosos, los músicos muestran una sensibilidad al dolor aumentada, sugiriendo que la práctica musical podría incrementar no solo la percepción sensorial necesaria para tocar un instrumento (auditiva, visual, táctil), sino también la percepción del dolor.

Estos resultados neurofisiológicos quedaron evidenciados también en un estudio de neuroimagen en el que a través de resonancia magnética funcional se exploraron las regiones del cerebro implicadas en la percepción e integración sensorial. En este estudio se examinaba la actividad cerebral de participantes sanos (músico y no-músicos) durante una tarea de reposo, es decir, sin hacer ni estimular con nada. Los resultados de este estudio indicaron que los músicos profesionales, aun sin realizar ninguna actividad y sin tener ningún tipo de síndrome doloroso, tenían las redes neuronales involucradas en la percepción sensorial (entre ellos el dolor) más conectadas que las personas que no tienen ningún tipo de experiencia musical. Estos resultados podrían explicar por qué los músicos tienen un incremento de la sensibilidad al dolor.

Entonces, ¿se puede considerar la práctica musical cómo un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico? Con los datos actuales no podemos responder esta cuestión. El hecho de tener un incremento de la percepción sensorial no debería suponer un factor de riesgo por sí solo. Al contrario, podría verse como una habilidad para detectar y prevenir lesiones. Sin embargo, la combinación de este factor junto con los movimientos repetitivos, la falta de hábitos saludables para prevenir lesiones (estiramientos, actividad física, pausas frecuentes...), así como otros aspectos psicológicos y psicosociales, sí que podrían explicar la alta prevalencia que existe entre los músicos para desarrollar síndromes dolorosos.

Por tanto, reflexionar sobre el tipo de práctica musical debe ser una cuestión de prioridad para cualquier persona o institución que esté relacionada con la educación e interpretación musical. Establecer estrategias y planificar el estudio debe convertirse en un objetivo común para las escuelas y conservatorios. Asociamos un mayor número de repeticiones como un requisito indispensable para una buena interpretación. Sin embargo, la cantidad de repeticiones y el tiempo empleado practicando no está directamente relacionado con la calidad de la interpretación. Esto no significa que no sea necesario estudiar tanto, simplemente significa que tal vez sea necesario estudiar mejor. Y es que planificar y desarrollar estrategias de estudio son herramientas indispensables para mejorar la calidad, la técnica y la comunicación interpretativa.



Ejemplo de movimientos repetitivos en piano. Reproducido con permiso de la familia del autor, Karl Kleber.

Biofeedback mediante electromiografía de superficie en el músico: biomecánica de las artes



Javier López Pineda

Fisioterapeuta

Gerente de la Clínica López & Cruzado (Málaga)

Director del Instituto de Posturología y Promoción de la Salud del Músico (IPPSM)

Los estudios biomecánicos representan un aspecto crucial para el análisis de las demandas musculoesqueléticas de la ejecución de los instrumentos de música. La identificación de los factores de riesgo que provocan, agravan o perpetúan los trastornos musculoesqueléticos (TME) en los músicos requiere una investigación cuantitativa de la cinemática, cinética y fisiología del movimiento durante la interpretación musical. Dicho de otro modo, si queremos conocer lo que realmente está pasando cuando un músico interpreta y analizar su posible relación con el dolor u otro trastorno, se debe llevar a cabo una valoración biomecánica instrumentada que aporte objetividad al diagnóstico en fisioterapia.

El interés creciente en estos últimos años de los estudios biomecánicos en música y danza ha favorecido la aparición y desarrollo de una nueva disciplina, la Biomecánica de las Artes, que se encuentra dentro de la Medicina de las Artes Escénicas. De hecho, en lo que respecta a la música, en la última década se han duplicado los estudios en esta área aunque aún siguen representando un número muy reducido en comparación con otros campos como el deporte.

Una de las técnicas que están siendo cada vez más utilizadas en investigación biomecánica es la electromiografía de superficie (EMGs), la cual permite detectar el potencial eléctrico producido durante las contracciones musculares en la práctica musical y es de la que hablaremos en este artículo.

La EMGs permite determinar la amplitud y el tiempo de activación muscular asociada a la postura y el movimiento del músico, aportando información de los mecanismos lesivos relacionados con la práctica instrumental. Varias de sus ventajas son su carácter no invasivo, así como su portabilidad y manejo. Sin embargo, la potencia de esta técnica tiene que ver con otro aspecto: el proceso de biorretroalimentación o biofeedback de la señal de EMG en un análisis dinámico, es decir, mientras el intérprete ejecuta su instrumento musical.

En estos últimos años, utilizamos el biofeedback mediante EMGs como herramienta diagnóstica y terapéutica en músicos. No deja de sorprendernos el impacto favorable que genera el conocimiento más profundo por parte del músico de cómo actúan sus músculos cuando toca su instrumento de música. De hecho, de acuerdo a nuestra experiencia, dicho autoconocimiento se traduce finalmente en una mejora del control del movimiento, favoreciendo posturas menos forzadas y mayor naturalidad en los gestos técnicos.

Hemos utilizado esta herramienta en diversos instrumentos de música y contextos clínicos con buenos resultados, logrando una reducción del dolor y la discapacidad, y mejorando el rendimiento musical, como por ejemplo: el dolor lumbar en bateristas y percusionistas; el dolor de hombro derecho en violinistas y violistas; la disfunción de la articulación temporomandibular y problemas de la embocadura en instrumen-

tistas de viento; el dolor de cuello en pianistas; la epicondilitis y la tendinitis de Quervain en clarinetistas y oboístas; y la distonía focal de la mano en guitarristas y pianistas. Y para ilustrar de la mejor manera posible la instrumentación y el entorno clínico para llevar a cabo biofeedback mediante EMGs mostraremos algunas fotografías de casos realizados en nuestro centro de fisioterapia con músicos.

Así, en la figura 1 se muestra la colocación de los electrodos de superficie para llevar a cabo el biofeedback con la señal de EMG en una clarinetista. En este caso, esta técnica se llevó a cabo para conocer la relación entre la posición y el soporte del instrumento por el pulgar derecho en su posición de reposo y la fatiga de la musculatura del antebrazo de la clarinetista.

Como ya se ha comentado, otra aplicabilidad clínica es en la distonía focal. En la figura 2 se muestra un momento de una sesión de biofeedback de EMGs con un pianista que realiza un movimiento involuntario de flexión del pulgar e índice de la mano derecha que le impide tocar. Las sesiones de biofeedback de EMGs suelen durar generalmente 25 minutos en uno o varios ciclos según la tolerancia y atención del músico, y el fisioterapeuta le ayuda a interpretar la señal y proponer adaptaciones técnicas en base a la biomecánica aplicada al instrumento de música.

Otro ejemplo es su utilidad en los problemas de la embocadura en instrumentistas de viento. En este caso, vemos en la figura 3 a un trombonista al que se le han colocado los electrodos en los maseteros para conocer los patrones de actividad en diferentes posiciones de la boquilla y ejercicios técnicos, y mejorar el proceso de la embocadura mediante biofeedback de EMGs.

Finalmente, como fisioterapeutas, y expertos en el análisis del movimiento humano, es nuestra labor la optimización de la función y las capacidades del músico. En el área de la música, lo que el músico suele esperar del fisioterapeuta es que le ayude a mejorar su rendimiento, el cual puede haberse visto amenazado o reducido por algún dolor o trastorno. Esta consideración de base determinará las herramientas de las que nos abasteceremos y nuestro acercamiento a las patologías del músico. Sólo con objetividad y rigurosidad podremos generar evidencia y programas de intervención efectivos tanto en el ámbito preventivo como terapéutico para los músicos.

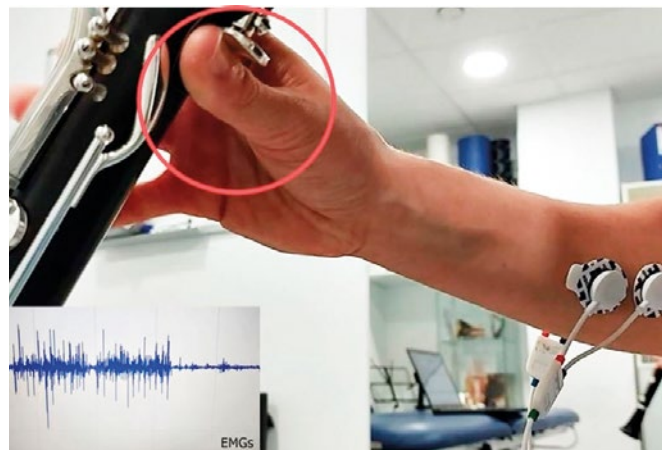


Foto 1: Señal bruta de EMG y colocación de los electrodos en antebrazo de una clarinetista



Foto 2: Pianista con distonía focal en la mano derecha realizando biofeedback de EMGs

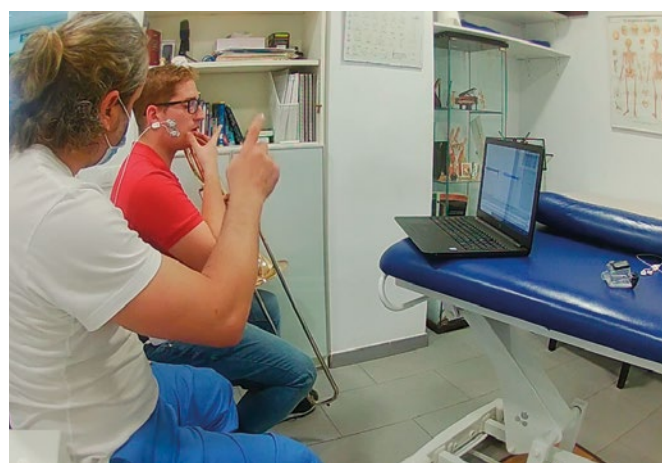


Foto 3: Trombonista con electrodos en los maseteros realizando biofeedback de EMGs.



Fisioterapia y Danza

La danza es el arte de expresar ideas, conceptos, sentimientos, historias, etc. mediante movimientos corporales rítmicos, generalmente acompañados de música. Existen diferentes tipos de danza: la clásica, la contemporánea, la folklórica, *street style*, bailes latinos, flamenco, etc. cada una con sus particularidades y exigencias. En todas ellas, la fisioterapia tiene un papel protagonista.

Fisioterapia en la danza clásica y contemporánea



Luis Gadea Mateos

Fisioterapeuta de la Compañía Nacional de Danza de España
Profesor del Conservatorio Superior de Danza de Madrid

La danza se considera como un arte que engloba distintos aspectos como el movimiento humano, la expresión corporal, el espacio, el tiempo y el ritmo. Los bailarines son descritos como artistas y deportistas, realizan rutinas artísticas complejas que requieren un alto nivel de habilidad atlética debido a las exigencias físicas extremas puestas en ellos.

En consecuencia, los bailarines corren el riesgo de sufrir lesiones que potencialmente pueden interrumpir el desempeño y reducir su carrera. Los estudios demuestran un alto índice de lesiones que serían evitables y que forman parte de la vida del bailarín profesional. Las lesiones se localizan anatómicamente por orden de prevalencia en el pie, seguido de tobillo, rodilla y columna lumbar, dándose en mayor proporción las lesiones en el pie y tobillo en bailarines de danza clásica y de danza española en comparación con danza contemporánea, en la que son más comunes en la rodilla, y en la columna lumbar en el baile flamenco.

Las ciencias de la salud aplicadas a la danza surgieron con fuerza hace unos 20 años en toda Europa y actualmente forman parte del cuidado diario de las lesiones de los bailarines en las principales compañías de danza internacionales. En España tuve el privilegio de ser el primer profesional sanitario dentro del Ministerio de Cultura en el año 2001, hube de aprender mucho y formarme fuera de España con otros profesionales de compañías europeas, en España no había referentes.



Luis Gadea con Alessandro Riga, primer bailarín de la Compañía Nacional de danza

La fisioterapia en la danza es una profesión preciosa, más si amas la danza como me pasa a mí, aunque también muy dura y exigente. El bailarín necesita resultados inmediatos, es mucha la presión y competencia a la que está sometido, pero siempre es un orgullo poder acompañarlos en su camino por los escenarios. Por suerte, actualmente la Compañía Nacional de Danza y el Ballet Nacional disponen de 4 fisioterapeutas en sus filas, aunque en España todavía estamos lejos de poder ofrecer los mismos servicios que otras instituciones internacionales así como de equiparar la danza con el deporte.



Arriba, arabesque con Juanjo Carazo, solista de la Compañía Nacional de danza. En las fotos de abajo, clases de preparación



Los bailarines profesionales trabajan habitualmente unas siete horas al día, realizando clase diaria de ballet de una hora y media, independientemente de la disciplina a la que se dediquen, y posteriormente unas cinco horas de ensayo de las piezas de repertorio que estén preparando en cada temporada. Se suelen iniciar en la danza académica habitualmente a la edad de 8 años y cursan una formación mínima de 10 años hasta formarse como profesionales de la danza.

La labor de un fisioterapeuta de danza se basa principalmente en la prevención de lesiones, enseñando al bailarín la realización del gesto técnico correcto y el entrenamiento específico de danza, además de acompañarles durante todo el proceso de recuperación, estando presente en la realización de ensayos y giras. Es por lo tanto importante que el fisioterapeuta conozca la biomecánica de la danza y las necesidades técnicas y artísticas a las que están sujetos.

Las lesiones en danza ocurren por microtraumatismos de repetición producidos generalmente por falta de descanso, posturas forzadas y sobreentrenamiento.

Los bailarines tienen escasos conocimientos en materia de salud. Por esta razón, desde el 2013 soy profesor en el Conservatorio Superior de Danza de Madrid. Este tiene un itinerario dentro del plan de estudios de "Danza y Salud" en el que los alumnos cursan diferentes asignaturas cuyas competencias son la adquisición de herramientas que promuevan el cuidado de la salud y bienestar del bailarín.

Es muy importante la labor educativa cuando tratéis a un bailarín; todavía siguen aprendiendo mitos y falsas creencias desactualizadas de cómo gestionar el dolor, estiramientos no adecuados y conceptos equivocados sobre los tiempos de recuperación de las lesiones. Siempre agradecerán un correcto asesoramiento y estar informados sobre su lesión; son unos profesionales muy trabajadores y disciplinados. Os animo a todos a que acudáis al teatro a ver danza y que probéis una clase para que valoréis el duro y maravilloso trabajo que realizan.

¿Dónde se localizan principalmente las lesiones en los bailarines?



LESIONES

Ocurren por **microtraumatismos de repetición** producidos por:

- falta de descanso
- posturas forzadas
- sobreentrenamiento



Para prevenir las lesiones es importante que el fisioterapeuta conozca la biomecánica de la danza y las necesidades técnicas y artísticas a las que los bailarines están sujetos



La Compañía Nacional de Danza y el Ballet Nacional disponen de 4 fisioterapeutas en sus filas, aunque en España todavía estamos lejos de otras instituciones internacionales así como de equiparar la danza con el deporte



PERFIL BAILARÍN PROFESIONAL

7 horas de trabajo **al día**

8 años es la edad de inicio más usual

10 años como mínimo de formación

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

La figura del fisioterapeuta me parece esencial en cualquier situación y más cuando el profesional comparte sus conocimientos durante la sesión. Se convierte en una clase maestra práctica y teórica sobre el funcionamiento del cuerpo. Me aporta un amplio conocimiento técnico que luego lo traslado a mi práctica de movimiento corporal.

Quiero dar las gracias a todos los especialistas que me han enseñado y me han permitido seguir mi camino descubriendo mi cuerpo.

CRISTINA VALDIVIELSO GARCÍA
Intérprete y bailarina



”

La fisioterapia es muy importante para los bailarines porque trabajamos con nuestro cuerpo. Este es un vehículo al que le metemos mucha presión y es esencial cuidarlo. Si siempre lo llevamos al máximo y no nos paramos a darle ese momento de cuidado el vehículo se rompe y es lo que muchas veces nos pasa a los bailarines. Para mí es muy interesante trabajar mano a mano con fisioterapeutas especializados en el sector tanto para prevenir lesiones como para tratarlas.

MÓNICA NEMESIO
Bailarina de danza contemporánea
en Batega Dansa

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

La fisioterapia me resulta tan necesaria como mi clase de ballet o un ensayo. Me ha permitido mejorar en mi carrera y entender mejor mi cuerpo. El fisioterapeuta que trabaje con bailarines tiene que entender por otro lado la técnica de la danza para ser eficaz en su tratamiento.

Gracias a la fisioterapia puedo mantenerme en activo.

ANTONIO CORREDERAS

Primer Bailarín del Ballet Nacional de España



Foto: Rinaldo Sata

”

En la danza, el cuidado al cuerpo es esencial. De hecho, el conocimiento paulatino de las fortalezas y debilidades de cada cuerpo permite realizar con el equipo de fisioterapia un trabajo absolutamente indispensable de prevención de lesión. A lo largo de mi carrera, los fisioterapeutas han sido figuras claves para mantenerme en el más alto nivel de exigencia física y técnica, me han aliviado de molestias y dolores inherentes a mi profesión, además de haber permitido recuperarme de manera óptima de lesiones más graves. Son primordiales para el funcionamiento de cualquier compañía de danza.

FABRICE EDELMANN

Bailarín internacional. Ex-director
Compañía Nacional de Danza 2

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

En mi larga trayectoria como bailarín he acudido muchas veces al fisioterapeuta. Llevo casi 25 años yendo al mismo fisioterapeuta que a su vez es osteópata, me gusta saber que entiende cómo me muevo y me ayuda a conocer más mi cuerpo.

En nuestra profesión es muy importante cuidarnos la salud e intentar lesionarnos lo menos posible.

DAVID ZAMBRANO

Bailarín y creador de la técnica
Flying Low y Passing Through



Foto: Almudena Soullard Navarrete

”

Quiero resaltar el papel inspirador que han tenido la fisioterapia/osteopatía en mi propio trabajo y y cómo me han ayudado no solo a superar ciertas lesiones con éxito sino también a seguir interesándome por el funcionamiento de mi cuerpo. Al recurrir a una base científica sólida como la fisioterapia, he alcanzado una mayor conciencia corporal y propiocepción a la vez que ha creado un gran interés por el mantenimiento de mi sistema corporal más allá de cumplir ciertos aspectos estéticos o conseguir un alto grado de virtuosismo.

BERNAT MACIÀ PÉREZ

Intérprete y bailarín

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

A lo largo de mi carrera, he podido comprobar que la fisioterapia es más que imprescindible en el mundo de la danza ya que no solo ayuda a recuperarse de lesiones sino que además ayuda a prevenirlas y mantiene el cuerpo en óptimas condiciones en cualquier disciplina física.

En más de una ocasión he podido estar sobre el escenario gracias a la ayuda que recibí por parte de los fisioterapeutas y pude realizar mi trabajo de manera óptima y con una tranquilidad absoluta.

JOSÉ CARLOS BLANCO MARTÍNEZ

Asistente coreográfico de Nacho Duato y Juanjo Arques. Maestro



”

Mi última lesión ha sido una operación quirúrgica de hombro a causa de luxaciones recidivas. Esto ocurrió hace 6 meses y ya me he subido a un escenario, puedo decir que estoy al 100%. Esto lo he conseguido gracias a un equipo de fisioterapeutas y recuperadores funcionales que han estado conmigo durante 3 meses de rehabilitación. Es muy importante que sepan qué haces, los diferentes movimientos que requiere cada pieza de danza. Por eso siempre me pedían vídeos de mis actuaciones, de ensayos, de lo que yo era capaz de hacer y tenía que volver a conseguir. Sin duda, la labor del fisioterapeuta en el mundo de la danza es esencial.

ANA FERNÁNDEZ MELERO

Bailarina Colectivo Banquet

Danzas urbanas: las lesiones más frecuentes y cómo prevenirlas



María del Mar Alagarda Herrero

Colegiada 4826

Fisioterapeuta en la escuela de danza "Home Dance Studio"

Cuando se emplea el término "danza" a menudo se asocia a la 'Danza Clásica' o a la 'Danza Contemporánea'. La mayoría de artículos publicados sobre 'Danza' hablan de la primera y es que esta ha sido la disciplina más estudiada durante años.

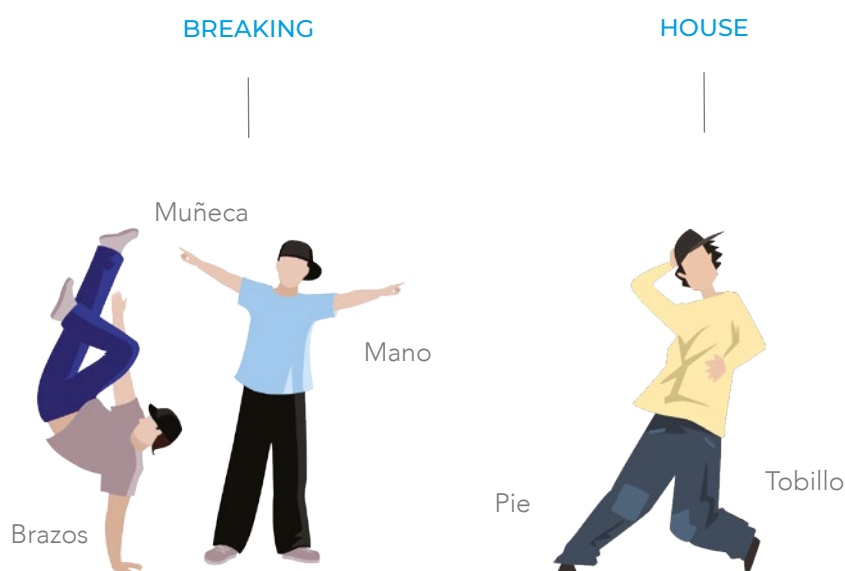
Sin embargo, la danza engloba multitud de géneros: Clásico, Moderno, Contemporáneo, Jazz, Tap, Danzas Urbanas, Baile Deportivo, Teatro Musical, Flamenco, Danza Española, Danza Irlandesa, Danza Africana, etc.

Dentro de las Danzas Urbanas hay muchísimos estilos, cada uno con su historia, su técnica y su música, como el Poppin, Locking, Breaking (considerados *old school* o *foundation*), y también el Funk, Waacking, Streetdance, Street jazz o Hip Hop, Krumping, Voguing y House (considerados *new school*).

Los bailarines urbanos presentan una alta incidencia de lesiones y parece que, desde hace unos años, la ciencia está empezando a centrarse en estudiar esta disciplina.

Los estudios publicados coinciden en que las rodillas y el raquis lumbar son las zonas que más se lesionan los bailarines de Danzas Urbanas. Sin embargo, en mi experiencia y tras casi 7 años trabajando con ellos, me he dado cuenta de que el lugar de lesión parece estar influenciado por el estilo de baile. Por ejemplo, los bailarines de Breaking sufren más lesiones en los brazos, la mano y la muñeca, seguramente por el trabajo de suelo que realizan. Los bailarines de House tienen más incidencia de lesión en tobillo y pie, suponemos que, por el mayor trabajo de los miembros inferiores como patadas, saltos, *stomps* y *footwork* en general. En base a los movimientos que más repiten y a las exigencias físicas y técnicas de cada baile, sufrirán más unas regiones del cuerpo que otras.

¿Cuáles son las principales lesiones en las danzas urbanas?



Los bailarines de **Hip Hop** o **Danzas Urbanas** son los que presentan el **mayor número** de lesiones

Las rodillas y el raquis lumbar son las zonas que más se lesionan los bailarines de **danzas urbanas**

Otra de las cosas que me llama la atención es como varios estudios afirman que los bailarines de Hip Hop o de Danzas Urbanas presentan el mayor número de lesiones de todas las danzas. Pero, **¿por qué los bailarines de Hip Hop se lesionan más?** Fundamentalmente **por 3 motivos**:

1. En Danza Clásica, Tap, Moderno, Baile Deportivo, entre otras, se suelen entrenar movimientos muy específicos, con una técnica concreta y con una progresión en el aprendizaje. Por ejemplo, un bailarín de Ballet comienza entrenando ejercicios muy sencillos en la barra, para poco a poco y tras años de entrenamiento y perfeccionamiento hacer ejercicios de mayor dificultad. En Hip Hop los movimientos que se ejecutan nacen de la improvisación y aunque hay una técnica de base, muchas veces los propios bailarines no estudian esa técnica sino que se lanzan a realizar trucos, acrobacias o coreografías para los cuales su cuerpo podría no estar entrenado ni preparado.
2. Además, muchos bailarines urbanos entrenan y actúan en superficies duras, espacios no acondicionados, sin protección (rodilleras o cascos) y sin profesores o supervisión de algún tipo.
3. Por último, la falta de concienciación e información que tienen, así como la falta de buenos hábitos de trabajo como calentar o una rutina post-entrenamiento, también influyen en que estos bailarines sufran tantas lesiones.

Para poder **prevenir las lesiones** en este campo y alargar sus carreras profesionales lo máximo posible es importante:

1. Entrenar ejecutando correctamente los movimientos, con una buena técnica y una progresión en el aprendizaje.
2. Entrenar en espacios habilitados para ello, teniendo en cuenta cosas como el suelo, la temperatura de la sala y el material de protección como las rodilleras.
3. La presencia de profesores y/o entrenadores que supervisen a los bailarines, especialmente cuando se entrenan trucos acrobáticos y peligrosos.
4. Adquirir una serie de hábitos como el calentamiento y una rutina post-actividad.
5. Acudir al fisioterapeuta, aunque no haya síntomas.

Debemos recordar que puede haber una disfunción en alguna parte de nuestro cuerpo sin síntomas aparentes, es decir, sin dolor. Nuestro cuerpo siempre va a intentar adaptarse y compensar para que no nos duela nada. En el momento que aparecen los síntomas, especialmente si no ha habido un traumatismo previo, el cuerpo del bailarín ya ha llegado a su límite. Debemos intentar que esto no suceda y abordar la salud física desde la prevención, siempre que se pueda.

Fisioterapia en los bailes latinos, una obra en construcción



Gonzalo Rojas de la Cruz

Fisioterapeuta

ProFisio Gonzalo Rojas de la Cruz (Sevilla)

El baile latino es uno de los más actuales en el panorama social. Estoy convencido querido lector que tienes algún amigo o amiga que baila salsa o bachata, si no es que lo haces tú mismo.

El baile latino es fuerza, expresión y mucho sentimiento, lo que transmite una energía única, haciendo que cada pareja se conecte de forma especial y diferente. Es parte de la magia de estos tipos de baile. Desde la samba, rumba, paso doble, chachachá y el jive, o el tango, el bolero, y el mambo entre otros, a mis favoritos: la salsa y la bachata.

Bailar tiene beneficios como mejorar el ritmo cardíaco y la capacidad pulmonar, mejorar el tono muscular, combatir el estrés por la liberación de endorfinas que provoca, mejorando el humor y la felicidad, además de mejorar la autoconfianza.

Una vez presentado estos tipos de baile, llega la duda que nos compete a los fisioterapeutas: ¿Qué campo jugamos y qué herramientas tenemos en este universo que es la danza latina? Si buscamos en internet sobre fisioterapia y baile o danza, nos saldrá muchísima información sobre ballet, especialmente. Quizá algo de contemporáneo o varias disciplinas. Incluso si buscamos específicamente sobre la danza latina y fisioterapia vamos a encontrar muy poquita información. En Latinoamérica, en países como México o Colombia, he podido comprobar cómo jóvenes fisioterapeutas tratan de dar presencia a la fisioterapia dentro de los bailes latinos. Más allá de esto, poca cosa.

Es obvio que la fisioterapia está presente en el mundo de la danza en general, sin embargo, da la impresión de que se desarrolla hacia la danza clásica y contemporánea o de salón. Siento que hacen falta más recursos, estudios o ensayos en el mundo de los bailes latinos.

Trabajo en este campo desde que empecé a bailar salsa y bachata, hace diez años. Al poco tiempo pude darme cuenta de una realidad abrumadora y es que los bailarines profesionales de estas danzas, en España, no acudían al 'fisio' regularmente, siendo una de las disciplinas más practicadas en el panorama mundial y en constante crecimiento. Esto ocurre porque la gran mayoría de los ahora profesionales empiezan bailando por diversión y acaban dedicándose a ello, sin una base de educación o preparación en cuanto a su desarrollo físico como bailarines.

Observando el panorama, decidí buscar formaciones que me permitieran tener un mayor conocimiento de la biomecánica de la danza y el tratamiento en los bailarines.

Gracias a haber podido aprender de bailarines profesionales he ido investigando y contrastando sobre las peculiaridades de la fisioterapia en los bailes latinos. Como con cualquier actividad física, la educación en la técnica es básica para un buen desarrollo y para la prevención de las lesiones. En particular, son fundamentales la propiocepción, la coordinación o el sistema vestibular, aquí el trabajo preventivo será primordial.

Debido a que principalmente se trata de bailes en pareja, en las que la edad no es un inconveniente, y se practica desde niños hasta adultos avanzados, muchas lesiones dependerán de los intercambios de fuerzas entre las personas, donde la falta de entendimiento resultará el motivo principal de las lesiones. Resulta complicado elaborar estadísticas válidas por lo que los datos que ofrezco son en base a una pequeña encuesta personal realizada con bailarines profesionales y *amateurs* que acuden habitualmente a eventos o congresos. He podido observar lo siguiente:

- La edad habitual se da entre los 25-45 años.
- Un 87% dice haberse lesionado alguna vez siendo el 60% por el baile.
- Más del 50% solamente acude al fisioterapeuta cuando ya están lesionados y solo el 30% va con cierta frecuencia para prevenir.
- La lesión más común se da en los hombros en aproximadamente 1 de cada 2 lesionados, seguido de cerca por las cervicales y las lumbares, y 1 de cada 3 del miembro inferior en general, ya sea de rodillas o tobillos.
- El 80 % considera que la fisioterapia debería estar presente en el baile.

En conclusión, la fisioterapia en el campo de la danza latina está aún por desarrollar. Las bases fundamentales se deberían establecer en la prevención, a través del trabajo en la propiocepción, coordinación y el sistema vestibular.

¿Qué lesiones son más frecuentes en bailes latinos?



LESIONES

- 25-45** años principalmente
- 60%** se ha lesionado por el **baile**
- 50%** acude al '**fisio**' cuando se **lesiona**
- 30%** va al **fisioterapeuta** para **prevenir**
- 80%** considera que la **fisioterapia** debería estar **presente** en el **baile**



Al tratarse principalmente de bailes en pareja, muchas lesiones dependerán de los intercambios de fuerzas entre las personas... la falta de entendimiento resultará el motivo principal de las lesiones



LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Soy profesora de danza urbana y entrenadora de grupos de competición. A lo largo de mi formación como bailarina me he dado cuenta que el mejor aliado que puede tener un bailarín es un fisioterapeuta. En mi caso, trabajo unas 6-7 horas diarias bailando, cosa que requiere gran esfuerzo físico y, por consiguiente, un buen tratamiento de fisioterapia de vez en cuando. No necesitamos una lesión para acudir a nuestro fisioterapeuta, muchas veces son ellos los que previenen nuestras lesiones.

NURIA GILABERT GARCÍA
Bailarina profesional de danza urbana



Foto: Daniel Andreu Bolance

”

La fisioterapia es muy necesaria para cualquier persona, más si práctica cualquier tipo de deporte o de danza. A mí me ha ayudado a prevenir lesiones y tener más consciencia sobre mi propio cuerpo.

JAVIER BERGA DURÁ
Bailarín profesional y profesor de danzas urbanas

LA VOZ DEL PACIENTE...



Foto: Pablo Rufes Díaz

”

La fisioterapia me ha ayudado y me ayuda a tratar problemas puntuales, pero sobre todo, a coger consciencia de cómo mimar y tratar mi cuerpo. A veces como bailarines no nos permitimos parar y darnos la atención física que merecemos. Y desde que empecé a valorar la fisioterapia, soy más capaz de lidiar con molestias y lesiones.

CARLES ESCOMS FERRER
Bailarín profesional



”

La fisioterapia cambió mi salud física y mental, dejé de preocuparme por los dolores de mi cuerpo o por las lesiones. Gonzalo Rojas me enseñó la importancia de realizar un trabajo completo para mejorar mi capacidad, especialmente a nivel preventivo, con ejercicios específicos, una buena alimentación y descanso. La fisioterapia, mi fisioterapeuta, ha cambiado mi vida como bailarín y profesor de baile. Se la recomiendo a todos los bailarines de cualquier especialidad que aún no se preocupan por la salud de su cuerpo; les haría más felices y sanos.

JOSÉ M. BERRAQUERO. Berra & Laura.
Campeones del mundo en World
Bachatastars 2018 y subcampeones
del mundo World Bachata Masters 2019

Importancia de la prevención en los bailarines



Mireia Fuster Espí

Colegiada 7180

Fisioterapeuta autónoma

Miembro de la Comisión de Artes Escénicas del ICOFCV

Las lesiones musculoesqueléticas en el mundo de la danza son muy comunes. Entre el 50% y 90% de los bailarines se lesionan a lo largo de su carrera profesional (otros estudios hablan de entre 0.5 y 4.4 lesiones cada 1000 horas bailadas). Esto es una realidad pero desgraciadamente el papel del fisioterapeuta dentro de este mundo todavía no está presente. Numerosos estudios muestran la prevalencia de las lesiones en los bailarines pero pocos de ellos plantean un buen protocolo de prevención.

La mayoría de las afectaciones se producen en tobillos, pies y caderas. Esto varía en función del tipo de danza que se practique ya que en danza clásica hay más afectación de esas zonas por el trabajo en puntas y por la rotación externa de cadera mantenida; en danza contemporánea hay más patología en rodillas por todo el trabajo de suelo, y en flamenco hay principalmente lesiones a nivel de la columna lumbar y rodillas por el constante taconeo y las extensiones de columna (cambré) que se realizan. La causa de las lesiones puede ser tanto traumática como por sobreuso pero en el caso de los bailarines la incidencia de lesiones por sobreuso es mucho mayor. Esto podría ser debido a las amplias jornadas de ensayo, a las condiciones de los espacios de actuación, al poco tiempo de recuperación entre ensayos o actuaciones o a la alta demanda que provocan las piezas en los cuerpos de los bailarines.

Desde mi punto de vista considero que todo profesional que se dedica a las artes escénicas y, en concreto, a la danza es conocedor de la prevalencia de las lesiones en este sector, pero no se toma una solución. Hay una escasez de profesionales sanitarios en los diferentes festivales de artes escénicas, en los conservatorios, tanto profesionales como superiores, y el bailarín es sometido a altas horas de ensayos sin tener una buena preparación física.



El bailarín debe estar preparado físicamente para luego poder rendir. En muchas ocasiones esto implica repetir y repetir patrones de movimiento muy concretos que provocan un desequilibrio muscular que hay que contrarrestar con otro trabajo. Con la implantación de una buena preparación física, la evidencia avala la disminución de las lesiones, la mejora del rendimiento, el aumento en la absorción máxima de oxígeno y la reducción del estrés. Por ello, considero muy importantes las sesiones de acondicionamiento físico para los bailarines y los programas especiales de educación en salud.

Actualmente, ya se están empezando a implantar clases de acondicionamiento físico en diferentes escuelas de danza y están surgiendo métodos para trabajar con el bailarín como es el caso del Método ADAPT creado y diseñado por María Jesús Peces-Barba. María Jesús nos cuenta cómo surgió el método. Conforme iba tratando a más bailarines se daba cuenta de que sus sesiones se centraban en ir corrigiendo gestos técnicos mal hechos, en muchas ocasiones por culpa de no entender bien el movimiento o no llegar a sentirlo bien y, por tanto, no activar la musculatura necesaria. A raíz de ahí nace la necesidad de ir dándole herramientas a los bailarines de autocuidado, cómo gestionar el dolor, cómo calentar y cómo recuperar. Su método se basa en esos tres pilares fundamentales: calentamiento, gestión de dolor y recuperación. En definitiva, este método nace ante la necesidad de prevenir lesiones mejorando los gestos

técnicos de danza mediante ejercicios específicos donde aprender a reclutar la musculatura apropiada. Todos los ejercicios parten del respeto hacia el propio cuerpo, buscando las adaptaciones que cada uno necesite. Cada bailarín quiere bailar al 100% de sus capacidades, pero ese 100% no tiene porqué ser igual al de otro.



María Jesús Peces-Barba
Fisioterapeuta
Imagen de Método ADAPT



En este artículo me gustaría dejaros un planteamiento de ejercicios que considero útiles para que los bailarines refuercen la musculatura profunda y aumenten la conciencia corporal que tanto necesitan a la hora de bailar.

Ejercicios para bailarines

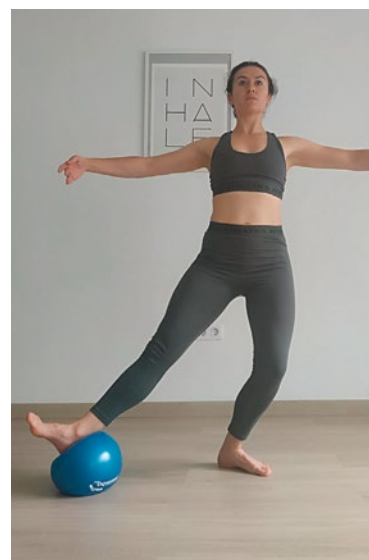
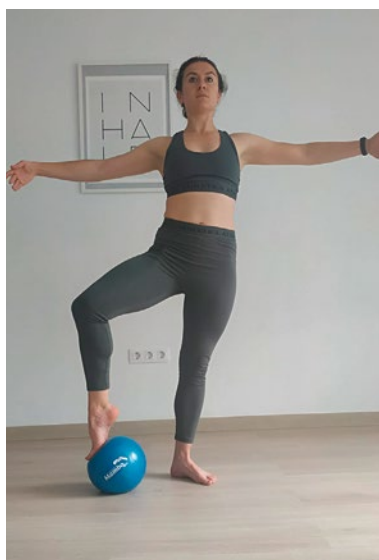
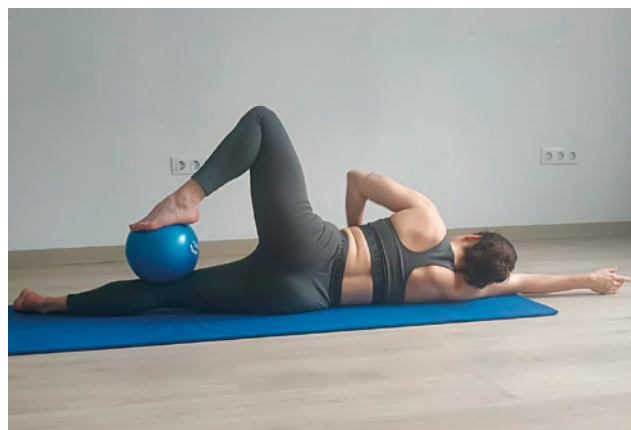


“ Con una buena preparación física, la evidencia avala la disminución de las lesiones y la mejora del rendimiento. Por ello, son muy importantes las sesiones de acondicionamiento físico para los bailarines y los programas especiales de educación en salud ”





El bailarín debe estar preparado físicamente para poder rendir. Esto implica repetir y repetir patrones de movimiento muy concretos que provocan un desequilibrio muscular que hay que contrarrestar con otro trabajo



Para finalizar me gustaría agradecer a María Jesús Peces-Barba su colaboración en este artículo. Asimismo, quiero hacer hincapié en que si tenemos pacientes que se dediquen al mundo de la danza o las artes escénicas, promocionemos la salud en ellos. Su cuerpo es su instrumento de trabajo y por ello deben dedicar tiempo a cuidarlo. No todo es tomar clases o preparar actuaciones hay que ir cuidando y preparando al cuerpo en su globalidad.



Fisioterapia y Teatro

El teatro es el arte de representar historias y situaciones reales o ficticias frente a un público. Al teatro puro se suman otros géneros que mezclan la representación escénica con la música, en los que aparecen partes habladas que se van alternando con música, baile y con partes cantadas como son la ópera, la zarzuela o los musicales. En todos ellos, la figura del fisioterapeuta es vital desde el minuto cero, por lo que debería formar parte de las compañías.

Hacia la fisioterapia en la interpretación teatral



Carles Expósito Rovira

Fisioterapeuta en Físio Taddeo (Palma de Mallorca)
Profesor Conservatorio Superior Música de las Islas Baleares
Presidente de Asociación Multidisciplinar Para las Artes Escénicas (AMPAE)

Como fisioterapeuta, he trabajado en compañías de renombre internacional como el *Théâtre du Soleil* en la Cartoucherie de París, la Compañía Louis Brouillard en el *Théâtre de l'Odéon* de París, y en espectáculos de Disney como *Violetta* y *Soy Luna*, estando de gira en París. En estos espectáculos, trabajaba intentando disminuir el efecto de cierta lesión o dolor aparecidos por el desarrollo de las puestas en escena o, simplemente, por el hecho de estar de gira, viajando y cambiando de cama constantemente.

Posteriormente, pude desarrollar un trabajo más continuo ayudando en la preparación corporal de varios espectáculos, desde la prevención como herramienta para el tratamiento de lesiones. De este modo, colaboré con el trío *Les Cot* en el musical *París*, que se representó en el *Teatre Almeria* de Barcelona; en la pre-producción de la obra de texto *El Bosc de Birnam* con la compañía *Taula Rodona Teatre* de Palma; y con la compañía internacional *Peeping Tom* en la parte del periodo de creación que se hizo en Barcelona del espectáculo *Kind*.

Cuando cursé el máster de Estudios Avanzados de Teatro, al hacer mi trabajo de investigación me sorprendió una realidad que, aunque era de sospechar, me impactó: encontré cero estudios que relacionaban la fisioterapia con el teatro. A pesar de haber revistas especializadas en medicina de las artes escénicas, no existía ningún estudio sobre fisioterapia y teatro. Sí los había desde la logopedia, de medicina o salud general, etc. pero no en fisioterapia. ¿No interesa a los fisioterapeutas? ¿O es un campo de difícil acceso? No hay fisioterapeutas trabajando en Escuelas Superiores de Arte Dramático (ESAD) como tampoco hay fisioterapeutas trabajando en las compañías nacionales de arte dramático (en cambio, sí los hay en las compañías nacionales de danza). Del mismo modo, en los estudios superiores de danza

encontramos una asignatura llamada Ciencias de la Salud aplicadas a la Danza. Su homónima en los estudios superiores de arte dramático no existe. Sin embargo, conozco varios profesores en ESAD que recomiendan a sus alumnos tener en su agenda el teléfono de un/a fisioterapeuta y un/a psicólogo/a.

Al leer los distintos libros técnicos de pedagogía teatral, uno se da cuenta de varias cosas. Por un lado, que la fisioterapia sí tiene una labor a desarrollar en el campo de la interpretación teatral; por otro lado, que es imprescindible para un fisioterapeuta especializado en intérpretes teatrales conocer las especificidades de cada técnica interpretativa. No es lo mismo actuar para televisión que para cine o teatro y se deben conocer las técnicas que más utiliza el actor/actriz: sistema Stanislavski, la biomecánica de Meyerhold, el método Grotowski, Lecoq o, aún, la técnica Chéjov, por citar algunas.

El cine es realidad ficticia y el teatro es convención. El teatro es efímero ya que una misma función no se repite. El teatro es una interacción con el público y recibe su *feedback*: sin público no hay teatro. En cine, el intérprete puede hablar en voz baja, en teatro, a no ser que sea un recinto pequeño o teatro inmersivo, no es posible.

Por supuesto, hay que conocer también el tipo de interpretación en teatro que se ejecuta: no tiene las mismas exigencias un actor de texto que uno de teatro físico o uno de teatro musical. Es importante tener en cuenta todo esto para la recuperación de lesiones y para ir tomando el paso a la preparación a la actividad. El actor de teatro musical debe tener una buena condición física, puesto que bailar al mismo tiempo que se canta, tiende a cambiar el patrón respiratorio para uno más superior y superficial. Esto se puede traducir en tensiones a nivel de laringe para compensar un esfuerzo no realizado a nivel abdominal. Esta realidad difiere un poco de la del actor de texto y de la del actor gestual, que no precisan cambiar el patrón respiratorio por la exigencia física o no afecta a la voz.

Es importante conocer esto para saber cuál es el tratamiento que el intérprete teatral hace para el desarrollo de su personaje, de su cuerpo como actor/actriz y como personaje, etc. Y es que no hay que olvidar que en el escenario vemos al personaje que forma parte de la convención teatral... pero vemos también al actor y esta realidad es inseparable: ¿cómo afecta el personaje al actor? ¿Y el actor al personaje? Un actor puede tener que meterse en una corporalidad que no le corresponde para interpretar un personaje. Si ese personaje lo interpreta durante mucho tiempo, se empiezan a crear rigideces y, si estas rigideces no se rompen antes de abordar otro

“

Para un fisioterapeuta especializado es imprescindible conocer las especificidades de cada técnica interpretativa. En cine, el intérprete puede hablar en voz baja, en teatro no es posible.... no tiene las mismas exigencias un actor de texto que uno de teatro físico o uno de teatro musical

”



Foto B. Ramon

“

Un actor puede tener que meterse en una corporalidad que no le corresponde para interpretar un personaje. Si lo hace durante mucho tiempo, se empiezan a crear rigideces

”



Sería interesante que los intérpretes teatrales quisieran contar con nosotros, los 'fisios', para ayudarles a crear físicamente un personaje: facilitarles la tarea mediante un programa de refuerzo de ciertas cadenas musculares, por ejemplo, podría tener un muy buen resultado



El intérprete teatral, aún estando enfermo o lesionado, debe realizar la función; el conocido *"the show must go on"* no tiene en cuenta la posibilidad de una baja laboral a no ser que haya una lesión importante



personaje, se acumulan y el problema comienza a hacerse mayor. Por supuesto, al hecho de que estas rigideces son físicas, se suman las tensiones emocionales y, de repente, podemos tener un actor al que la voz no le acompaña o con problemas físicos o con problemas de pánico escénico, a pesar de tener muchas tablas.

Por ello, es importante un cuidado regular tanto de hidratación de las vías respiratorias como de mantenimiento físico: hacer ejercicio y mantener en buenas condiciones los músculos mediante un entrenamiento de la flexibilidad para no acumular rigideces o el trabajo en cadenas musculares. Sería interesante que los intérpretes teatrales quisieran contar con nosotros, los fisioterapeutas, para ayudarles a crear físicamente un personaje: facilitarles la tarea mediante un programa de refuerzo de ciertas cadenas musculares, por ejemplo, podría tener un muy buen resultado.

Como fisioterapeutas no debemos tener miedo a trabajar la voz. Sin meternos en camisas de once varas y respetando el campo de acción de los logopedas, podemos ayudar con terapia manual en ciertas patologías como la disfonía por tensión muscular, por supuesto tras un diagnóstico hecho por el foniatra. Para según qué otras disfonías funcionales, no seremos más que un complemento para eliminar rigideces. Un cuerpo tenso dará una voz tensa.

La voz se produce mediante músculos y somos los especialistas en este campo. Así que podemos controlar todas las parafunciones de la voz sin ser especialistas en el campo vocal: la tensión en el cuello y nuca tendrá un efecto adverso para la función vocal; los nervios y las tensiones emocionales predisponen una sobreactivación de los músculos suprahioides que van a tener una acción de ascenso laríngeo y que podemos contrarrestar con terapia manual y masoterapia a ese nivel; combinar esto con un trabajo vocal posterior para afianzar un trabajo propioceptivo a nivel de la garganta, asegurará encontrar otros caminos para la función vocal. Por supuesto, liberar la respiración y la expansión de la caja torácica entran dentro de nuestro plan de acción. De este modo, podemos ahorrarle al paciente episodios de lumbalgias y cervicalgias por tensión muscular, por una mala gestión de la respiración, etc.

Finalmente, podemos trabajar con todos los accidentes que pueda tener el actor/actriz en escena: golpes, resbalones, tirones, etc. Hay que tener en cuenta que el intérprete teatral, aún estando enfermo o lesionado, debe realizar la función; el conocido *"the show must go on"* no tiene en cuenta la posibilidad de una baja laboral para ellos, a no ser que haya una lesión importante.

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

La profesión de cantante lírico es extremadamente exigente, tanto psicológicamente como físicamente. Es primordial tener a tu fisioterapeuta de confianza que te guíe en este proceso. En mi caso, sufro mucho de tensiones en el cuello, lengua y mandíbula. Mi 'fisio' me ayuda a quitar estas tensiones y poder así tener una mejor fonación de la voz. Además, trabajamos el diafragma, uno de los músculos más importantes a la hora de cantar. Tratar estos problemas me ayudan a cantar más relajada, a tener una mayor capacidad pulmonar y una mayor libertad corporal. Por ello, recomiendo confiar en un fisioterapeuta especializado.

MARIA MORELLÀ

Mezzosoprano

Academia Capella de Ministrers



”

Hace dos años sufrí disfonía por tensión muscular. El proceso emocional en el que estaba sumergida provocaba que mis cuerdas vocales no estuvieran elásticas y no cerrarían con facilidad y decidí parar mi actividad profesional. Fue un verdadero suplicio ya que lo que siempre me había servido como terapia después de un sobreesfuerzo vocal, catarro, cansancio, etc., no me funcionaba. Me puse en manos de un fisioterapeuta para que tratara mi aparato fonador y lo rehabilitara. Tras dos meses volví a cantar un concierto sin ningún problema y, sobre todo, volví a disfrutar subida a un escenario.

PILAR MORALSoprano y profesora de canto en el
Conservatorio Superior Música Valencia

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Muchas veces al adquirir un personaje adoptas unas posturas corporales que no son las más orgánicas. En algún proyecto que otro he necesitado visitar al fisioterapeuta para tratarme ciertas zonas que se habían visto afectadas al pasar tantas horas construyendo el personaje. Con todas las composiciones físicas que hacemos es necesario tener un seguimiento de nuestro cuerpo por parte de un buen profesional sanitario y si es un fisioterapeuta especializado en artes escénicas mejor, ya que nos entiende perfectamente.

RAÚL FERRANDO

Actor. Actualmente en las series
Fuerza de paz y Cocinera de Castamar



”

La función de un fisioterapeuta en artes escénicas es muy importante para poder llegar a ese nivel de relajación muscular que la artista necesita para llevar a cabo su labor.

Cada personaje que realizamos parte desde la experiencia de la propia actriz. Eso requiere una atención sublime de nuestro cuerpo. Y para ello ir de la mano de un fisioterapeuta ayuda a encontrar ese estado de concentración. Nos ayuda a poder interpretar con consciencia desde nuestro cuerpo y no tanto desde la mente. Así nos aportan que el desarrollo de nuestra creatividad sea más libre, honesto y verdadero.

NIEVES SORIA

Actriz

Entrevista a

Amaia Carnicer

Fisioterapeuta Especializada en Artes Escénicas - Teatro Musical
Creadora y Directora del Proyecto Cuídate Artista



Amaia Carnicer lleva más de 17 años en el ámbito de las artes escénicas, conociendo de primera mano las necesidades y dificultades a la que se enfrentan músicos, bailarines, actores, actrices... fundamentalmente de musicales, un género teatral cada vez con más auge en nuestro país: el teatro musical. Grandes montajes escenográficos, números coreográficos, voz y música en directo, una fusión de música, diálogo y baile que marcan el transcurso de la acción y nos acercan a un teatro vivo. Ha trabajado en producciones míticas y muy conocidas por el público español como *Cats*, *Mamma Mia*, *Chicago*, *Los Miserables*, *La bella y la Bestia*, *West Side Story*, *Mayumana*, *Billy Eliot*, *El Guardaespaldas*, *La Jaula de las Locas*, *El Rey León* y *A Chorus Line*. En esta entrevista nos cuenta su experiencia y su día a día como fisioterapeuta.

¿Cuándo empezó a dedicarse a la Fisioterapia en las Artes Escénicas y cómo?

Mi primer trabajo como fisioterapeuta fue en el año 2003, en el musical de *Cats*. Entonces no se conocía la especialidad, y en la carrera no me habían hablado de este ámbito de actuación. Para mí fue todo un descubrimiento, recién terminada y llevando una compañía de 40 artistas, viviendo su día a día y conociendo en profundidad las necesidades que tenían. Después de estar un año trabajando con ellos decidí que no quería estar en otro lugar que no fuese en el teatro, que mi labor era muy necesaria, y desde entonces me dedico al trabajo con artistas.

A lo largo de estos años, he trabajado en numerosas producciones y en cada una de ellas he aprendido algo nuevo sobre cómo nuestro trabajo debe adaptarse al show. Ha sido un camino muy largo y duro, una carrera de fondo, porque en las compañías somos artículo de lujo, y las condiciones en las que se trabaja son bastante precarias. A base de mucho empeño, esfuerzo y dedica-

ción en estos 17 años algunas productoras han entendido la necesidad de tener un fisioterapeuta integrado en su equipo técnico.

¿Qué engloba la Fisioterapia en el teatro musical?

En mis comienzos solamente desarrollaba la parte asistencial pero cuando los recursos no son suficientes y son grupos tan grandes tuve que pensar otras estrategias para que los artistas no me necesitaran y supieran cuidarse. Por ello desarrollé el proyecto 'Cuídate Artista', en el que no solo damos tratamiento especializado, sino que la formación y la prevención es una parte fundamental.

El fisioterapeuta que trabaje en Artes Escénicas debe conocer el ámbito donde va a desempeñar su función, que es mucho más que los tratamientos en camilla. En el teatro, por ejemplo, desde el espacio físico a los ritmos de funciones, los roles dentro de la compañía, el vestuario, el movimiento escénico y todas las particularidades que implica.

Cuando trabajamos con artistas es muy importante que nos adaptemos porque en la mayoría de los casos no podemos cambiar su realidad, pero sí ayudarle a que ésta sea lo menos lesiva y no afecte a su rendimiento escénico.

Además de los elencos artísticos, también es importante tener en cuenta a los equipos técnicos que forman parte de la compañía, con los que también trabajamos para que estén sanos, como son técnicos de luces, sonido, sastrería y maquinaria.

¿Qué hace el fisioterapeuta ante un nuevo show?

Lo primero es conocer en detalle a qué tipo de espectáculo nos enfrentamos, sus particularidades, y lo más esencial, a los artistas que lo van interpretar.

Es importante que acompañemos al artista en la fase inicial de ensayos ya que suele ser un período de mucha intensidad física y repetición de gesto. Además, es la fase para desarrollar el plan de prevención de lesiones, educar e instaurar en la compañía buenos hábitos de autocuidado, ya que, no siempre estamos presentes durante las funciones, que es cuando suelen ocurrir las lesiones. Es fundamental enseñarles lo que su cuerpo necesita en cada momento y que aprendan a cuidarse.

Y cuando el espectáculo ya está en marcha ¿Cómo es el día a día de un fisioterapeuta en teatro musical? ¿Qué rutina se sigue con los intérpretes?

Normalmente tienen sesiones de tratamiento con regularidad, lo que nos permite llevar un seguimiento exhaustivo de cada uno de ellos. También es importante contemplar el trabajo multidisciplinar para ayudarles a potenciar su rendimiento. Por mi experiencia, la atención al artista de una manera global es fundamental y, para ello, es clave apoyarse entre distintos profesionales de la salud como nutricionista, psicólogo o preparador físico.

Es similar al trabajo con deportistas de élite, hacen entre ocho y nueve funciones semanales, tienen muy poco descanso y cada noche salen al escenario al 100%, por lo que el desgaste físico es importante.



El Rey León, por la visibilidad que se le ha dado, me ha permitido mostrar el trabajo que realizo, que va más allá de la parte asistencial, y ha hecho que tanto los artistas como otros fisioterapeutas se interesen por ello.



¿Qué ha significado para usted profesionalmente el Rey León?

Ha sido una producción con la que he aprendido mucho, lleva nueve años en cartel y eso me ha permitido conocer al detalle los riesgos que implica. Antes de este proyecto, ya llevaba nueve años trabajando con compañías, pero quizá fue un punto de inflexión para despegar con mi proyecto de 'Cuídate Artista'.

Así mismo, por la visibilidad que se la ha dado me ha permitido mostrar el trabajo que realizo, que va más allá de la parte asistencial, y ha hecho que tanto los artistas como otros fisioterapeutas se interesen por ello.



En estos momentos, Amaia Carnicer es la fisioterapeuta del musical 'A Chorus Line', la compañía de Antonio Banderas. En esta foto y en la de la página siguiente, tratando a algunos de los artistas que forman parte del elenco

¿Qué tipo de patologías son las más frecuentes en los artistas de teatro musical?

Depende mucho de las características del musical y de si valoramos las lesiones en función de lo que realiza el artista.

Entre los bailarines las lesiones más frecuentes son en rodilla, con prevalencia de los esguinces laterales y contusiones; en tobillo con lesiones de esguince en tendones peroneo-astragalinos; en cadera con lesiones de tendinitis de psoas, aductores, isquiotibiales, y en la espalda con lesiones de tipo muscular y bloqueos articulares.

Entre los cantantes y actores depende mucho de los papeles que interpreten, vestuario y la partitura que deben cantar, en este caso es importante tener en cuenta las lesiones de cuerdas vocales por el uso excesivo de su voz.



Es importante que acompañemos al artista en la fase inicial de ensayos ya que suele ser un período de mucha intensidad física y repetición de gesto. Además, es la fase para desarrollar el plan de prevención de lesiones, educar e instaurar en la compañía buenos hábitos de autocuidado



¿Cómo influyen en el abordaje de un artista aspectos como la vestimenta, el tipo de personaje que interpreta, si es persona, animal...?

El vestuario y el *atrezzo* son elementos determinantes, muy a tener en cuenta a la hora de valorar tanto los factores de riesgo como en la readaptación tras una lesión.

En el momento de valorar el gesto del artista, también es importante que conozcamos lo que implica su movimiento escénico, la coreografía, y lo que implica la repetición del mismo. Solo así podremos ayudarle a evitar futuras lesiones.

¿Qué tipo de tratamiento se realiza a los artistas del musical?

Varía en función del actor y del personaje que vaya a interpretar. No tiene nada que ver, por ejemplo, hacer la valoración de Timón y Pumba, personajes de El Rey León, en que los actores llevan un *puppet* con el que se deben mover y cantar, a hacerla de Lumiere, el candelabro de La Bella y la Bestia, que mantiene una posición muy forzada y mantenida de sus brazos a lo largo de la función.

¿Qué importancia tiene la prevención de lesiones en este ámbito?

Es prioritario, educar y enseñar a los artistas a cuidarse, es uno de los objetivos principales de mi proyecto.

Normalmente la figura del fisioterapeuta no está en las compañías, orquestas, escuelas de música, danza e interpretación, por ello, los artistas no siempre tienen el conocimiento necesario sobre cómo cuidar su herramienta de trabajo, su cuerpo.

¿Qué consejo le daría a un compañero/a que quiera dedicarse a este campo?

Que conozca la realidad del artista y sus necesidades, básico para poder hacer un buen abordaje, y que aprenda a desarrollar su capacidad de adaptación porque, en muchos casos, es lo que le ayudará a realizar un tratamiento con éxito.



El fisioterapeuta debe conocer el ámbito donde va a desempeñar su función que es más allá de los tratamientos en camilla..., desde el espacio físico a los ritmos de funciones, los roles, el vestuario, el movimiento escénico y todas las particularidades que implica





Fisioterapia y Artes circenses

Las artes circenses hoy van más allá del circo tradicional. Con profesionales que son auténticos gimnastas estos espectáculos, como los del conocido Circo del Sol, se han convertido en motor de innovación escénica. Puestas en escena ingeniosas y estéticamente sorprendentes en las que interactúan el lenguaje del teatro, de la danza, del movimiento y del circo. Nuestra colegiada Àngels Fenollosa nos cuenta la aplicación de la Fisioterapia en este campo, una importante labor que refrenda un acróbata profesional paciente suya.

La fisioterapia, una gran aliada de los artistas circenses



Àngels Fenollosa Diez

Colegiada 1696

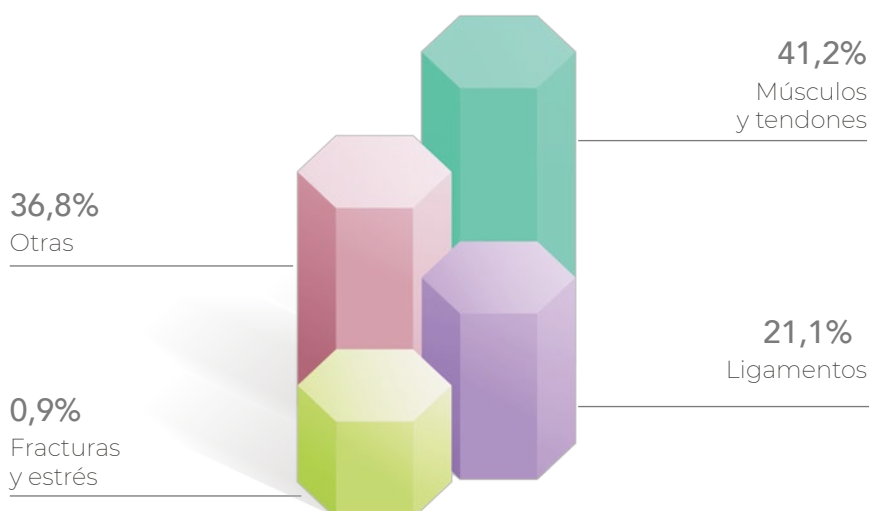
Fisioterapeuta Centro de Fisioterapia Àngels Fenollosa

La práctica de las artes circenses se remonta a siglos, incluso, milenios atrás. En los últimos años, su práctica ha aumentado significativamente y ello ha ido acompañado de un creciente interés científico por describir su trabajo, cualidades, rendimiento, lesiones, etc.

Tomando como referencia la experiencia del Cirque du Soleil, las Universidades como Quebec y California publicaron el artículo "Patrones de las lesiones en artistas de circo: un análisis de 5 años de datos de Cirque du Soleil" que describe los patrones y tasas de lesiones entre los artistas. El estudio señala que de los 1.376 artistas estudiados, el 41,2% sufrieron lesiones en tejido muscular y tendones, y el 21,1% sufrió lesiones ligamentarias. 'Los artistas del Cirque du Soleil tienen patrones de lesiones similares a los atletas de élite', comenta el autor del estudio, el doctor Ian Shrier.

Patrones de lesiones en artistas de circo:
un análisis de 5 años de datos de Cirque du Soleil

TIPOS DE LESIONES EN PORCENTAJES



American College of Sports Medicine, news release, May 28, 2008



El campo de la Fisioterapia en las Artes Escénicas trabaja sobre la prevención de lesiones, su tratamiento y la optimización del rendimiento del artista.

La labor del fisioterapeuta en el circo es importante para que los artistas puedan realizar su trabajo en las mejores condiciones. Además de brindar terapia a todos los artistas para mantener la óptima condición física, debe estar presente en cada entrenamiento para observar posibles factores de riesgo o patrones lesionales, así como analizar los gestos y movimientos de las diferentes disciplinas circenses. Esto permite al fisioterapeuta generar programas de prevención de lesiones según las diferentes técnicas, y mejorar su calidad de movimiento y expresión artística.

En el momento de las funciones también está presente pero no como espectador sino como el especialista que va analizando a fondo la ejecución de cada movimiento en escena para dar siempre la mejor prevención y trata-



El fisioterapeuta trabaja de manera multidisciplinar con el director artístico para recomendar modificaciones o adaptaciones en ciertos actos del *show* y poder así minimizar la prevalencia de aparición de futuras lesiones



miento de manera individualizada. Además, el fisioterapeuta trabaja de forma multidisciplinar con el director artístico para recomendar modificaciones o adaptaciones en ciertos actos del show y poder así minimizar la prevalencia de aparición de futuras lesiones.

En la práctica circense la espalda, las rodillas y los hombros son segmentos muy expuestos a sufrir lesiones. Entre los problemas más frecuentes podemos encontrar esguinces, cervicalgias, lumbalgias o tendinopatías. Las afectaciones de rodilla y tobillo son las más comunes, y las de hombros representan la mitad de todas las lesiones de las extremidades superiores.

Es común escuchar en boca de los diferentes artistas de circo que les duele "la espalda al agacharme a por la pelota", "los pies sobre el alambre", "las manos de agarrar el trapecio", "el cuello por mirar hacia arriba en mis malabares", "los tobillos al caer desde una doble altura", etc.

En el caso de lesión, el objetivo del tratamiento es restablecer la funcionalidad lo antes posible para conseguir una rápida reincorporación a la actividad artística.

Clave también es la prevención de lesiones, que consiste en la educación del conocimiento y el cuidado de su herramienta de trabajo, su cuerpo, y el funcionamiento de éste en su práctica artística. Para ello el fisioterapeuta enseña al artista a incorporar a su práctica diaria ejercicios de calentamiento y toma de conciencia, realizar acondicionamiento físico personalizado, trabajar la conciencia corporal o reeducación postural, así como realizar tratamiento de fisioterapia preventivo según el calendario de actuaciones.

Pese a todo, aún queda mucho camino por recorrer. Por un lado, debemos seguir investigando para ofrecer mejores resultados y, por otro lado, necesitamos concienciar sobre la importancia de esta especialidad y darla a conocer para que algún día la figura del fisioterapeuta especializado en artes escénicas esté presente en centros de enseñanza artística como conservatorios, teatros, escuelas, orquestas, compañías, grupos, etc. De esta forma los artistas recibirían una atención preventiva y asistencial en el momento necesario y evitarían las lesiones que perjudican su carrera artística o, incluso, la obligación de abandonarla, como ha sido y es el caso de muchos artistas hasta el momento.

LA VOZ DEL PACIENTE...



”

Considero que es necesaria la figura del fisioterapeuta en las artes circenses, tanto para prevenir como tratar las posibles lesiones que puedan aparecer derivadas de nuestro trabajo, ya que somos profesionales que entrenamos muchas horas con una exigencia física al máximo nivel, y una gran demanda de rendimiento a nuestro cuerpo, al igual que los deportistas de élite.

RAQUEL CARPIO
Acróbata profesional.
Ha colaborado con el Cirque du Soleil

Cine y Fisioterapia. Una historia al alza

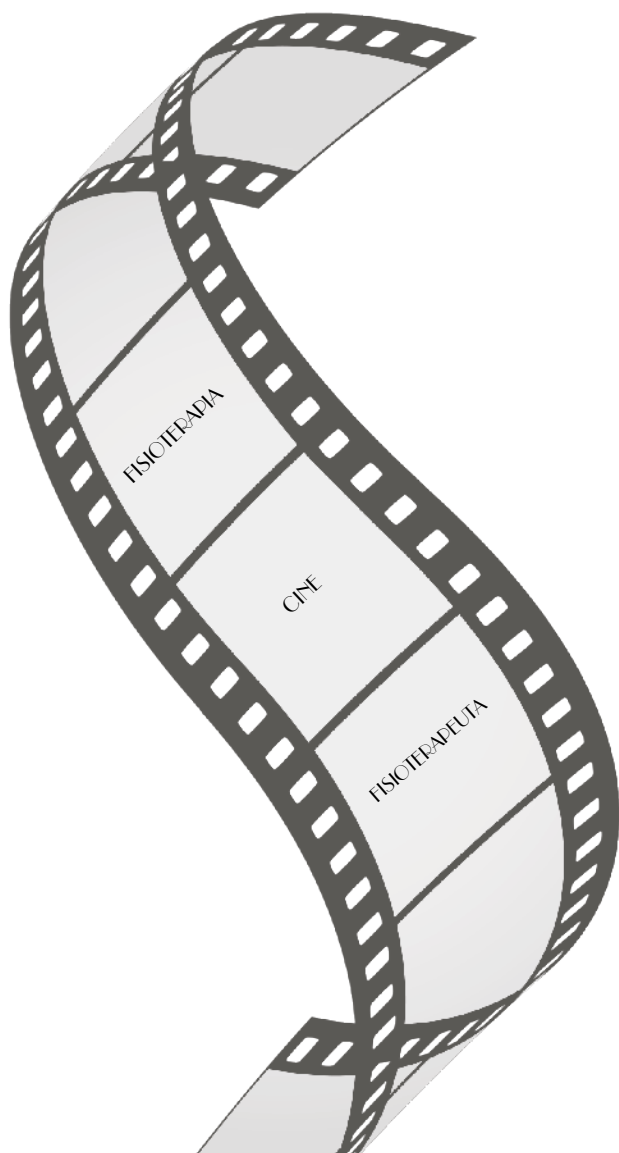


José Ángel González

Colegiado 2381

Director de *Fisioteràpia al Dia*

Fisioterapeuta Centro Salud Picassent y Profesor en CEU UCH



Dado que el presente artículo forma parte de un monográfico de la revista divulgativa (principalmente) y científica (ocasionalmente) *Fisioteràpia al dia*, centrado en esta ocasión en la relación entre la terapia física y las artes escénicas, el lector (o lectora) de las presentes páginas va a tener sobrada ocasión de conocer en profundidad dicha interrelación y, además, de la mano de solventes expertos en la materia.

Por ello, no es intención de este autor (que no autora) explicarles el papel que juegan los fisioterapeutas en el cuidado físico, prevención y rehabilitación de los artistas (incluyendo los del séptimo arte), de lo que se encargan con maestría los numerosos colaboradores de este monográfico... En todo caso, es mi intención acercarles e introducirles en el maravilloso mundo del cine, del que soy un ferviente apasionado, y su interconexión con la fisioterapia, sobre todo, en lo concerniente a sus facetas divulgativa, documental, pedagógica e incluso, por qué no, terapéutica.¹

En cuanto a cine y fisioterapia poco se ha escrito y producido específicamente, no solo en España, sino también en el plano internacional... Lo que no deja de sorprender habida cuenta de la ingente producción de películas, documentales y series centradas en las ciencias de la salud, especialmente la medicina y la enfermería (lo que coloquialmente se denominan "pelis y series de médicos y hospitales").

Así, son de sobra conocidas producciones norteamericanas tales como **Urgencias**² (que catapultó a la popularidad al conspicuo [George Cloony](#)), **House** (otro tanto con el actor británico [Hugh Laurie](#)³), **Anatomía de Grey** (con elevados índices de audiencia mundial) o la reciente **New Amsterdam** (en referencia al primer nombre de la ciudad de Nueva York). Igual popularidad han recabado otras tantas series televisivas españolas como la pionera **Farmacia de guardia**⁴ (llevada también al cine), la exitosa **Médico de familia** (surgida en 1995), **Hospital Central** (emitida entre 2002 y 2012) o la más reciente **Centro médico**.

Lo mismo podemos decir sobre las biografías de los más ilustres paradigmas de la Medicina y la Enfermería, plasmadas en ingentes películas (lo que actualmente denominamos *biopics*) y series televisivas sobre [Madame Curie](#), [Florence Nightingale](#), [Avicena](#), [Ramón y Cajal](#)...

Además, esta preferencia del gran público por los temas médicos queda notoriamente reflejada en la literatura tanto clásica y novelada como divulgativa y reciente:

Entre los autores literarios y sus magistrales narraciones debemos recordar figuras clave como las de nuestros clásicos [Miguel de Cervantes](#) y [Francisco de Quevedo](#) (elogioso el uno y mordaz el otro, respectivamente, en su visión de la medicina de nuestros siglos de oro), o clásicos literarios decimonónicos como el ruso [Antón Chejov](#) (uno de los mayores médicos escritores de la historia) y el británico [Sir Arthur Conan Doyle](#),⁵ autor del insigne detective Sherlock Holmes.

En cuanto a la literatura actual, amén de la ingente cantidad de autores médicos internacionales que han popularizado las tramas sanitarias tales como [Robin Cook](#) ("Coma", "Epidemia", "La cura"), [Noah Gordon](#) ("El médico", "Chamán", "La doctora Cole") o el ya citado [Michael Crichton](#) ("Un caso de urgencia", "La amenaza de Andrómeda"), tampoco podemos pasar por alto las crecientes publicaciones españolas sobre Cine y Ciencias de la Salud⁶ como la **Revista de Medicina y Cine** de la Universidad de Salamanca, o los libros de [Juana](#)

[Hernández Conesa](#) ("Medicina y Cine: La imagen de la medicina en la filmografía de Joseph L. Mankiewicz") y [Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas](#) ("El médico en el cine" y "El enfermo en el cine").

Retomando las implicaciones del séptimo arte, y centrándonos en su interconexión con la fisioterapia, lo que a priori podría parecer una escasa repercusión, dada la juventud de esta profesión sanitaria (sobre todo en España) y las escasas aportaciones cinéfilas a la cuestión que nos ocupa, finalmente surge una grata sorpresa para el investigador que intente profundizar en la materia: la fisioterapia aparece reflejada en la gran pantalla en numerosas ocasiones y de muy diversas maneras, bien tangencialmente (en las primeras cintas filmadas), bien protagonizando poco a poco nuevas producciones de celuloide.

Esa dicotomía se ejemplifica con dos referencias en la historia del séptimo arte: la tangencial (y divertida) aparición del masaje en una de las primeras muestras del celuloide, el mediometraje "**La cura**" o "**Charlot en el balneario**" (1917) del genio [Charles Chaplin](#), frente al protagonismo de la Fisioterapia (por la trama y el papel de sus actores principales) en el largometraje "**Jugada Perfecta**" (2010) de la directora [Sanaa Hamri](#) casi un siglo más tarde.



¹Cancino 2013

² Esta ya mítica serie estadounidense, estrenada a comienzos de los años noventa del pasado siglo, fue creada nada menos que por el prolífico escritor y médico **Michael Crichton**, formado a su vez en la prestigiosa Universidad de Harvard, quien, pese a que falleció en plena madurez, nos ha dejado un maravilloso legado literario llevado en numerosas ocasiones a la gran pantalla.² Todo un personaje este brillante actor nacido en la mítica ciudad universitaria de Oxford en 1959: además del cine y el teatro, es músico, humorista y escritor... ¿a qué fisioterapeuta no le gustaría conocerlo e incluso, llegado el caso, tratarlo con nuestras mejores "armas"?

³ Todo un personaje este brillante actor nacido en la mítica ciudad universitaria de Oxford en 1959: además de dedicarse al cine y el teatro, es músico, humorista y escritor... ¿a qué fisioterapeuta no le gustaría conocerlo e incluso, llegado el caso, tratarlo con nuestras mejores "armas"?

⁴ Esta mítica serie española fue dirigida por el memorable **Antonio Mercero**, uno de nuestros más valiosos cineastas, quien abordó diversas cuestiones sanitarias a lo largo de su carrera: trastornos mentales (La cabina), el cáncer (Planta 4ª) o el Alzheimer, paradójicamente, la enfermedad por la que acabó falleciendo (¿Y tú quién eres?).

⁵ Muchos fans o seguidores del inmortal personaje creado por Conan Doyle se sorprenderían al saber que el gran literato escocés estudió medicina y ejerció como tal en dos barcos antes de hacerse "archifamoso" como escritor.

⁶ Evidentemente, la popularidad de estas publicaciones científicas y divulgativas se ciñe más a los círculos académicos que al gran público, si bien este último puede deleitarse ampliamente de tan metódicos y valiosos trabajos que pueden acercar el binomio cine-salud a toda la población que desee leerlos.

En efecto, las películas han ido cediendo poco a poco un hueco de protagonismo a estos nuevos agentes sociales que son los fisioterapeutas, cuya puesta en valor por la sociedad está claramente al alza. Y no se trata de simple proselitismo profesional (pese que el autor de estas líneas también sea fisioterapeuta), como podrán comprobar claramente las personas que lean lo que a continuación exponemos...

Al margen de las numerosas apariciones (puntuales, eso sí) de rasgos fisioterápicos a lo largo de la Historia del Cine, como ya señalamos anteriormente, y que, por mor de no resultar prolijo al lector, evitaremos detallar ahora⁷, hay dos hitos cinematográficos clave que coinciden con el avance social y mundial de la Fisioterapia:

En primer lugar, *"Sister Kenny"* (1946), titulada en España *"Amor sublime"*⁸, que puede ser considerada la película pionera en abordar la práctica fisioterápica, al narrar la biografía de la enfermera australiana e innovadora en Fisioterapia, *Elizabeth Kenny*,⁹ quien combatió la poliomielitis como pocas personas hasta la fecha. Es precisamente ese momento histórico, mediando el siglo XX, cuando el azote de las plagas de la "polio", junto con las secuelas de la II Guerra Mundial, desencadenarían el desarrollo de la profesión fisioterapéutica, de ahí la trascendencia de dicha película. A ello debemos sumar el papel jugado por su protagonista, la actriz y por entonces estrella de Hollywood *Rosalind Russell*, "íntima amiga de Kenny, que conseguiría realizar un magnífico papel que la valdría el Globo de Oro y la nominación para los Oscar. Todo ello, aumentaría su popularidad llegando a ser la mujer más admirada de EEUU después de Eleanor Roosevelt".¹⁰ Pocos años después, Kenny llegó a plantear su rehabilitación física al mismísimo presidente Franklin D. Roosevelt (esposo de la citada Eleanor Roosevelt), en una visita a éste en el balneario de Spring Waters (Georgia, EEUU), del que hablaremos más adelante.¹¹

El otro hito cinematográfico en relación a la Fisioterapia tuvo lugar comenzando la década de los noventa del pasado siglo, cuando se rodó *"A propósito de Henry"* (1991), donde el coprotagonista (*Bill Nunn*) interpreta a un ingenioso fisioterapeuta (Bradley) que será clave en



la recuperación del protagonista (*Harrison Ford* interpretando a Henry Turner). Precisamente en esos momentos despuntaba en España la nueva titulación universitaria y, a buen seguro, más de una vocación entre la juventud surgió visionando dicho film, dado el importante rol y la amabilidad con que su director, el genial *Mike Nichols*, abordó nuestra profesión.

Pero no han sido estas dos grandes cintas las únicas en contar con fisioterapeutas como protagonistas; al contrario, según avanzamos en el tiempo, vemos aparecer progresivamente dicho rol en el cine. He aquí algunas muestras recientes, amén de la ya citada *"Jugada perfecta"* filmada hace ya una década:

- En la producción italiana *"Manuale D'Amore 2"* (2007), formada por cuatro relatos independientes, *Monica Bellucci* da vida en el primero de ellos (Eros) a una fisioterapeuta "demasiado" comprometida con su paciente, hasta el punto de poner en cuestión la siempre estrecha relación entre los "fisios" y sus clientes.
- Igualmente es fisioterapeuta, destacando muy gráficamente su trabajo en los títulos de crédito iniciales, el protagonista (Noah Cooper) de la comedia romántica estadounidense *"La madre de él"* (producida en 2008 con el título original *"Smother"*¹²), donde el no muy conocido actor *Dax Shepard* está magistralmente arropado por las actrices *Diane Keaton* y *Liv Tyler*.

⁷Es intención del autor, si el tiempo y las energías lo permiten, concluir una detallada monografía divulgativa sobre la Historia del Séptimo Arte y las Terapias Físicas, que esperemos puedan ustedes leer algún día... O como dirían nuestros mayores, "¿para cuándo un libro en España sobre Cine y Fisioterapia?".

⁸Lo de cambiar los títulos originales de las películas extranjeras en España no tiene nombre... Porque una cosa es traducir el título original, y otra bien distinta es nominarlas como le venga en gana no se sabe a quién ni por qué...

⁹Véase al respecto el artículo titulado *"La mujer en la Historia de la Fisioterapia"*, publicado en esta misma revista, *Fisioterapia al Día*, en mayo de 2018.

¹⁰Fernández y López, 2012.

¹¹El presidente Roosevelt sufrió, ya en la edad adulta, y hasta su muerte, los terribles efectos de la poliomielitis.

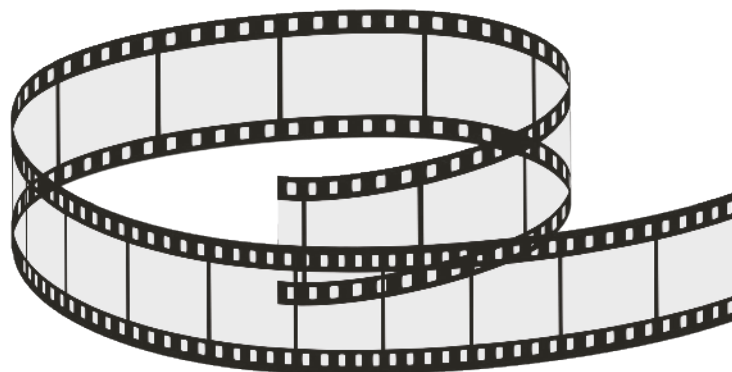
¹²Una vez más nos encontramos con un paradójico cambio de nombre en la traducción española de una película norteamericana... cosas de algunas "mentes brillantes"...

- Quizás tenga menor relevancia, aunque también coprotagonizada por un fisioterapeuta, la estadounidense *"El último San Valentín"* (2011), un drama romántico cuya protagonista, una tierna abuela ([Betty White](#) como Caroline Thomas) tiene por nieto a un brillante fisioterapeuta, Lucas Thomas ([Sean Faris](#)) que publica un libro titulado *"One stretch fits all"*. Al respecto caben destacar la escena en que firma para el público ejemplares de su libro, y la escena previa en que regala un aparato de ejercicio físico (se intuye el romance...) a la coprotagonista (la periodista Susan Allison) interpretada por la incombustible [Jennifer Lowe Hewitt](#).
- Finalmente, dentro de lo que se conoce como películas producidas para la televisión, y basada en hechos reales, cabe destacar el papel jugado por la incommensurable actriz [Kathy Bates](#), brillantemente caracterizada como la fisioterapeuta Helena Mahoney en el poco conocido pero no menos valioso largometraje *"Warm Springs"* (2005). Y es que la señora Mahoney fue nada menos que la fisioterapeuta personal del presidente Roosevelt en el balneario homónimo ubicado en Georgia, y terapeuta jefe del citado centro. Esta película narra con detalle las vicisitudes del histórico político, su enfermedad neurológica y cómo la fisioterapia le ayudó a afrontarla, en especial gracias a las modalidades de terapia manual e hidroterapia.

Por otra parte, si nos centramos en las modalidades de la Fisioterapia que más han quedado reflejadas por el séptimo arte, son dos de ellas las más prolíficas, con diferencia: la masoterapia y la hidroterapia.

Por descontado, el masaje y el agua aparecen como dos elementos muy recurrentes en la historia del cine y en películas de los más variados géneros.

Así, podemos apreciar escenas de masoterapia (aplicada tanto por profesionales como personajes de lo más diverso) en musicales como *"Golfus de Roma"* (1966), cine negro como *"Atlantic City"* (1980) comedias disparatadas como *"Casi 300"*¹³ (2007) o dramas recientes como *"Tully"* (2018). En este apartado debemos hacer especial alusión al enorme talento del maestro del suspense, [Alfred Hitchcock](#), pues cualquier cinéfilo fisio-



¹³El título original, en inglés *"Epic movie"*, delata la distancia abismal con la versión española: sin comentarios...

rapeuta disfrutará visionando la escena de la mítica “La ventana indiscreta” (1954) en que la gran actriz secundaria [Thelma Ritter](#) (ahora debemos decir “actriz de reparto”) aplica con gran empeño sus masajes al convaleciente [James Stewart](#) mientras este no pierde detalle de la trama que “se cuece” en tan magno thriller...

Igualmente ocurre con la hidroterapia, en especial bajo el prisma de los balnearios: en la ya citada comedia “Charlot en el balneario” (1917), melodramas como “Ojos negros” (1987) o nuevos films de terror como “La cura del bienestar” (2016).

La lista de películas con referencias a otras técnicas y terapias físicas, como la fisioterapia neurológica (“[Nadie es perfecto](#)”, 1999), la fisioterapia pediátrica y oncológica (“[Planta 4ª](#)”, 2003) o la rehabilitación de amputados de guerra (“[Battleship](#)”, 2012; “[Amanece en Edimburgo](#)”, 2013) es ingente, y nos ocuparía muchas más páginas y futuros artículos...

Pero no permitan los lectores que concluya sin aludir a dos aspectos tan encomiables como son el cine documental y las series televisivas, en su aproximación a la Fisioterapia:

En cuanto a series, en EEUU, así como en España, tuvo gran acogida en los últimos años entre el público la comedia “[Dos hombres y medio](#)”, donde uno de los motores de la serie, el cómico [Jon Cryer](#) (el otro es su “hermano” [Charlie Sheen](#)) interpreta a un simpático y sufrido quiropráctico.

En el caso español, será la serie “[Frágiles](#)” (2012-2013) todo un revulsivo en la materia, al tratarse de la [primera producción española en contar con un fisioterapeuta como protagonista absoluto](#): Pablo, interpretado por el polifacético [Santi Millán](#).

Por lo que respecta al cine documental, contamos con una producción pionera de 1953, con motivo de la celebración en Londres del **primer Congreso de la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT)**: una correcta cinta que puede visionarse íntegra en la web (eso sí, en su versión original en inglés).

Asimismo, en España, gracias al concurso cinematográfico promovido durante el II Congreso Nacional de Fisioterapia, al inicio de los ochenta, el fisioterapeuta valenciano [Manuel López Cuesta](#) ganó el primer premio con un magnífico documental titulado “[José Luis](#)”, en referencia al nombre de un paciente con parálisis cerebral infantil.



Por otra parte, y en una línea claramente corporativa, bajo el título **"No te la juegues"** (2012) cabe incluir los desenfadados spots publicitarios editados por el Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía dentro de una campaña contra el intrusismo y protagonizado por varios actores españoles de primer orden (José Coronado, Elena Anaya, Paco León...).

Por último, quien suscribe estas líneas tuvo el honor de dirigir en 2007, con motivo del cincuentenario de la Fisioterapia en España, un pequeño documental titulado **"Historia de la Fisioterapia en la Comunidad Valenciana: una profesión en imágenes"**, posteriormente actualizado y mejorado por el ICOFCV con el título **"Evolució de la Fisioteràpia a la Comunitat Valenciana"** (2014), para cuya primera versión contamos con la inestimable colaboración del productor de televisión **José Luis Moraga** y la voz de nuestro galardonado actor **Antonio de la Torre**: ¡para eso están los grandes amigos!

En definitiva, el cine es una maravillosa herramienta pedagógica, a la par que entretenida, con una ingente incorporación de diversos aspectos de la Fisioterapia que debemos aprovechar y disfrutar.

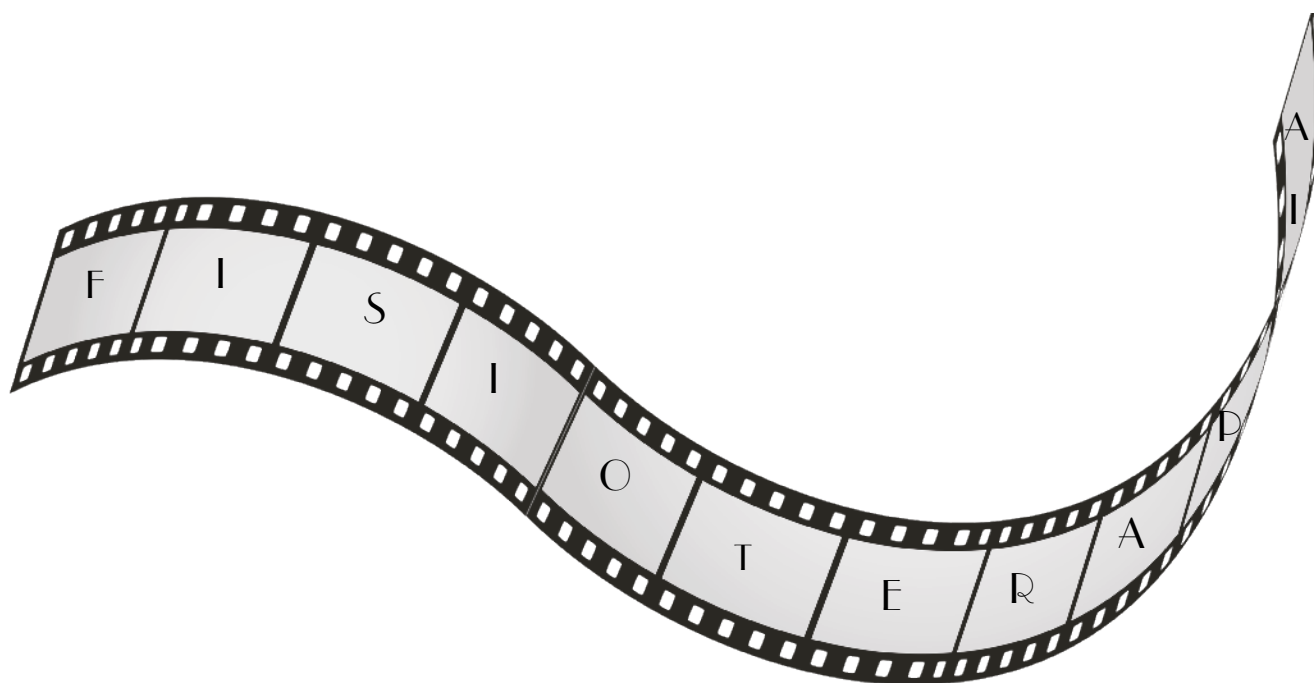
Así que permitan que me despidas parafraseando al gran cantautor **Luis Eduardo Aute**, solo podemos pedir: "Cine, cine, cine, más cine por favor, que todo en la vida es cine, que todo en la vida es cine, y los sueños... cine son".

The End...



BIBLIOGRAFÍA

- Cancino L. El cine y su uso como herramienta de tratamiento en terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. Vol. 13 Núm. 1 (2013): Agosto
- González Núñez J. Medicina y literatura. 2019. Disponible en: https://www.hoyesarte.com/literatura/ciencia/medicina-y-literatura_269418/
- González Domínguez JA. La mujer en la Historia de la Fisioterapia. En: *Fisioteràpia al Dia*, Vol XIV, N° 1 (mayo 2018).
- Fernández Fernández, M^aL López Maza, R. (2012) Elizabeth Kenny: la inspiración de cuidar. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.08>
- Hernández Conesa J. Medicina y Cine: La imagen de la medicina en la filmografía de Joseph L. Mankiewicz. Madrid: Letras de Autor, 2016.
- Tizón M. Fisioterapia de cine. *Treinta días*. N° 206 (abril 2016), pp 6-9. Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Madrid.



Tururú con acento en la u



José A. Polo Traverso

Colegiado de Honor del ICOFCV
PT, DPT, FAAOMPT. Doctor en Fisioterapia
Fellow de la Academia Americana de Terapia Manual
Subdirector de *Fisioterapia al Día*

El que abajo suscribe tiene poca experiencia tratando las lesiones específicas que sufre el músico, la músico, la música, le musique, @l music@ o como sea que indiquen los cánones impuestos por los que comparten pesebre gubernamental en esa España a la que tanto echo de menos y que a veces se la coge con papel de fumar. Pero yo soy fisioterapeuta, no comentarista político, así que permítanme que vuelva a lo mío y les deje a vuestas mercedes con lo suyo, que bastante tienen.

Les comentaba que mi experiencia en el campo musical se limita al periodo dedicado a asesorar a la *marching band* de la Universidad de New México (UNM) en Albuquerque cuando sus responsables, alarmados por el número de lesiones que sufrían sus componentes, juzgaron conveniente contratar a mi menda lerenda para que le echase un vistazo al asunto. Como no encuentro una buena definición en español paso a explicar en qué consiste una *marching band* por si no les suena: se trata de una agrupación musical formada por un grupo de músicos que, como el nombre indica, *marchan* mientras ejecutan una pieza musical para animar un evento deportivo, darle pompa y circunstancia a un funeral o marcar el ritmo a un desfile militar. Un *pasacalles* en toda regla, con ropa de gala, botones dorados y zapatos de charol. Recuerdo aquellos días en UNM, casi recién llegado de España, como una experiencia que me abrió los ojos a una de las peculiaridades más extraordinarias de la vida en este país. De la misma forma que me llamaron la atención los cines *drive in*, la magnitud de los deportes escolares en las escuelas, los coches de doce cilindros y las hamburguesas de kilo y medio, las *marching bands* universitarias me sorprendieron principalmente porque no se parecían a las que acompañan al Nazareno en la Semana Santa andaluza; la principal diferencia, aparte del repertorio, es que las bandas americanas además de producir música para acompañar el evento son en sí





Aquí pueden verlos, la banda de la Universidad de New México con sus colores tradicionales al comienzo de un partido de fútbol (foto página facebook de la Spirit Marching Band de la UNM)

También merece la pena asistir al paso de una procesión funeraria en New Orleans, camino del cementerio entre pasos de baile y regocijo general del respetable; el único que no disfruta del desfile es el hambre en la caja de pino. Para no perderselo (foto de <https://www.neworleans.com>)

mismas un espectáculo de colorido, música y sincronización en el movimiento de sus miembros. Considérenlas equivalentes si les parece a una tuna universitaria, pero sin panderetas ni bandurrias ni vestimenta del siglo de oro ni cintas de colores ni fulanos cantando *clavelitos* por callejuelas empedradas al pie de un balcón; qué-dese tranquilo amigo lector, en dar serenatas bajo un balcón a los españoles no nos gana nadie.

Hallamos buenos ejemplos de *marching bands* en las escuelas de bachillerato, de las que cuestan un ojo de la cara por curso, y en las universidades de prestigio que te piden un huevo y la yema del otro para terminar la carrera y, curiosamente, estas bandas comparten un rasgo común entre ellas: sus integrantes van vestidos de soldados de opereta con sombreros de época, plumas, botones de latón, correaes y botas de estilo militar. Por ello, no debe extrañarnos que el ejemplo máximo de las

marching bands se halle en las bandas musicales integradas en cualquiera de las ramas del estamento militar norteamericano: Ejército, Marina, Aviación, Marines y Guardacostas. No en vano, sus orígenes se remontan a los músicos que acompañaban a los soldados norteamericanos en el campo de batalla; ya fuese contra los casacas rojas en 1776 o de nuevo contra los hijos de la gran Bretaña en 1812, o cuando se daban matarile entre ellos mismos durante su guerra civil en 1861 (seiscientos mil y pico muertos, cifra ligeramente superior al número de caídos en nuestra guerra civil del 1936) o contra las tropas españolas en Cuba y Filipinas en 1898 al grito de *Remember the Maine To Hell with Spain*, por poner varios ejemplos. De cualquier forma estos músicos, con más moral que el Alcoyano, desafiaron el plomo enemigo pero sin mosquetes ni carabinas ni perrito que les ladrase, armados tan sólo con tambores, gaitas, flautas, cornetas y una camisita con su canesú. Les imaginó cis-

cándose por bajinis en la madre que parió al comandante por situarles en medio del potaje porque, además de amenizar la escabechina, los músicos militares cumplían otra misión aún más importante: comunicar las órdenes de los oficiales para el movimiento de la tropa. Y con tarifa plana. *Tururú* que se pliegue la infantería del flanco occidental. *Tirirí* que ataque la caballería a sable descubierto. *Tarará* que el rancho se enfría.

No crean que estas bandas musicales son exclusivas del país de las barras y las estrellas. Ni mucho menos, querido lector amante de la Historia. Entre todos ellos destaca por excelencia España y los que lo vivieron en carne propia acarreado pífanos, cornetas y tambores desde los Pirineos a los Alpes, desde los Apeninos a la Selva Negra germana; por media Europa acompañando a los Tercios españoles quienes, con una racha de victorias de siglo y medio, extendieron el Imperio Español en el viejo continente durante los siglos XVI y XVII. Siglos estos en los que Europa temblaba bajo las suelas de botas españolas. Ese espíritu se mantiene hoy vivo en las bandas musicales castrenses que se agrupan bajo la Unidad de Música, herederos de la antigua Banda de Alabarderos, unidad de élite, la mires por donde la mires, del Ministerio de Defensa. Tal vez hubiese sido de justicia que la canción del Olvido, con ese *soldado de Nápoles que vas a la guerra*, se hubiese canturreado en tabernas y mentideros del Siglo de Oro en vez de estrenarse en el Teatro Lírico de Valencia en 1916... pero no, había que esperar al nacimiento de la Zarzuela para darnos el gusto.



Aquí lo tienen, el Glockenspiel, un xilofón vertical al fin y al cabo. En cuanto al desfile de los casacas rojas en Londres recomiendo hacer la visita, un par de fotos, y recordar siempre que les dimos para el pelo en La Coruña en 1589, en Cartagena de Indias en 1741 y que les zurrámos de lo lindo en Cádiz en 1625. Y lo dejo aquí porque la lista es larga; sí señor, los que no son capaces de ver tres palmos más allá de la leyenda negra española me ponen de muy mala leche (foto de arriba, <https://groovewiz.com> y foto de abajo, <https://upload.wikimedia.org>)

“ Estoy seguro de que, como hoy, los fisioterapeutas de antaño (llámenles sanadores si les parece) se las veían con lesiones derivadas del uso repetido de los instrumentos musicales, lo mismo que hace usted en su clínica

”



En fin, volviendo a las bandas universitarias recuerdo dos casos que me parecieron interesantes: el primero protagonizado por una chica que se quejaba de parestesias en los dedos cuarto y quinto de la mano derecha tras quince minutos de soplar la trompeta, y el segundo por un chico muy simpático que se quejaba de dolor de espalda tras tocar el *Glockenspiel*. El diagnóstico diferencial de la trompetista incluía lesión del nervio ulnar a su paso por el aspecto medial del codo y lesión del nervio radicular C8 ipsilateral, ambas lesiones a consecuencia de la posición mantenida del hombro, codo y carpo junto a protracción del raquis cervical; neuro movilización del nervio ulnar, ejercicios de corrección postural y movilización grado 5 del raquis cervical distal y torácico proximal trajeron alivio a la chica, que siguió tocando la trompeta hasta que se graduó. El caso del chico que se lastimaba tocando el *Glockenspiel* me costó un poco más porque, para ser sincero, no tenía *ni zorra idea* de qué iba el instrumento de marras pero una vez visto el aparato estaba claro que el peso del instrumento mantenía el raquis lumbar del chico en extensión mantenida; bastó un poco de razonamiento McKenzie junto a un programa de flexión lumbar, movilización articular y estabilización de raquis lumbar y caderas para que le diésemos carpetazo al asunto.



Me imagino a los de la huerta en Breda observando la ceremonia entre las picas, los instrumentos en tierra y listo el petate para regresar a la barraca, hartos de esquivar cañonazos (foto de la izquierda, banda de música de Benifaió en www.nuestrasbandasdemusica.com y foto de la derecha, Rendición de Breda, <https://en.wikipedia.org>)

Haga usted una pausa y recapacite, querido lector: ¿se imagina al 'fisio' que trataba las lesiones del corneta del regimiento de lanceros bengalíes al que los rebeldes indios de Mohamed Khan habían cosido a balazos? ¿O moldeando el muñón de Miguelillo de Ronda después de que los herejes de Flandes le arrancasen la pierna de un cañonazo? Estoy seguro de que, como hoy, los fisioterapeutas de antaño (llámenles sanadores si les parece) se las veían con lesiones derivadas del uso repetido de los instrumentos musicales, lo mismo que hace usted en su clínica. Muy cierto, las lesiones son distintas porque los tiempos también lo son y hacer un *tururú* en la *Societat Artística Musical* de Benifaió no acarrea las mismas secuelas potenciales que un *tarará* en el fregado de Breda pero quiero pensar que la naturaleza indomable del músico, la destreza manifiesta en el uso del instrumento musical y su espíritu de sacrificio están presentes en ambos casos. Resulta bonito imaginar que los que amenizan las veladas de la huerta valenciana son, tal vez, herederos de los que mantenían el paso de la tropa hacia la línea de batalla entre el zurreo de las balas y el *pumba* de los cañones. Con un par y sin achantarse. Con el *tururú* y la cabeza bien alta.

Fisioteràpia

La Fisioterapia en las Artes Escénicas

Los temas pueden descargarse gratuitamente desde la zona privada de la web, a la que los colegiados pueden acceder con sus claves

El ICOFCV facilita a sus colegiados el temario para la OPE de fisioterapeutas

El Colegio de Fisioterapeutas ha puesto a disposición de todos sus colegiados y colegiadas de manera gratuita el temario para poder preparar la última OPE de fisioterapeutas convocada por la Conselleria de Sanitat, que engloba un total de 115 plazas de fisioterapia vía turno libre y 26 plazas de promoción interna.

Dado que esta convocatoria incluye el nuevo temario propuesto por el ICOFCV en 2017, el Colegio ha querido ayudar a los colegiados a

preparar el concurso-oposición con todas las garantías, facilitándoles el temario completo. "El nuevo contenido significa incorporar la evolución de la profesión en pro de mejorar la atención sanitaria del fisioterapeuta en la sanidad pública, es una oportunidad para avanzar. No obstante, somos conscientes del esfuerzo que significa para muchos compañeros prepararlo, de ahí que hemos apostado por facilitárselo", señala el decano del Colegio, José Casaña.



Temario OPE fisioterapeutas

El temario está disponible en la zona privada de la web, a la que los colegiados pueden acceder con sus claves. Ya pueden descargarse todos los temas de la parte general del temario y en breve estarán disponibles también los específicos y los relacionados con la informática.

www.colfisiocv.com/zonacolegiado

Fisioterapia 360°, nuevo programa formativo del ICOFCV

El decano del ICOFCV, José Casaña, subraya que “esta iniciativa tiene como objetivo abarcar todas las áreas competenciales de los fisioterapeutas, desde la clínica a la docencia, la investigación o la gestión. Para ello, contará con fisioterapeutas con una amplia experiencia que abordarán los aspectos más relevantes en su área de actuación”.

El programa arrancó con entrevistas en las que hemos contado con dos invitados de lujo. La primera el 23 de junio con Juanjo Brau, fisioterapeuta del F.C. Barcelona con quien hablamos de Fisioterapia y Deporte. En la segunda, celebrada el 30 de junio, entrevistamos al fisioterapeuta, profesor e investigador Antonio Cuesta sobre la importancia de establecer sinergias entre la investigación y la práctica clínica. A estas le han seguido, y le seguirán, otros encuentros de gran nivel. Si te los has perdido, recuerda que puedes verlos en nuestro canal de YouTube.

Canal: **ICOFCV**

#fisioterapia360ICOFCV

Participa



fisioterapia360@colfisiocv.com

El ICOFCV denuncia que Sanitat se salta el protocolo de vacunación y abandona a los fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana

El Colegio denuncia que esta es la única comunidad autónoma que no ha cumplido el protocolo de vacunar prioritariamente a todos los sanitarios, una medida que está afectando a numerosos fisioterapeutas menores de 40 años que trabajan en clínicas privadas

El Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) denuncia que la Conselleria de Sanitat ha abandonado a los fisioterapeutas en su programa de vacunación, siendo la única comunidad autónoma de España que aún no tiene vacunados a todos los profesionales sanitarios.

El decano del Colegio, José Casaña, lo subraya: "Es una situación insólita. No hay ninguna otra comunidad en la que los fisioterapeutas, todos los sanitarios, no estén ya vacunados independientemente de la edad. Es totalmente incomprensible e inaceptable".

En estos momentos, numerosos fisioterapeutas de la Comunidad menores de 40 que trabajan en clínicas privadas



siguen sin recibir la vacuna frente a la COVID-19 pese a ser sanitarios y estar dentro de los grupos preferentes por el alto riesgo de contagio al que se enfrentan día a día. Según el protocolo establecido por el Gobierno deberían haber sido vacunados en marzo.

A tenor del último anuncio respecto al proceso de vacunación realizado por la Conselleria de Sanitat, la situación no va a cambiar ya que la Administración ha corroborado que va a seguir vacunando a toda la población por edad, sin diferenciar. Una estrategia ante la que el decano del Colegio de Fisioterapeutas, José Casaña, se opone

frontalmente. "Somos sanitarios y, por lo tanto, estamos totalmente fuera del rango de edad por razones obvias", afirma.

Según ha anunciado Conselleria, la semana que viene empezarán a vacunar al colectivo de entre 30 y 40 años por lo que esta se alargará durante todo el mes de julio. Y en el caso de los menores de 30, la previsión es empezar a llamarlos a mitad de agosto lo que significa que los fisioterapeutas en esa edad que trabajan en clínicas privadas en nuestra comunidad no estarán vacunados hasta septiembre o más.



“Esto además es un agravio comparativo sin precedentes porque mientras que a los fisioterapeutas que trabajan en el ámbito público sí se les ha vacunado a todos, a los del privado se les relega sin más. Todos son sanitarios, todos son esenciales y tratan a un gran número de pacientes cada día. La discriminación no da lugar. Da que pensar,... es la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, deben defender y preocuparse por todos los sanitarios, sin distinción.... Quizá sería mejor que fuera solo “Conselleria de Sanitat”, sin apellidos para que tuvieran más claro sus funciones”, recalca José Casaña.

El decano del Colegio de Fisioterapeutas explica que han instado en numerosas ocasiones a la Administración para que rectifique la estrategia y proceda a vacunar al colectivo inminentemente. Asegura que la respuesta siempre ha sido que se les tenía en cuenta y se les iba a vacunar cuando la realidad es totalmente diferente. Al respecto, matiza que además, según han podido saber recientemente “a las mutuas en marzo les llegó orden de Sanitat de que no continuaran con la vacunación de los sanitarios que quedaban pendientes”.

En esta línea, José Casaña expresa su “enorme indignación por la constante falsa información, mentiras y excusas que nos ha dado Conselleria al respecto”, así como muestra “máxima preocupación ante la nefasta gestión que están realizando” y recuerda a Sanitat que “somos sanitarios, con la salud no se juega”.



José Casaña
Decano del ICOFCV

“
Es una situación insólita. No hay ninguna otra comunidad en la que los fisioterapeutas, todos los sanitarios, no estén ya vacunados independientemente de la edad. Es totalmente incomprensible e inaceptable... Somos sanitarios, con la salud no se juega.
”

El objetivo de la reunión, convocada por Sanitat a petición del Colegio, es promover el desarrollo de la fisioterapia en los servicios de salud públicos. Entre los temas abordados, unanimidad respecto a la necesidad de implantar la figura del fisioterapeuta adjunto

Celebrada la primera reunión de mandos intermedios de Fisioterapia de la Sanidad Pública

Casi 30 mandos intermedios de Fisioterapia que trabajan en la Sanidad Pública de la Comunidad Valenciana se han reunido por primera vez para poner en marcha diversas iniciativas que potencien el desarrollo de la profesión de fisioterapia en el ámbito público de la comunidad. El encuentro fue convocado por la Conselleria de Sanitat a petición del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV).

La reunión, celebrada el pasado 18 de junio, fue presidida por Julio Fernández, director de Gestión Sanitaria. Junto a él, en la mesa presidencial estuvieron también el decano del ICOFCV, José Casaña; la vicedecana de la Facultad de Fisioterapia de la Universitat de València, Arantxa Ruescas; el coordinador del Hospital de La Ribera, Vicente Matoses; y José Vicente Benavent, asesor y enlace entre la Administración y el Colegio.

El decano del ICOFCV destacó su "enorme satisfacción" porque esta reunión "es un paso importante en beneficio del colectivo, algo que he echado de menos en los cuatro años que llevo como decano del Colegio. Es esencial que estemos más unidos, que logremos más cohesión de grupo, que trabajemos conjuntamente porque desde la Administración y la sociedad se reconozca y valore nuestra profesión y esto nos permita dar una atención sanitaria de calidad", ha indicado José Casaña.

Por su parte, el director de Gestión Sanitaria recalcó que la pandemia "ha puesto en valor otras grandes



profesiones sanitarias como la Fisioterapia, descubriéndonos su importancia y sus numerosos campos de actuación, algo que ya conocíamos pero que ahora han sido más visibles y de gran utilidad", ha subrayado Julio Fernández.

Avances de la reunión

Tras una primera presentación de cada mando intermedio acerca de la labor que desempeña, los asistentes abordaron un tema clave y en el que hubo unanimidad: la necesidad de crear e implantar la figura

del fisioterapeuta adjunto en todos los departamentos de salud y en los HACLE (Hospital de Atención a Crónicos y Larga Estancia). En esta línea, se elaborará un documento que recoja todas las ventajas de contar con este perfil y contemple como referencia las experiencias ya existentes en este campo, que será presentado a la Conselleria de Sanitat.

Asimismo, se ha creado un comité organizador para las próximas Jornadas de Fisioterapia de la Sanidad Pública en la Comunidad Valenciana, que tendrán lugar en 2021.

La importancia de la figura del fisioterapeuta en el Sanidad Pública vista por otros sanitarios

La COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de la figura del fisioterapeuta en la recuperación de quienes la padecen. Pero la Fisioterapia no sólo es necesaria en el tratamiento de pacientes con coronavirus. Es una profesión sanitaria de primer orden que aporta mucha salud y mejora la calidad de vida de los pacientes en multitud de patologías.

Por ello, desde el ICOFCV volvemos a reivindicar, una vez más, que el fisioterapeuta es un profesional sanitario esencial que debe estar más presente en la Sanidad pública. Y no sólo lo decimos nosotros, también otros profesionales sanitarios con los que trabajamos, quienes valoran con sus propias palabras la labor de nuestro colectivo.

La opinión de...



Adrián Quinzá Real

Médico intensivista en la UCI del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva

”

El fisioterapeuta es un profesional muy importante en el cuidado del paciente crítico, sobre todo, en aquellos pacientes con estancias prolongadas en la UCI. En estos momentos, por la COVID-19, contamos con dos fisioterapeutas pero no están asignados únicamente a nuestra unidad sino que son compartidos, también cubren planta y otras áreas, por lo que solo pueden tratar a determinados enfermos. Es una figura importante pero fugaz dada la escasez de profesionales en las plantillas de los hospitales y la alta carga de trabajo que suelen tener.

Contar con un fisioterapeuta en intensivos supone ventajas lo mires por donde lo mires. Mejora la movilidad de los pacientes, mejora las atrofias musculares, disminuye los días de ventilación mecánica, reduce la estancia media del paciente en UCI, evita en muchos casos que al darles el alta tengan que ir a un hospital de crónicos,... Todos, incluidos muchos médicos, deben entender que movilizar y tratar con técnicas de fisioterapia al enfermo es beneficioso siempre. Sin duda, debería haber al menos un fisioterapeuta con dedicación exclusiva a la UCI para poder cubrir las necesidades.



Francisco José Tarazona Santabalbina

Geriatra en el Servicio de Geriátría en el Hospital Universitario de la Ribera (Alzira),
Vocal clínico de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

”

El fisioterapeuta es un profesional sanitario clave dentro de la actividad de los equipos interdisciplinares. En concreto, su papel es crucial en el abordaje de las alteraciones de la marcha, el mantenimiento de la funcionalidad y la reversibilidad de la sarcopenia y la fragilidad. Esta actuación la desarrolla el fisioterapeuta durante la hospitalización y en los ámbitos de la rehabilitación ambulatoria y domiciliaria, fundamental en un contexto de envejecimiento poblacional. Para los geriatras el papel del fisioterapeuta es imprescindible en el ámbito de la ortogeriatría, la oncogeriatría y en el de las alteraciones funcionales ligadas a la fragilidad. Prevenir esta última es fundamental para acortar la estancia, reducir con ello el coste sanitario y también, para evitar una mayor la mortalidad.

Asimismo, la medicina actual busca conseguir el mantenimiento del adulto mayor en su entorno habitual y el papel de fisioterapeuta es fundamental en las Unidades de Hospitalización Domiciliaria Integral para mantener la funcionalidad evitando desplazamientos no siempre posibles. En nuestro departamento contamos con una fisioterapeuta que acude a los domicilios y también con fisioterapeutas en planta hospitalaria y en rehabilitación ambulatoria. Es una profesión con mucho presente y futuro porque cada año aumentamos el número de solicitudes de asistencia.

Tras más de 2 meses ingresada, mes y medio en UCI, esta paciente reivindica la importancia del fisioterapeuta en su recuperación y pide a los jóvenes prudencia para evitar contagios

Johana Castro Salazar, una joven de 28 años al borde de la muerte por COVID-19, una historia que no se debería repetir



Fue el verano del año pasado. Tras duros meses de confinamiento, de cifras escalofrantes de muertes, de vivir situaciones personales y profesionales muy difíciles, parecía que el virus cedía terreno y que ya había pasado lo peor. El deseo de volver a la normalidad nos llevaba a salir, a volver a reunirnos con amigos y familiares, a disfrutar ese contacto social que tanto nos cautiva, pero también a bajar la guardia y a relajar las medidas de seguridad. Si bien era cierto que la incidencia del COVID-19 era más tenue, no lo era menos que seguía estando entre nosotros y que seguía infectando incluso a aquellos que menos podían esperárselo.

Este es el caso de Johana Castro Salazar, una joven de 28 años sin antecedentes de patologías previas ni factores de riesgo que se contagió en agosto de 2020, que estuvo al borde de la muerte en la UCI y que, a día de hoy, sigue con secuelas.

Con su testimonio busca poner en valor la figura del fisioterapeuta y evitar que la historia se repita, concienciar, especialmente a los más jóvenes, que el coronavirus sigue aquí aunque nos creamos que ya está controlado, que nadie está a salvo, que ser joven y estar sano no es un escudo infalible y que hay que ser conscientes, no bajar la guardia porque cuando golpea puede hacerlo muy fuerte y afectar toda tu vida.

El escenario es tan común, algo que se repite día a día, que conviene su-
brayarlo. “Hacía meses que no veía a
mis amigas y como todo estaba me-
jor, quedamos a comer. Éramos cin-
co. Nos echábamos de menos, nos
abrazamos, estuvimos comiendo y
hablando sin mascarilla. Una de ellas
tenía COVID-19 pero no lo sabía,
era asintomática. A los pocos días,
empecé a sentirme mal, con dolor
de garganta y fui al médico. Me hi-
cieron la prueba y di positivo... Me
asusté por mi familia, temía que los
hubiera podido contagiar, no tanto
por mí, pensaba, equivocadamente,
que al ser joven no me podía afectar
mucho”, explica Johana.

Al principio se encontraba bien pero
al octavo día, por la noche comenzó
a notar que le faltaba aire. A la ma-
ñana siguiente no podía ni hablar. La
llevaron al hospital La Fe de Valencia
y la ingresaron. Era el 9 de agosto de
2020. “La sensación era horrible, no
podía ni levantarme de la cama”. A
los dos días, la trasladaron a la Uni-
dad de Cuidados Intensivos (UCI).
Fue la segunda persona en ingresar
en esta unidad tras el calvario de la
primera ola. “Recuerdo que me pu-
sieron oxígeno y que me tenían que
cambiar la máscara continuamente...
poco más porque acabé intubada y
en coma inducido”, subraya Johana.

Su fisioterapeuta, nuestra colegiada
Vera Moltó, nos cuenta cómo lo vi-
vieron. “Al principio estaba con oxi-
genoterapia mediante gafas nasales.
Se nos hizo interconsulta para entrar
a enseñarle ejercicios motores pero
con el paso de los días la insuficien-
cia respiratoria aguda por neumonía
COVID-19 fue empeorando y cam-
biaron a gafas nasales de alto flujo
y, como no mejoraba, acabaron intu-
bándola. Además se añadieron pro-
blemas más serios por la infección de
otras bacterias. Apenas le podíamos
hacer movilizaciones pasivas y cuida-
dos posturales, era duro ver que al-
guien tan joven se iba...”, recuerda.

“
Cuando salí de
la UCI y vi a mis
padres no podía
creérmelo... muchas
veces pensé que iba
a morir y no volvería
a verlos... Ha sido
muy duro y todavía
no he recuperado
la fuerza.”



Johana Castro junto a Vera Moltó, su
fisioterapeuta cuando estuvo ingresada

“
La ayuda de los
fisioterapeutas fue
esencial. Venían
todos los días y
hacíamos ejercicios
para recuperarme...
Sin su apoyo no
sé si lo hubiera
conseguido. Ahora
sé todo lo que
pueden hacer por
nuestra salud.”

Johana estuvo cerca de 25 días en
coma. En ese tiempo tuvo dos des-
pertares. En el primero hicieron un
intento de extubación que fracasó
y tuvieron que volver a intubar y, fi-
nalmente, le hicieron traqueostomía.
El segundo sí funcionó. También en
este periodo, la fisioterapia fue clave.
“Pasábamos prácticamente a diario
y le hacíamos movilizaciones pasivas
y cuidados posturales para evitar úl-
ceras por decúbito, entre otros pro-
blemas que sufren los encamados
de UCI. De este modo, cuando le
retiraran la sedación podría em-
pezar cuando antes a realizar ejercicios
activos asistidos y coordinados con
la respiración. Y así hicimos. Confor-
me mejoraba, la sentábamos, luego
le pusimos un pedaliar y, finalmente,
en bipedestación. Todo ello antes
de subir a planta. Su recuperación
fue muy favorable y asombrosa”, nos
explica Vera Moltó.

Tras más 45 días en la UCI, Johana es
trasladada a planta. “Cuando me sa-
caron todos aplaudieron y me puse
a llorar, puede sonar a típico pero
cuando lo vives es muy emotivo por
lo que significa. Cuando vi a mis pa-
dres no me lo creía... muchas veces
pensé que iba a morir y no volvería
a verlos”.

También en planta recibía a diario la
visita del fisioterapeuta. “La ayuda
de los fisioterapeutas fue esencial.
Venían todos los días y hacíamos
ejercicios que me ayudaban a re-
cuperarme. Tenía mucho dolor de
espalda y de brazos, apenas podía
mantenerme de pie, yo quería avan-
zar y me esforzaba pero aún estaba
muy limitada; llevaba oxigenotera-
pia, no podía levantarme sola ni co-
ger la cuchara para comer porque
me temblaba la mano... ha sido muy
duro”, recalca.

Tras dos meses ingresada, la mejoría
era palpable y el 6 de octubre le die-
ron el alta. “No me lo creía –vuelve
a emocionarse–, tenía muchas ganas

de ver a mi familia. Me fui a vivir con mis padres de nuevo porque no podía hacer casi nada por mí misma. De hecho, hasta enero continué bastante mal, cuando me acostaba por la noche me venían episodios de que estaba en el hospital, me generaba mucha ansiedad y no lo podía controlar. He tenido que ir a la psicóloga para que me ayudara. Por suerte esto lo he superado”.

A nivel físico las secuelas persisten. Aún a día de hoy, casi un año después de contagiarse, sigue de baja laboral. “Todavía no he recuperado la fuerza en las extremidades, no puedo estar de pie más de una hora y me fatigo mucho. Por prescripción médica, salgo a caminar un rato todos los días y voy al gimnasio para fortalecer y poder reincorporarme a mi trabajo lo antes posible”, insiste Johana, quien continua yendo cada cierto tiempo al hospital para hacerse pruebas y ver su avance, es el seguimiento post-Covid.

“Quiero mostrar mi enorme agradecimiento a todo el personal que trabaja en el hospital, especialmente en la UCI. Vives momentos muy difíciles y se preocupan por ti de una manera increíble, te ayudan no sólo a nivel sanitario sino también humano, se convierten en tu familia”.

En esta línea, hace mención aparte a su fisioterapeuta, a cómo le ha ayudado a volver a caminar y a fortalecer. “Sin su apoyo no sé si lo hubiera conseguido. No había ido nunca a un fisioterapeuta pero ahora sé todo lo que pueden hacer por nuestra salud, es un profesional clave en el sistema sanitario”.

Son las palabras de una paciente las que, una vez más, ponen de relieve que la figura del fisioterapeuta tanto en UCI como en planta es vital y que debe reforzarse. Como viene demandando el Colegio de Fisio-



“

Al principio no mejoraba y era muy duro ver que alguien tan joven se iba... Tras despertar seguimos trabajando todos los días, su recuperación fue muy favorable y asombrosa.

Vera Moltó

”

“

A los jóvenes les diría que se cuiden, que si no lo hacen por ellos que lo hagan por su familia y por los demás... Si hubieran vivido lo que yo, se darían cuenta de que no hay que bajar la guardia.

Johana Castro

”

terapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV) es necesario que se incrementen las plantillas en la Sanidad Pública, algo que sí se ha hecho en algunos hospitales de la Comunidad, como en La Fe de Valencia donde fue atendida Johana, pero no en todos, y en otros, sólo de forma temporal. "El fisioterapeuta es un profesional sanitario esencial que aporta mucha salud y mejora la calidad de vida de los pacientes en multitud de patologías, tendría que haber mínimo un 'fisio' en cada unidad de intensivos y más en el resto de servicios", recalca Vera Moltó, vocal de la Junta de Gobierno del Colegio.

Asimismo, Johana lanza un mensaje a toda la sociedad y, en especial, a los jóvenes: "Si pudiera hablar con cada uno de ellos les diría que se cuiden, si no lo hacen por ellos que lo hagan por su familia y por los demás. Pensamos que no nos va afectar porque somos jóvenes pero yo lo he pasado muy mal. Cuando veo las imágenes de botellones, grupos de gente sin respetar las medidas de prevención, siempre pienso que si hubieran vivido lo que yo, se darían cuenta de lo duro que es y lo importante que es no bajar la guardia".



Johana Castro junto a nuestras colegiadas, las fisioterapeutas Vera Moltó (izqda.) y María José Navarro (dcha.) en el Hospital La Fe de Valencia

La importancia del fisioterapeuta en UCI



María José Navarro

Colegiada 175

Fisioterapeuta en el Hospital La Fe de Valencia

Como fisioterapeutas, en la UCI nuestro objetivo principal es conseguir que el paciente recupere sus capacidades funcionales y su calidad de vida después de pasar por una situación crítica, en este caso propiciada por el contagio del coronavirus. Durante esta pandemia, hemos intervenido en el tratamiento de pacientes intubados, en su proceso de destete de los respiradores, en la recuperación de las debilidades adquiridas en las unidades de críticos, en la adquisición de la sedestación, e incluso de la bipedestación, y en la recuperación de una ventilación óptima con mínimo aporte de oxígeno. Siempre formando parte del equipo multidisciplinar hemos recogido logros al ver la evolución satisfactoria de muchos pacientes. De ahí, que la figura del fisioterapeuta sea imprescindible dentro de cualquier unidad de cuidados intensivos, exista o no, una pandemia. Como dicen muchos compañeros "Los fisioterapeutas van, pero deben ESTAR en UCI".



Fisioterapia de calidad, por la salud y bienestar de nuestros pacientes



Adiós a Pepe Cantavella, un pionero y cofundador del ICOFCV

No ha pasado mucho tiempo desde que nos dejó uno de nuestros grandes pioneros de la Fisioterapia valenciana, el añorado Pepe Meliá, cuando nos viene a dejar otro grande (y otro "Pepe"): José Vicente Cantavella Laínez, en este caso un adelantado de la Fisioterapia castellonense, con permiso del propio Cantavella, ya que, como muchos nacidos en Burriana, gustaba de presumir de pueblo, y confesarse burrianero antes que de Castellón... De hecho, cuando tuve el placer de conocerlo por primera vez, me provocó mucha simpatía su frase "¡Burriana, París y Londres", cual triple eje cosmopolitano, frase muy popularizada por esos lares, y a cuya fama contribuyó el mismísimo Cardenal Tarancón, paisano de nuestro llorado Pepe Cantavella.

Nuestro compañero vino al mundo en Burriana en plena postguerra, allá por el año 1941. Aquel niño de la terrible postguerra española pronto desarrolló una vocación sanitaria que plasmaría en los estudios de enfermería y seguidamente de fisioterapia.

Durante sus primeros años de profesión, ejerció en Francia, concretamente en el Centro de Termalismo Helio-Marino de Collioure en Bretaña, que posteriormente tuvo un centro similar en la provincia de Castellón, haciendo que la ciudad de Benicàssim se convirtiera en un referente al respecto, que Cantavella lógicamente conoció muy bien.

En tierras castellonenses es donde más desarrolló su carrera profesional, tanto en el terreno privado como en el público. Así, no solo ejerció como fisioterapeuta en el antiguo Hospital Provincial de la ciu-

La Junta de Gobierno del ICOFCV, encabezada por el decano, Jose Casaña Granell, transmite su más profundo pesar y tristeza a todo el colectivo profesional, así como un fortísimo abrazo a la familia de Pepe Cantavella



Cantavella (primero por la izqda.) junto a los fisioterapeutas Granell y Silvestre

dad de Castellón (actual Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón), sino que también ocupó un destacado cargo de gestión, como supervisor del Servicio de Rehabilitación de dicha institución hasta su jubilación.

Además, el señor Cantavella dirigió su propia clínica de Fisioterapia en, cómo no, su querida ciudad de Burriana.

No podemos dejar de citar, en este homenaje póstumo, su estrecho vínculo de amistad y compañerismo con otro de nuestros pioneros de la Comunitat, su paisano Manuel Granell, a quien, además de a su familia y

amigos, enviamos desde estas líneas nuestro pésame y un cariñoso saludo. Para nuestro orgullo, Pepe Cantavella fue uno de los colegiados fundadores, en el año 2000, del Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), con el número 5 de colegiación, formando parte de la Junta de Gobierno como primer delegado del mismo en Castellón.

¡Descansa en paz, grande de Burriana!

Crónica:
José Ángel González

El decano José Casaña entregó el galardón a los estudiantes en el acto de clausura de la 17ª edición del Congreso, en el que se dieron cita más de 400 universitarios de los tres campus

El ICOFCV entrega los premios de Fisioterapia en el Congreso Internacional de Estudiantes de la CEU-UCH

La Universidad CEU Cardenal Herrera celebró con éxito la 17ª edición del Congreso Internacional de Estudiantes (CIE), un acto que contó con el decano del Colegio de Fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana (ICOFCV), José Casaña, quien hizo entrega de los galardones a los estudiantes de Fisioterapia premiados en el acto de clausura de esta edición. También estuvieron nuestros colegiados Isabel Martínez Hurtado, coordinadora de Relaciones Internacionales del CEU Cardenal Herrera, y José Ángel González, miembro del jurado de Fisioterapia.

El primer premio, en modalidad comunicación oral, fue para Melanie Mir Jiménez. En la modalidad de Comunicación y Póster se entregaron tres premios en fisioterapia. El primero fue para el trabajo grupal realizado por Tamara Maldonado, Mauricio Perdomo y Perrine Bertrán; el segundo para Marina Toquero Correa y el tercero para Daniel Sarrión García.



Acto de Graduación de Fisioterapia del CEU-UCH de Elche

El Colegio de Fisioterapeutas ha participado en el Acto de Graduación de los alumnos de Fisioterapia de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Elche, celebrado el pasado 26 de junio. En representación del ICOFCV, estuvo nuestra vicedecana, Cristina Salar, quien está en las fotos junto a la vicedecana, del CEU Cristina Orts; Raquel Chillón, profesora de honor y directora académica del Centro Universitario San Isidoro, y otros fisioterapeutas colegiados profesores en esta universidad.

¡Enhorabuena a los nuevos graduados/as!



Nuevos convenios de colaboración del ICOFCV

El Colegio de Fisioterapeutas ha firmado nuevos convenios de colaboración con importantes ventajas y beneficios para sus colegiados y colegiadas.

CLÍNICAS BIOMÉDICAS ASCIRES

Fruto del convenio con Ascires, grupo biomédico líder en España en Diagnóstico por Imagen, Medicina Nuclear y en Genética, los colegiados del ICOFCV podrán beneficiarse de descuentos en los servicios de radio-diagnóstico. Además, podrán trasladarlos a los pacientes de sus clínicas de fisioterapia. Para ello, el centro debe darse de alta individualmente.

PRODASVA y FORLOPD

En virtud del acuerdo firmado con las empresas PRODASVA y FORLOPD, dos consultoras líderes en la implantación y mantenimiento de la protección de datos, los colegiados del ICOFCV podrán beneficiarse de un descuento en la contratación del servicio de adaptación e implantación en materia de protección de datos con ambas entidades. Estos acuerdos se suman al ya existente con PRODAT Valencia en este mismo campo.

ELIANA FRANCÉS ONLINE

Respecto al convenio de colaboración con Eliana Francés Online, centro de enseñanza exclusivo de lengua francesa que imparte cursos para profesionales del sector sanitario, los colegiados y colegiadas del ICOFCV, así como a familiares de primer grado, podrán beneficiarse de un 10% de descuento en toda su oferta formativa así como tendrán matrícula gratuita para la misma.

NUEVOS CONVENIOS
DESCUENTOS PARA COLEGIADOS/AS ICOFCV

ASCIRES

#EFO Académica

FORLOPD

PRODASVA

MÁS INFO
www.colfisiocv.com/convenios

Servicio de Fisioterapia en los *clínicas* de fútbol playa de la FFCV

Los *clínicas* realizados por el Comité Técnico de Fútbol Playa de la Federación de Fútbol de la Comunidad Valenciana (FFCV) han contado con servicio de fisioterapia gracias al convenio de colaboración que mantienen la Federación y el Colegio de Fisioterapeutas de la CV.

El objetivo de estas pruebas, que han tenido lugar en mayo y en junio en Valencia, es reclutar y seleccionar a los jugadores y jugadoras de fútbol playa que representarán a la Comunitat Valenciana en los Campeonatos de España de este próximo verano. Los participantes fueron atendidos por nuestro colegiado, el fisioterapeuta **Álvaro Antón Nogués**, quien asistió a jugadores de todas las categorías: Valenta sub19 (femenino), Valenta absoluto (femenino), Masculino sub16 y Masculino sub 19.



El objetivo es informar a la ciudadanía sobre el Ejercicio Terapéutico como tratamiento que utilizan los fisioterapeutas para curar y mejorar la calidad de vida de sus pacientes

Nueva Campaña del CGCFE: el Ejercicio Terapéutico es Fisioterapia. Somos lo que necesitas

El Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) ha lanzado una gran campaña con el objetivo de poner de relieve que el "Ejercicio Terapéutico es Fisioterapia" y, con ello, concienciar de que el único profesional que lo prescribe y dirige es el fisioterapeuta.

Está demostrado que cuando el fisioterapeuta prescribe ejercicio terapéutico, los pacientes mejoran su calidad de vida. De hecho, desde hace algunas décadas, la terapia mediante la aplicación de programas de ejercicio es una de las estrategias más empleadas por el colectivo.

Es importante recalcar que, cuando los fisioterapeutas tratan a sus pacientes mediante ejercicio terapéutico, lo hacen de manera individualizada, especificando qué tipos de ejercicios son los más adecuados, ajustando los diversos parámetros a las características personales de cada paciente, así como a su patología, lesión o afección. Según pautemos una duración, intensidad, frecuencia, carga, intervalos de trabajo y descanso obtendremos unos efectos específicos para nuestros pacientes y donde el fisioterapeuta es el profesional más adecuado.

La importancia del Ejercicio Terapéutico en la Fisioterapia hace que la constante actualización de conocimientos en este campo sea una línea estratégica del CGCFE. Toda esta sistemática del ejercicio va de la mano de la actual evidencia científica y, por ello, desde el CGCFE se han realizado dos ediciones del curso de "Actualización en Ejercicio Terapéutico en Fisioterapia".



Somos lo que necesitas

El ejercicio físico orientado al tratamiento de enfermedades se denomina **EJERCICIO TERAPÉUTICO** y es el **FISIOTERAPEUTA** quien debe analizar el problema, valorar las necesidades y diseñar un plan terapéutico.

Ajustar intensidades, duración, intervalos de trabajo y descanso, tipos de ejercicios... El proceso evoluciona a través de tests de valoración y métodos basados en la evidencia científica.

CUANDO EL FISIOTERAPEUTA PRESCRIBE EJERCICIO TERAPÉUTICO
LOS PACIENTES MEJORAN SU CALIDAD DE VIDA.

EJERCICIO FISIOTERAPÉUTICO

No te juegues tu salud. Si necesitas ejercicio terapéutico, busca a tu fisioterapeuta colegiado

www.consejo-fisioterapia.org | sede@consejo-fisioterapia.org | SIGUEMOS EN [Twitter](#) [Facebook](#) [Instagram](#) [YouTube](#)

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE FISIOTERAPEUTAS DE ESPAÑA

Elena Muñoz y Fredy Hanna, nuevos Doctores en Fisioterapia



Elena Muñoz Gómez

Fisioterapeuta, Doctora y Colegiada 4705

Tesis "Eficacia de la terapia manual en pacientes con migraña"

Esta tesis doctoral analiza la eficacia de un tratamiento de fisioterapia basado en terapia manual sobre diferentes variables relacionadas con el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida en pacientes con migraña. Se realizó un ensayo controlado aleatorizado con 100 participantes divididos en cuatro grupos. El primer grupo recibió un protocolo de terapia manual con técnicas de tejido blando y craneales (GTB); el segundo, un protocolo con técnicas articulatorias (GA); el tercero, la combinación de los protocolos anteriores (GTB+A); y el cuarto, un tratamiento placebo (GP).

Tras la intervención se observó una mejora significativa en el dolor, la frecuencia de aparición, la discapacidad, la calidad de vida, la ingesta de medicación y la percepción de cambio tras el tratamiento en los tres grupos experimentales, incluso en comparación con el PG de forma significativa. Además, los resultados se mantuvieron tras el seguimiento de un mes para la mayoría de las variables. Cabe destacar que el GTB+A fue el grupo que mostró mayores cambios.

En conclusión, la aplicación de terapia manual podría ser considerada como un abordaje terapéutico adecuado en pacientes con migraña.



Elena Muñoz leyó su tesis el 23 de abril de 2021 en la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València. El trabajo ha sido dirigido por las doctoras Gemma V. Espí López y Marta Inglés de la Torre. El tribunal, formado por los doctores Cleofás Rodríguez Blanco, Sofía Pérez Alenda y Brigita Zachovajeviene, le otorgó la calificación de sobresaliente "cum laude" con Mención Internacional.

Si eres colegiad@ del ICOFCV y lees tu tesis doctoral, ponte en contacto con nosotros y envíanos información



Fredy Hanna
Fisioterapeuta, Doctor y Colegiado 541

Tesis *"Cambios en la activación electromiográfica de la musculatura de codo en sujetos sanos comparada con la activación muscular en sujetos con tendinopatía y la influencia de la aplicación de punción seca en la misma"*

Introducción: la tendinopatía es uno de los problemas de tendón más frecuente de lesión en la actualidad. Sin embargo, hay pocos estudios que reflejen cómo repercute esto en las personas que lo padecen.

Objetivos: examinar y comparar la actividad electromiográfica, la fuerza y la calidad de vida en personas con alteración tendinosa epicondílea del músculo extensor corto de carpo entre personas sanas, además de comprobar el efecto de la punción seca como rama de tratamiento en la actividad muscular, fuerza y dolor.

Material y métodos: participaron en el estudio 32 voluntarios que fueron divididos en dos grupos, según si eran sujetos sanos o con alteración tendinosa.

Resultados: no se encontraron diferencias significativas en las electromiografías ni en fuerza entre los grupos. En cambio, sí se muestran diferencias significativas en niveles de fuerza y dolor con pacientes tratados por punción seca, y no en la electromiografía de superficie para el músculo extensor radial del carpo después de tratamiento con punción seca.

Conclusiones: el tratamiento por punción seca a pacientes con epicondilitis genera una mejoría con respecto al nivel de dolor y fuerza. La alteración tendinosa epicondílea no modifica la actividad electromiográfica.



Fredy Hanna leyó su tesis el 23 de abril de 2021 en la Facultat de Fisioteràpia de la Universitat de València. El trabajo ha sido dirigido por los doctores Yasser Alakhdar Mohmara y Antonio Alberola Aguilar. El tribunal, formado por los doctores Laura López Bueno, Sergio Hernández Sánchez y Elena Bendala Tufanisco, le otorgó la calificación de sobresaliente *"cum laude"*.



Efecto en la discriminación sensorial mediante ejercicios de control motor cervical vs ejercicios de movilidad activa en pacientes con dolor cervical idiopático



Autor

José Miguel Tatay

Colegiado 4344

Fisioterapeuta en Fisioactiu Silla y Novakiné. Experto en terapia manual

(*) Artículo del TFM del Máster de Terapia Manual: Enfoque neuro-ortopédico clínico de la Universidad de Valencia (17ª edición)

Abstract

Introducción: El dolor cervical idiopático, es una de las patologías más frecuentes y recurrentes de la sociedad actual, generando un impacto notable a nivel socioeconómico, además de importantes alteraciones tanto a nivel motor como sensitivo. La sensibilidad táctil parece estar afectada en pacientes con dolor debido a los cambios obtenidos en la corteza somatosensorial primaria (S1) de la región corporal afectada.

Objetivos: Evaluar la evolución en la discriminación sensorial de pacientes sintomáticos de dolor cervical idiopático tras la realización de una serie de ejercicios de control motor cervical en comparación con ejercicios de movilidad activa.

Metodología: 10 pacientes con dolor cervical idiopático, divididos en dos grupos para la realización de ejercicios de control motor vs ejercicios de movilidad activa, fueron valorados mediante el test de discriminación de 2 puntos (TPD) con el uso de un caliper mecánico. Se evaluaron, además, los valores de dolor (VAS) y discapacidad cervical (NDI).

Resultados: La realización de un protocolo de 4 semanas de ejercicios de control motor cervical muestra una diferencia significativa ($P < 0,001$) en las mediciones de TPD en comparación con la realización de una serie

de ejercicios de movilidad cervical activa simple ($P < 0,306$).

Conclusión: La realización de un protocolo de ejercicios de control motor cervical durante 4 semanas es beneficioso para la mejora de la capacidad discriminativa en la sensibilidad táctil en pacientes con dolor cervical idiopático.

Introducción

El dolor cervical afecta prácticamente a más de dos tercios de la población mundial (Cote P. et al, 1998), tratándose de uno de los trastornos músculo-esqueléticos más frecuentes y discapacitantes después del dolor lumbar, con una prevalencia anual de entre el 30 y el 50% (Hoy D. et al, 2010). Las tasas de recurrencia y cronicidad de esta alteración son elevadas, ya que la mayoría de las personas con dolor cervical, entre el 50 y el 85%, no experimentan una resolución completa de los síntomas, refiriendo dolor de 1 a 5 años más tarde (Carroll L. et al, 2009).

Todo ello debemos integrarlo además en el impacto socioeconómico que esto genera, ya que el dolor de cuello es únicamente superado por el dolor lumbar en los costes anuales por absentismo laboral (Wright A. et al, 1999). La cervicalgia supone un coste económico

para nuestro país del 2% del gasto total en Sanidad, el cual aumenta hasta el 12% si incluimos los gastos indirectos por pruebas médicas o tratamientos farmacológicos (Baños V., 2009). Mientras que, en el ámbito laboral, se ha observado que sujetos con dolor cervical crónico presentan una tasa de absentismo un 44% mayor en comparación a trabajadores sanos (Langley P. et al, 2011). Estas estadísticas desafían a profesionales de la salud de todas las disciplinas para mejorar el valor de los programas de prevención y rehabilitación para los trastornos cervicales.

El enlace entre dolor y lesión puede llegar a ser incierto en determinados casos (Jensen, M.C., et al, 1994; Hogg-Johnson, S., et al, 2008). Es por ello, que se está demostrando constantemente varias adaptaciones en la reorganización cortical, ya sea a nivel sensorial, motor o inmune, que suelen estar relacionadas con el dolor crónico (Wand, B.M., et al, 2011; Catley, M.J., et al, 2014). El desarrollo de herramientas clínicas que permitan identificar los cambios a nivel cerebral en relación con los síntomas del paciente ha crecido considerablemente en la actualidad, con investigaciones que sugieren que las pruebas de funcionalidad sensorial, como el test de discriminación entre 2 puntos (TPD), podrían proporcionar una interesante información de las alteraciones del sistema nervioso central (Pleger, B., et al, 2006). Según la evidencia actual, la sensibilidad táctil, es decir, la capacidad de percibir con precisión la ubicación y calidad del tacto, parece estar afectada en personas con dolor persistente de acuerdo con los cambios obtenidos en la corteza somatosensorial primaria (S1), manifestándose como una reducción de la agudeza táctil en la región corporal afectada (Flor, H. et al, 2014; Moseley, G.L. et al, 2012; Catley MJ, et al, 2014). Existen numerosos artículos que observan una disminución en la capacidad discriminativa en pacientes con dolor lumbar crónico (Flor H et al, 1997; Wand BM et al, 2011), Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) (Pleger B. et al, 2006; Maihöfner C. et al, 2003), dolor de miembro fantasma (Elsig S. et al, 2014; Falla D. et al, 2009) e incluso en pacientes con migraña crónica (Luedtke K. et al, 2018) y latigazo cervical (Kasch H. et al, 2005).

La literatura científica sugiere que el entrenamiento que tiene como objetivo la mejora de la discriminación táctil parece ser beneficiosa para normalizar la reorganización cortical del sistema S1 y reducir significativamente el dolor en pacientes con dolor crónico (Moseley L. et al, 2008; Harvie, D.S. et al, 2017; Moseley L. et al, 2009). En línea con esta afirmación, existen numerosos estudios que avalan la prescripción de ejercicio para el manejo clínico del dolor mecánico de cuello. Específi-

camente, la realización de ejercicio terapéutico de baja carga destinado a mejorar el control neuromuscular de la columna cervical y la cintura escapular muestran la mayor evidencia para el tratamiento de dolor cervical (Gross A. et al, 2015; O'Leary S. et al, 2007), fomentando una reorganización de la estrategia sensoriomotora de la musculatura cervical y mejorando la capacidad de activación de la musculatura flexora cervical profunda (Falla D. et al, 2003).

Es por ello que el entrenamiento de esta musculatura, mediante ejercicios de control motor, parece ser una herramienta apropiada para el alivio de dolor y la mejora de la funcionalidad o discapacidad del paciente. Sin embargo, no hay estudios en la literatura actual que muestre cambios a nivel sensorial mediante la realización de este tipo de ejercicio.

Material y Métodos

Participantes

Se trata de un estudio tipo experimental longitudinal con un tamaño poblacional de 10 pacientes con dolor cervical idiopático, dividido en 2 grupos mediante aleatorización simple: grupo intervención (n=5) y grupo control (n=5).

Para la inclusión de pacientes al estudio, aplicamos los siguientes criterios de inclusión basándonos en pacientes sintomáticos con dolor cervical de carácter idiopático (de intensidad VAS $\geq 3/10$), pudiendo ser tanto hombres como mujeres de edades comprendidas entre 18 y 65 años. Mientras que los criterios de exclusión se basan principalmente en evitar pacientes con dolor de origen específico, ya sea de origen traumático, radicular o por patología cervical concreta. Además de pacientes con patologías sistémicas o cirugía previa en columna cervical.

Procedimiento para la recogida de datos

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos por el estudio fueron seleccionados para la medición de los valores de TPD mediante el uso de un Caliper de medición digital en la sesión inicial. El propósito del estudio fue explicado a cada paciente previamente a la medición, además de ofrecerles un consentimiento informado a cada uno de los pacientes. El área dolorosa cervical es inicialmente evaluada únicamente mediante palpación, determinando así el nivel

vertebral cervical C7. Se procede a solicitar al paciente que se coloque tumbado en decúbito prono. El caliper es colocado horizontalmente contra la piel sobre la superficie de la espinosa de C7 hacia la región del brazo dominante del paciente.

El procedimiento a seguir será el utilizado por Catley et al, 2013 en pacientes jóvenes sanos. Iremos aumentando cada 5 mm. hasta que el paciente determina un punto en el que percibe claramente "dos puntos". De esta forma iremos descendiendo cada 2 mm. hasta que vuelva a percibir solo "un punto". Al volver a aumentar, cada 2 mm., el punto en el que vuelva a percibir los "dos puntos" será anotado como el registro de TPD. La valoración se realizará 2 veces y posteriormente sacaremos la media de los dos valores evaluados. Si los pacientes dudan o no son capaces de confirmar, es admitido como únicamente un punto (Moberg E. et al, 1990). Los resultados son medidos en ambos grupos y anotados para comparar posteriormente cualquier diferencia significativa en dichas mediciones.



Aparte de la medición de los valores de TPD en todos los pacientes, también se incluye la evaluación del valor subjetivo de dolor (Visual Analogue Scale, VAS) actual, es decir, justo antes de la valoración del TPD o la realización de los ejercicios, y el índice de dolor más intenso en los 7 días previos al análisis. Además, también solicitaremos a los pacientes que nos rellenen el índice de funcionalidad y discapacidad cervical (Neck Disability Index, NDI) (Vernon H., 1991). En ambos casos, al igual que para la valoración del TPD, pediremos esta información tanto en la primera como en la última sesión.

Ejercicios de control motor cervical vs movilidad cervical activa

El estudio se centra en la realización de dos tipos de ejercicios diferentes. En ambos casos, explicaremos al paciente los ejercicios en la primera sesión para que los entienda y sepa realizarlos correctamente en casa, solicitando siempre la no provocación de dolor al ejecutarlos. Reevaluaremos los ejercicios a las 4 semanas. Para el grupo intervención, vamos a solicitar una serie de ejercicios de control motor cervical siguiendo el protocolo de Jull G. y Falla D., 2008, dividido en dos fases a lo largo de las 4 semanas.

En la fase I (semanas 1 y 2), pediremos a los pacientes focalizarse en la activación y entrenamiento inicial de la musculatura craneocervical profunda mediante la realización de ejercicios de control motor, tanto para los flexores como extensores craneocervicales profundos. En todos ellos, vamos a solicitar la realización de los ejercicios una vez al día mediante 2 series de 10 repeticiones. La finalidad de estos ejercicios es el aprendizaje de la activación muscular mediante una intensidad de baja carga, por lo que solicitaremos que la contracción sea mantenida (10 segundos por repetición) enfatizando la precisión y el control en la ejecución del movimiento.

Para la fase II (semanas 3 y 4), pasaremos a aumentar las cargas de activación y resistencia de la musculatura craneocervical. Primero solicitaremos una progresión del ejercicio de "flexión craneocervical en supino", añadiéndole un componente de flexión cervical tipo (despegando la cabeza de la camilla) para combinar la activación de musculatura superficial y profunda. Al tratarse de un ejercicio más intenso, nos centraremos que el paciente recuerde que se trata de ejercicios de baja carga, que no deben reproducir sintomatología clínica dolorosa ni esfuerzos muy intensos. Por ello, solicitaremos únicamente 2 series de 5 repeticiones manteniendo 5 segundos de contracción por repetición. Mientras que, por otra parte, solicitaremos dos ejercicios en posición de cuadrupedia, basándonos en ejercicios de activación dinámica mediante 2 series de 10 repeticiones (similar a la fase I), iniciándose siempre desde una posición cervical neutra.

Ejercicios Fase I – Grupo Intervención



Ejercicios Fase II – Grupo Intervención



Por otra parte, para el grupo control, vamos a solicitar a los pacientes la realización de ejercicios de movilidad cervical simple en todos los planos. Con este tipo de ejercicios, nuestra intención es solicitar la realización de un pseudoplacebo o ejercicios de "falso control motor" en el cual los pacientes activen únicamente la muscula-

tura superficial del cuello. Una de las diferencias será que en este tipo de ejercicios no habrá progresión en los ejercicios, por lo que pediremos los mismos ejercicios durante las 4 semanas. Se trata de 3 ejercicios simples realizados en sedestación, cuya realización se basará en 2 series de 10 repeticiones a cada movimiento.

Tabla 1

Comparación TPD entre GI y GC

Grupos	Mean + SD		Significación	t-test	Diferencia
	Pre	Post			
Grupo Intervención	46.6 ± 9.92	28.7 + 10.8	0.001	10.2	17,9
Grupo Control	43.1 ± 6.5	41.5 + 5.2	0.306	1.1	1.6

Comparación en análisis estadístico entre Grupo Intervención y Grupo Control

Resultados

Se realiza un análisis estadístico para valorar la comparación en los niveles de TPD antes y después de la intervención en ambos grupos, así como de las diferencias observadas en los resultados de ambos grupos, control e intervención.

La tabla 1 (imagen de arriba) muestra una notable diferencia significativa ($P < 0,001$) en las mediciones de TPD en el grupo intervención tras la realización de un protocolo de 4 semanas de ejercicios de control motor cervical. En contraste con el grupo control, el cual no muestra una diferencia significativa suficiente ($P < 0,306$) que confirme la eficacia de los ejercicios de movilidad activa cervical en la discriminación sensorial mediante TPD.

Discusión

La finalidad de este estudio tenía como objetivo principal determinar la evolución en la discriminación sensorial de pacientes sintomáticos de dolor cervical idiopático tras la realización de una serie de ejercicios de control motor cervical en comparación con ejercicios de movilidad activa.

Como hemos observado en el apartado previo, se muestra una notable diferencia significativa ($P < 0,001$) en las mediciones de TPD en el grupo intervención, en el cual se determina una variación en la media de 46,6 mm. en la primera evaluación, pasando a una media de 28,7 mm. en los valores de TPD post-intervención.

Mientras tanto, el grupo control parece no ser capaz de mostrar una diferencia significativa suficiente ($P < 0,306$) como para demostrar que la realización de una serie de ejercicios de movilidad cervical activa sea suficientemente válida para observar un cambio real en la discriminación sensorial de los pacientes con dolor cervical idiopático, pasando de una media de 43,1 mm. en el valor inicial del TPD a 41,5 mm. a las 4 semanas siguientes.

Estos datos obtenidos en el análisis siguen en línea con los obtenidos por Catley, en el cual se demostraba la buena calidad, tanto intra (ICC 0.84-0.96) como inter-examinador (ICC 0.78-0.82) en la valoración de TPD en cuello, obteniendo una media en los valores TPD de 45.9 ± 18.4 mm. en pacientes jóvenes sanos. Mientras que los resultados obtenidos para la evaluación de TPD de regiones como pie, mano y lumbar parecen significativamente inferiores. Además, se observa que la mayor experiencia clínica en este campo no muestra diferencias, por lo que con una formación simple de 30 minutos se adquieren resultados muy similares (Catley M. et al, 2013).

Por otra parte, en cuanto a los valores de dolor (VAS) descritos por los pacientes del grupo intervención, se observa una disminución de 2.8 puntos sobre 10 en el dolor actual descrito y de 3.2 puntos en el máximo dolor descrito en los últimos 7 días. En comparación del grupo control, que muestra únicamente una variación de 1.0 punto y 1.2 puntos en las dos secciones descritas de dolor anteriormente.

Mientras que los valores de discapacidad funcional de la región cervical, analizado mediante el cuestionario NDI, se observan también cambios concluyentes que

permiten confirmar la mejora de discapacidad con la realización de ejercicios de control motor, pasando de un 17.6% a un 8% (disminución de un 54.6% entre ambos) en comparación con el grupo de ejercicios de movilidad activa, que pasa de un 20.4% a un 16.0%, presentando una disminución únicamente de un 21.5%.

Tras la obtención de los resultados, podemos afirmar que hay datos interesantes, dentro del grupo intervención, que confirman la mejora de la sensibilidad táctil en individuos sintomáticos tras la realización de un protocolo de ejercicios de control motor cervical durante 4 semanas, reflejando una disminución de los valores de TPD, lo que se traduce en una mayor capacidad de discriminación sensorial, además de una disminución en los niveles de dolor VAS, tanto en el momento actual como en los 7 días previos, así como los niveles de discapacidad cervical mediante el Cuestionario NDI.

Al contrario de lo afirmado por Hanney W. et al, 2010, cuyo estudio no observa mayor efectividad en la realización de ejercicios de control motor cervical en comparación con la realización de un programa ejercicio estándar en pacientes con dolor inespecífico, por nuestra parte sí podemos confirmar la presencia de cambios notables en la discriminación sensorial, el dolor y la discapacidad funcional.

De esta forma y según los resultados obtenidos, debemos aceptar el entrenamiento de la musculatura cervical profunda mediante ejercicios de control motor como una técnica interesante, ya no solo para disfunciones motoras, sino para alteraciones sensitivas, relacionadas con el dolor del paciente. No obstante, a pesar de observar incontables referencias que confirman la presencia de alteraciones en la sensibilidad táctil en pacientes con dolor crónico (tanto en región cervical como en otras regiones corporales), la evidencia que confirme que el ejercicio terapéutico produce una modificación en la reorganización cortical tras una alteración en el mecanismo de discriminación sensorial sigue siendo, a día de hoy, una incógnita en determinadas patologías, como puede ser el dolor cervical idiopático (Holla S. et al, 2018; Waclaw M. et al, 2019).

Limitaciones

En cuanto al estudio realizado, debemos aceptar la presencia de determinadas limitaciones que han supuesto posiblemente la obtención de un resultado menor incluso del que hubiera sido posible. La baja población muestral ($n = 10$ pacientes) puede ser uno de los prin-

cipales sesgos en este estudio, debido a la dificultad de encontrar pacientes con los criterios de inclusión inicialmente mencionados. Por otra parte, la metodología de evaluación de los pacientes y su seguimiento quizá debería haber sido mejorable al solicitar mayor número de sesiones presenciales o mantener un control más estricto en la correcta ejecución de los ejercicios. En cuanto a la duración del estudio, numerosos artículos observan cambios mas permanentes en estudios de 8 o 12 semanas de follow-up (Bogduk N. et al, 1988; Jensen, M.C. et al, 1994). Por último, la realización de un estudio en un tipo de dolor más específico ya sea por cronicidad (agudo o crónico) o por patología determinada, posiblemente nos habría permitido dar un resultado mas acertado a nuestras afirmaciones.

Futuras investigaciones

El estudio de la discriminación sensorial y su plausibilidad neurofisiológica parece un reto dentro del sistema científico. Una de las líneas interesantes para el futuro puede ser la comparación de valores obtenidos en el TPD mediante tratamientos diferentes, como puede ser ejercicio terapéutico vs entrenamiento discriminativo sensorial.

Sin embargo, la búsqueda de estudios que nos ofrezcan un mejor entendimiento de las alteraciones sensoriomotoras, así como de su tratamiento debe ser clave para continuar con este tipo de líneas de investigación.

Conclusión

Con el presente estudio, podemos concluir que la realización de un protocolo de ejercicios de control motor cervical durante 4 semanas es beneficioso para la mejora de la capacidad discriminativa en la sensibilidad táctil en pacientes con dolor cervical idiopático. En consecuencia, podemos afirmar que la indicación de ejercicio terapéutico de la musculatura cervical profunda puede ser un tratamiento interesante y beneficioso para pacientes con déficit en la discriminación sensorial del cuello.

Bibliografía

1. Cote P, Cassidy JD, Carroll L.; The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998; 23:1689-1698.
2. Hoy DG, Protani M, De R, Buchbinder R.; The epidemiology of neck pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2010; 24:783-792.
3. Hoy DG, March L, Woolf A, et al.; The global burden of neck pain: Estimates from the Global Burden of Disease. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73:1309-1315.
4. Fejer R, Kyvik K, Hartvigsen J.; The prevalence of neck pain in the world population: A systematic critical review of the literature. 2006. *Eur Spine J*; 15:834-848.
5. Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD.; Findings From The Bone and Joint in Decade 2000 to 2010. Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Occup Environ Med*. 2010; 52(4):424-427.
6. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, et al.; Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 disease and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease. *Lancet*. 2012; 380:2197-2223.
7. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, Haldeman S, Holm LW, Carragee EJ, et al.; Course and Prognostic Factors for Neck Pain in the General Population. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009; 32(2):87-96.
8. Gore D, Sepic S, Gardner G, et al.; Neck pain: A long-term follow-up of 205 patients. *Spine*; 1987, 12:15
9. Cote P, Cassidy JD, Carroll LJ, Kristman V.; The annual incidence and course of neck pain in the general population: A population-based cohort study. *Pain*. 2004; 112:267-273.
10. Hush JM, Lin CC, Michaleff ZA, Verhagen A, Refshauge KM.; Prognosis of acute idiopathic neck pain is poor: A systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011; 92:824-829.
11. Wright A, Mayer T, Gatchel R.; Outcomes of disabling cervical spine disorders in compensation injuries. A prospective comparison to tertiary rehabilitation response for chronic lumbar spinal disorders. *Spine*, 1999; 24:178-183.
12. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
13. Epidemiology and social economics aspects of whiplash syndrome. A. Vicente Baños, 2009.
14. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JRG-E. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ*. 2011; 14(3):367-380.
15. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence Based Management of Acute Musculoskeletal Pain. Brisbane, 2004: Australian Academic Press
16. Bogduk N.; Neck pain: an update. *Aust Fam Physician*. 1988;17:75-80.
17. Jensen, M.C., et al.; Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine*, 1994. 331(2): p. 69-73.
18. Hogg-Johnson, S., et al.; The burden and determinants of neck pain in the general population. *European Spine Journal*, 2008. 17(1): p. 39-51.
19. Wand, B.M., et al.; Cortical changes in chronic low back pain: current state of the art and implications for clinical practice. *Manual therapy*, 2011. 16(1): p. 15-20.
20. Catley, M.J., et al.; Is tactile acuity altered in people with chronic pain? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 2014. 15(10): p. 985-1000.
21. Pleger, B., et al.; Patterns of cortical reorganization parallel impaired tactile discrimination and pain intensity in complex regional pain syndrome. *Neuroimage*, 2006. 32(2): p. 503-510
22. Lundborg G, Rosén B. The two-point discrimination test-time for a re-appraisal? *J Hand Surg Br* 2004;29:418-22.
23. Flor, H.; Role of Cortical Reorganization in the Rehabilitation of Chronic Pain, in Replace, Repair, Restore, Relieve—Bridging Clinical and Engineering Solutions in Neurorehabilitation. 2014, Springer. p. 1-2.
24. Moseley, G.L. and H. Flor, Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain a review. *Neurorehabilitation and neural repair*, 2012. 26(6): p. 646-652.
25. Cheung B, van Erp JB, Cholewiak RW. Anatomical, neurophysiological and perceptual issues of tactile perception. In: Van Erp JB, Self BP, editors. Neuilly-sur-Sein Cedex (France): NATO Research and Technology Organisation; 2008.
26. Catley MJ, O'Connell NE, Berryman C, Ayhan FF, Moseley GL, Is tactile acuity altered in people with chronic pain? A systematic review and meta-analysis, *Journal of Pain* (2014)
27. Wacław M. Adamczyk , Aleksandra Budzisz , Oskar Saulicz , Tibor M. Szikszay , Edward Saulicz , Kerstin Luedtke , Tactile precision remains intact when acute neck pain is induced, *Journal of Pain* (2019)
28. Flor H, Braun C, Elbert T, Birbaumer N: Extensive reorganization of primary somatosensory cortex in chronic back pain patients. *Neurosci Lett* 224:5-8, 1997.
29. Wand BM, Parkitny L, O'Connell NE, Luomajoki H, McAuley JH, Thacker M, Moseley GL: Cortical change in chronic low back pain: current state of the art and implications for clinical practice. *Man Ther* 16:15-20, 2011.
30. Pleger B, Ragert P, Schwenkreis P, Förster A-F, Wilimzig C, Dinse H, et al. Patterns of cortical reorganization parallel impaired tactile discrimination and pain intensity in complex regional pain syndrome. *NeuroImage* 32:503-10, 2006.
31. Maihöfner C, Handwerker HO, Neundörfer B, Birklein F: Patterns of cortical reorganization in complex regional pain syndrome. *Neurology* 61:1707-15, 2003.
32. Elsig S, Luomajoki H, Sattelmayer M, Taeymans J, Tal-Akabi A, Hilfiker R: Sensorimotor tests, such as movement control and laterality judgment accuracy, in persons with recurrent neck pain and controls. A case control study. *Man Ther* 19:555-61, 2014.
33. Falla D, Arendt-Nielsen L, Farina D: The pain-induced change in relative activation of upper trapezius muscle regions is independent of the site of noxious stimulation. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol* 120:150-7, 2009.
34. Kerstin Luedtke et al, Upper cervical two-point discrimination thresholds in migraine patients and headache-free controls, *The Journal of Headache and Pain*, 2018
35. Di Pietro, F., et al.; An exploration into the cortical reorganization of the healthy hand in upper-limb complex regional pain syndrome. *Scandinavian Journal of Pain*, 2016. 13: p. 18-24.
36. Kasch H, Qerama E, Bach FW, Jensen TS. Reduced cold pressor pain tolerance in non-recovered whiplash patients: A 1-year prospective study. *Eur J Pain* 2005;9:561-9.

37. Holla SS, Vats T, Nagpal P. Is tactile acuity altered in individuals with acute mechanical neck pain? *Indian J Pain* 2018;32:145-9.
38. Waclaw M. Adamczyk , Aleksandra Budzisz , Oskar Saulicz , Tibor M. Szikszay , Edward Saulicz, Kerstin Luedtke , Tactile precision remains intact when acute neck pain is induced, *Journal of Pain*, 2019.
39. Moseley GL, Zalucki NM, Wiech K: Tactile discrimination, but not tactile stimulation alone, reduces chronic limb pain. *Pain* 137:600-8, 2008.
40. Harvie, D.S., Kelly, J., Buckman, H., Chan, J., Sutherland, G., Catley, M., Novak, J., Tuttle, N., Sterling, M., Tactile acuity testing at the neck: A comparison of methods, *Musculoskeletal Science and Practice* (2017).
41. Moseley GL, Wiech K: The effect of tactile discrimination training is enhanced when patients watch the reflected image of their unaffected limb during training. *Pain* 144:314-9, 2009.
42. Gross A. et al, Exercises for mechanical neck disorders, *Cochrane Database Syst Rev*. 2015.
43. G. Jull et al, *Cervical Spine Idiopathic Neck Pain: Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy*, 2013
44. O'Leary S, Falla D, Hodges PW, Jull G, Vicenzino B., Specific therapeutic exercise of the neck induces immediate local hypoalgesia, *J Pain*. 2007 Nov; 8(11):832-9. Epub 2007 Jul 19.
45. Meisingset I, Stensdotter AK, Woodhouse A, Vasseljen O. Neck motion, motor control, pain and disability: A longitudinal study of associations in neck pain patients in physiotherapy treatment. *Man Ther*. 2016;22:94-100
46. Falla D, Farina D. Neural and muscular factors associated with motor impairment in neck pain. *Curr Rheumatol Rep*. 2007;9(6):497-502.
47. Falla D, Rainoldi A, Merletti R, Jull G. Myoelectric manifestations of sternocleidomastoid and anterior scalene muscle fatigue in chronic neck pain patients. *Clin Neurophysiol*. 2003;114(3):488-495.
48. Falla D, O'Leary S, Farina D, Jull G. The Change in Deep Cervical Flexor Activity After Training Is Associated With the Degree of Pain Reduction in Patients With Chronic Neck Pain. *Clin J Pain*. 2012;28(7):628-634.
49. O'Leary S, Falla D, Elliott JM, Jull G. Muscle Dysfunction in Cervical Spine Pain: Implications for Assessment and Management. *J Orthop Sport Phys Ther*. 2009;39(5):324-333.
50. Mark J. Catley, Abby Tabor, Benedict M. Wand and G. Lorimer Moseley, Assessing tactile acuity in rheumatology and musculoskeletal medicine—how reliable are two-point discrimination tests at the neck, hand, back and foot?. *Rheumatology* 2013;52:1454-1461.
51. Moberg E., Two-point discrimination test. A valuable part of hand surgical rehabilitation, e.g. in tetraplegia. *Scand J Rehabil Med* 1990;22:127-34
52. Vernon, H. & Mior, S., The Neck Disability Index: A study of reliability and validity. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 1991, 14, 409-415.
53. G. Jull et al, *Therapeutic Exercise for Cervical Disorders: Whiplash, Headache and Neck Pain*, 2008.
54. William J. Hanney, Morey J. Kolber, Joshua A. Cleland Motor control exercise for persistent nonspecific neck pain, *Physical Therapy Reviews*, 2010.



**Por tu salud, ponte
en buenas manos**

**Acude a un fisioterapeuta
profesional y colegiado**



El Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de la Comunitat Valenciana vol donar la seua benvinguda a tots els fisioterapeutes que s'han col·legiat des del 24 de març al 30 de juny de 2021.

Nuevos colegiados del ICOFCV

Alicante

401 SERGIO VARELA LÓPEZ
7681 BELÉN SÁNCHEZ SÁEZ
7689 EVGENIA SOLDATOVA
7690 LAURA QUINTANA HERREROS
1182 ANA MILAN MOLINA
7072 ALICIA AMORÓS SÁNCHEZ
7695 MIGUEL ORTÍN GÓMEZ
7696 VÍCTOR MARHUENDA OBRADOR
7509 MERCÈ FORNAGUERA LLOBET
7709 JORGE MUÑOZ SOTOS
7713 GISELA MARIEL COSTANZO
7714 ANDREA VÁSQUEZ MORALES
7716 CAROLINA PAYÁ LLORENS
7719 JOSÉ MARÍA OLIVARES ÁLVAREZ
7722 ADINA SIMONA POP
7724 JAVIER LÓPEZ ROBLEDANO
6766 DANIEL CANDEL LEAL
7733 DENNIS FERRÁNDEZ MANCHADO
7740 DERISSE KORINA RODRÍGUEZ ROMERO
7741 CARLOS ABLANEDO DE DIOS

Cádiz

5139 FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ JIMÉNEZ

Castellón

7680 CRISTINA BRONCANO RODRÍGUEZ
7691 JAVIER CAMPILLO JURADO
7692 JULEN PENALVA BARRES
1971 CRISTINA HERREROS PÉREZ
7717 PATRICIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ
7721 DANIEL UREÑA GARCÍA
7730 MATEUSZ JAKUB GRZYMEK
7736 FERNANDO MARQUÉS MONTES

Ciudad Real

7686 MÓNICA VILLAR RUÍZ

Cuenca

7704 JULIA MARTÍNEZ COLLADO
7742 JOSÉ ÁNGEL PERONA MARCHANTE

Valencia

4306 VICTORIA MANJÓN CASTRO
7676 RUBÉN NOVILLO MIRANDA
7677 LUCÍA JÁVAGA TÉBAR
7678 ÁLVARO ASENSIO BARRIOS
3524 MIRIAM GARRIGÓS PEDRÓN

7679 MÓNICA HAILER OLAIZOLA
7682 CARLOS VIVÓ TERUEL
7684 PAU HIDALGO PLÁ
7683 LEONARDO ANDRES PALOMINO
5179 ÁLVARO JUAN GASCÓ BENET
7685 LEIVER ANDRÉS ROMERO PINTADO
1273 JOSÉ CARLOS MARTÍNEZ SÁNCHEZ
7687 SUSANA BODÍ GRAU
7688 LINA VAISNORAITE
7693 FRANCISCO JOSÉ PRADOS BARBERO
7694 MÓNICA ALONSO MARTÍN
7697 SILVIA TORRES BALANZÁ
3785 MONTSERRAT GARCÍA CLIMENT
7700 PABLO CUBERO SORIANO
7698 ANTONIO CANO MARTÍNEZ
7699 ANTHONY CIVALE
7701 PAULO CÉSAR NAVARRO CUBILLOS
7702 IRENE GARCÍA SEQUÍ
7703 JONÁS NAVARRO NAVARRO
5403 MARÍA CRUZ ESPÍ POZUELO
7705 ÁLVARO ARTOLA IBÁÑEZ
7706 ALEJANDRO ESTEVE MELIÁ
7707 CONSTANTINO ÁLVAREZ MUÑOZ
7708 REBECA ANDRÉS GARCÍA
7710 NATALIA PINILLA GARCÍA
7712 JOANNA WENC
7711 BERNARDINO MONTAÑANA MATEU
7715 REBECA MARTÍN-SACRISTÁN GANDÍA
7718 JOSÉ MARÍA RECAMÁN PIÑERO
7720 ERIC LÓPEZ PAÑOS
7723 ALBERTO HERRERO GARCÍA
7725 ISABEL MARÍA HURTADO MERCHÁN
7726 ALICIA MARTÍNEZ CASTILLO
7727 ÓSCAR ÁLVAREZ LLISO
7728 DAVID GASCÓ ROMERO
3460 ELENA GARCÍA ALEIXANDRE
7729 JOSEP BAINAT BONO
7731 NATALIA ARAUZO MARTÍNEZ
7732 DAVID NAVARRO ORERO
7734 LAURA NOVALBOS APARICIO
7735 JUAN JOSÉ VALDERRAMA MARTÍNEZ
178 MARÍA JOSÉ CAPARRÓS RAMÓN
7737 ISAAC MIÑAMBRES HERRÁIZ
7738 ANA MARÍA BERJA ARCOS
7739 ANDREA SAINZ FELIX
4464 LETICIA RÍO DEL ARCO
7743 LOGAN DAVID PAUL CHRISTIAN HUON-REMAUD
7744 SERGI RODRÍGUEZ LLORENS
7745 LAURA PERELLÓ ROMERO
7746 ÁLVARO MORERA MORERA
7747 JONATHAN MARTÍNEZ MONTORO

¡SÍGUENOS!



@lcofcv



@colegiofisioterapeutascv



@colegiofisioterapeutascv



@ICOFCV



620360596



@ICOFCV

¡Y visita nuestra web!

www.colfisiocv.com



tufisio.com

La plataforma digital que une a **fisioterapeutas** y **clientes**



Entra en **TUFISIO.COM**



Crea tu **perfil profesional**



Consigue la **visibilidad online** que necesitas



Consigue una suscripción **PRO** totalmente **gratuita** durante **un año** *

CÓDIGO: COLV21

*Sólo para los 150 primeros usuarios.

ENTRA Y DATE
DE ALTA



 tufisio_com

 tufisiocom

 tufisio.com

 tufisio_com