

Facultad De Ciencias Médicas.

Licenciatura En Kinesiología.



UNIVERSIDAD
FASTA

Factores Productores De Dolor y/o Lesiones Musculoesqueléticas En Los Actores De Teatro



Autora: Gioe Agustina

Tutora: Lic. Sturze Zulema

Asesoramiento Metodológico: Dra. Mg. Minnaard, Vivian.

2018.

"La vida es una obra de teatro que no permite ensayos...

Por eso, canta, ríe, baila, llora

y vive intensamente cada momento de tu vida...

...antes que el telón baje

y la obra termine sin aplausos".

Charles Chaplin





A mis padres.

A mis hermanos y sobrinos

A Vicky

A Rodri

A la familia Carnovale

Y a mis amigos





A mis padres por el amor, los consejos, el apoyo y los valores inculcados.

A mis hermanos Juan y Mechi; a Rocío y a mis dos soles Isa Y Fran.

A mis amigos de la vida, que están siempre a mi lado acompañándome y valoran cada paso que doy.

A Vicky por compañerismo, apoyo incondicional y aliento para que logre mi objetivo

A los integrantes de la facultad y los profesores, por haberme dado la oportunidad de este crecimiento profesional.

A mi tutora la Licenciada Zulema Sturze, por estar siempre disponible brindarme su ayuda cada vez que lo necesité.

A la Dra. Mg. Vivian Minnaard por su asesoramiento metodológico.

A todas las personas que me acompañaron, ayudaron, aconsejaron y apoyaron durante el recorrido de este largo camino que hoy culmina, porque sin ellos nunca hubiera alcanzado este sueño

Y por último, al Teatro, mi pasión que me salva.





El trabajo actoral está irremisiblemente emparentado a el cuerpo, todo lo humano se enmarca en un cuerpo vivido, en el espacio y en el tiempo, no es algo neutral. La interpretación actoral es una actividad física medianamente intensa cuya carga física puede ser un factor de riesgo que predispone a sufrir trastornos musculoesqueléticos

Objetivo: Determinar los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los Actores de Teatro.

Material y métodos: Durante el segundo trimestre del año 2018, se realizó un estudio descriptivo, no experimental, observacional y transversal, a 30 Actores de Teatro, de ambos sexos, de 18 a 65 años, que padecieron alguna lesión musculoesquelética o dolor de origen laboral en los dos últimos años, y que trabajan de diferentes salas de la ciudad de Mar del Plata. La selección de los mismos se realizó de manera no probabilística por conveniencia. El instrumento de recolección de datos fue mediante una encuesta preestablecida. La base de datos se construyó y analizo mediante la aplicación del paquete estadístico

Resultados: El 70% de los actores de teatro presentan trastornos musculoesqueléticos relacionados a la actuación. El tipo de lesiones con mayor predominio fueron músculos y tendones: contracturas (47%), esguinces (37%), calambres y desgarros (13% respectivamente) y tendinopatías (3%); además en menor grado fracturas óseas (10%) y rotura ligamentaria (3%). El 43% fueron lesiones graves o grado III, el 29% fueron de carácter moderado y en el 19% fueron leves. El 93% de los actores padecen algún tipo de dolor o molestia articular-postural relacionadas a la actividad laboral. En el 73% fue de carácter moderado, el 17% sentían dolor intenso, solo el 3% el dolor o molestia fue leve. Este dolor o molestia en el 67% se situó en cuello o columna cervical, en el 63% columna lumbar; el 33% en rodillas y tobillos, el 30% en columna dorsal. En el 86% de los casos, el evento doloroso tuvo una duración media de entre 1 a 7 días. Prevalencia de actrices mujeres con el 63%, aunque la tendencia indica mayor presencia de molestias en los actores hombres. La edad media de los actores de teatro es de 38 años. Se observa una directriz que denota que mayor presencia de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral, así como el padecimiento de molestias o dolores relacionados con la actividad actoral en los actores mayores de 40 años. El 70% de los actores tienen sobrepeso u obesidad; incrementándose en este grupo las probabilidades de padecer lesiones. El 54% de los trabajadores tienen una experiencia actoral mayor a 6 años. El 50% de los actores tiene una frecuencia semanal de ensayos de 2 veces por semana. La cantidad de veces que el actor ensaya por semana incrementa el padecimiento de dolencias de origen laboral. El 50% ensaya entre 4 a 5 horas por práctica actoral; el 37% lo hace entre 2 y 4 horas cada vez. El 63% participa entre 2 a 4 obras por mes, el 20% actúa solo 1 vez en el mes, y el 17% entre 5 y 8 actuaciones mensuales. La presencia de dolor o molestias de origen laboral y la frecuencia mensual de actuaciones demostrándose que el 80% de los actores que participa entre 2 y 8 veces por mes en obras teatrales inciden en el padecimiento de dolores osteo-musculares. El 60% realizan ejercicios de calentamiento previo al ensayo entrar o a en escena, solo el 23% de los actores elongan su musculatura posteriormente a la presentación o ensayo. El 60% de los actores tiene hábitos de actividad física complementaria

Conclusión: Entre los trastornos generados por la actividad desarrollada se destacan molestias y dolores de diversos grados de intensidad con localización en cuello, columna cervical y lumbar, y en menor medida, padecen dolores en rodillas y tobillos. Entre los principales factores productores de molestias o dolor, resultó que varían en función de aquellos actores con mayor índice de masa corporal, en los mayores de 40 años de edad, así como también afecta una experiencia mayor a 5 años de antigüedad actoral; y la frecuencia mensual de actuaciones, donde se observa un incremento de lesiones y dolor en aquellos actores que se presentan en obras más de 2 veces por mes; además todos estos factores suelen estar relacionados con el mantenimiento de posturas inadecuadas, que constituyen factores determinantes en la producción de patologías. Desde nuestro rol kinésico con intervención desde la ergonomía laboral sería importante realizar un sistema de relevamiento y vigilancia de las condiciones de trabajo y de salud del actor, para así poder desarrollar programas de capacitación con ejercicios orientados a la optimización de la performance teatral y a una buena higiene postural, para que así los actores tomen mayor conciencia e identifiquen factores que predisponen lesiones de origen laboral.

Palabras claves: Trastornos músculo-esqueléticos, actores de teatro, factores ocupacionales incidentales, prevención ergonómica.



The acting work is irremissibly related to the body, everything human is framed in a lived body, in space and time, it is not neutral. Actoral interpretation is a moderately intense physical activity whose physical load can be a risk factor that predisposes to suffer musculoskeletal disorders

Objective: To determine the most frequent factors causing pain and / or musculoskeletal injuries, and their characteristics, in Theater Actors.

Material and methods: During the second quarter of 2018, a descriptive, non-experimental, observational and transversal study was carried out on 30 Theater Actors, of both sexes, from 18 to 65 years old, who suffered some musculoskeletal injury or pain of origin. work in the last two years, and working from different rooms in the city of Mar del Plata. The selection of them was done in a non-probabilistic manner for convenience. The instrument for data collection was through a pre-established survey. The database was constructed and analyzed through the application of the statistical package

Results: 70% of theater actors have musculoskeletal disorders related to acting. The type of injuries with greater prevalence were muscles and tendons: contractures (47%), sprains (37%), cramps and tears (13% respectively) and tendinopathies (3%); also to a lesser degree, bone fractures (10%) and ligament rupture (3%). 43% were serious injuries or grade III, 29% were moderate and in 19% were mild. 93% of the actors suffer from some kind of pain or joint-postural discomfort related to work activity. In 73% it was of moderate character, 17% felt intense pain, only 3% the pain or discomfort was mild. This pain or discomfort in 67% s was located in the neck or cervical spine, in the 63% lumbar spine; 33% in knees and ankles, 30% in dorsal column. In 86% of the cases, the painful event had an average duration of between 1 to 7 days. Prevalence of female actresses with 63%, although the trend indicates greater presence of discomfort in male actors. The average age of theater actors is 38 years. A guideline is observed that denotes a greater presence of musculoskeletal disorders of occupational origin, as well as the suffering of discomfort or pain related to acting activity in actors over 40 years of age. 70% of the actors are overweight or obese; increasing in this group the probabilities of suffering injuries. 54% of workers have more than six years of experience in acting. 50% of the actors have a weekly frequency of tests twice a week. The number of times the actor rehearses per week increases the suffering of occupational ailments. 50% rehearse between 4 to 5 hours per acting practice; 37% do it between 2 and 4 hours each time. 63% participate between 2 to 4 works per month, 20% act only once in the month, and 17% between 5 and 8 monthly performances. the presence of pain or discomfort of work origin and the monthly frequency of performances demonstrating that 80% of the actors who participate between 2 and 8 times a month in plays affect the suffering of osteo-muscular pains. 60% perform warm-up exercises prior to the rehearsal entering or on stage, only 23% of the actors lengthen their musculature after the presentation or rehearsal. 60% of the actors have habits of complementary fiscal activity

Conclusion: Among the disorders generated by the activity developed are aches and pains of varying degrees of intensity with localization in the neck, cervical and lumbar spine, and to a lesser extent, suffer from pains in knees and ankles. Among the main factors causing discomfort or pain, it was found that they vary according to those actors with the highest body mass index, in those over 40 years of age, as well as an experience greater than 5 years of seniority; and the monthly frequency of actions, where there is an increase in injuries and pain in those actors who appear in works more than 2 times per month; In addition, all these factors are usually related to the maintenance of inadequate postures, which are determining factors in the production of pathologies. From our kinésico role with intervention from the ergonomics of work it would be important to realize a system of survey and monitoring of the working conditions and health of the actor, in order to develop training programs with exercises oriented to the optimization of the theatrical performance and to a good postural hygiene, so that the actors become more aware and identify factors that predispose work-related injuries.

Key words: Musculoskeletal disorders, theater actors, incidental occupational factors, ergonomic prevention.



Introducción.....	2
Capitulo 1: El Teatro Argentino: Historia Y Caracterización.....	7
Capitulo 2: El cuerpo del actor como instrumento de trabajo y productor de lesiones musculoesqueléticas	17
Diseño Metodológico.....	33
Conclusiones.....	68
Bibliografía.....	73



Introducción



Las artes Plásticas prestan al teatro su lenguaje a partir del trabajo del actor, su plasticidad, su gestualidad, sus posturas, las relaciones espaciales con sus compañeros y con el conjunto, etc., pero también a partir de la elección de la escenografía, el vestuario, el maquillaje, los objetos y la iluminación que se utilizarán. El teatro es un acto de creación y representación escénica artística que pertenece al campo de la comunicación, y como tal, requiere de un emisor, un destinatario o receptor, un mensaje, un canal, un código y un contexto. El emisor es el actor, el receptor es el público, el mensaje es la obra, el canal es el espacio que comparten actor y espectador; como motor discursivo, se encuentra coligado a otras variables: el propio espacio donde se desenvuelve, los diferentes materiales, visuales y sonoros, y los cuerpos de los actuantes, que permiten su interpretación pasando a convertir el propio cuerpo del sujeto en objeto de discurso (Pavis, 2000)¹

En tanto que 'realización escénica', el hecho teatral no puede ser entendido sino como aquello que se está haciendo en un escenario, es decir, frente a un público, durante un momento preciso, y lo que está ahí está ocurriendo como resultado de unas acciones, de una organización del espacio y del tiempo, y sobre todo de una manera de la manera de relacionar unos elementos con otros. El personaje de teatro, entendido en un sentido moderno, se constituye no solo por la voluntad de corporizar una entidad ficcional creada, sino por la disposición de recursos expresivos, físicos, energéticos, psicológicos y emotivos de un profesional y enfocado exclusivamente en su función. En este sentido, el personaje no solo nace del deseo de actuar, sino del despliegue de un conjunto de conocimientos técnicos que el actor pone en juego en su composición (Ryngaert, 2004)²

El trabajo del actor/actriz está irremediamente vinculado a su cuerpo, a través del cual expresa con su gestualidad, su kinesia³ y su proxemia⁴, en donde cada uno tiene una noción de su esquema corporal⁵, estará en función de su capacidad de auto-percepción, de

¹ La autora define todos los conceptos que existen alrededor de una puesta teatral desde una mirada semiológica del espectáculo. Uno de los elementos que es puesto en crisis en la propuesta estética de la obra es nada menos que la relación actor-personaje, una díada que está inevitablemente ligada a la idea del espectador, ya que a la pregunta que gira en torno del momento en cual el ser humano adopta la condición de actor.

² El autor presenta numerosos ejemplos de análisis sin que nunca la escena sea invocada para explicar o justificar el texto. El actor, como el músico, manipula materiales, maneja los tiempos internos, los ritmos, los tonos, acerca las partes y las une con precisas transiciones, decide los modos de desplazamiento, la correspondencia o la distancia entre gesto, movimiento, texto y acción.

³ Disciplina que estudia el movimiento. En este caso se refiere tanto a movimientos como acciones del actor.

⁴ Es la distancia física o grado de proximidad, que se establece en dos o más personas, en una situación de interacción

⁵ Entendiéndolo como la representación en imágenes de los diferentes segmentos corporales que conforman nuestro cuerpo y la percepción de éste esquema corporal



conciencia y contacto con el otro, pues sentir la espacialidad ligada al cuerpo y sentir el cuerpo ligado al espacio son determinantes de la creatividad (Fischer Lichte, 2011)⁶.

Quizás no se toma conciencia de hasta qué punto es importante cada movimiento del actor encima de un escenario, cada gesto, cada postura, sus andares, su forma de expresarse con las manos al hablar, sus tics, su manera de reír o llorar, su postura al sentarse, entre otras, todo eso forma parte del trabajo de un intérprete a la hora de elaborar su personaje y tiene que transmitirlo.

El trabajo diario va moldeando al ser humano, le da satisfacciones, pero también le somete al riesgo de sufrir determinadas afecciones musculoesqueléticas laborales; es decir, enfermedades adquiridas o producidas en el entorno del trabajo, causantes de daños a la salud por efecto de la combinación de diversos factores y mecanismos. (Gil Hernández, 2005: 49)⁷

El trabajo diario va modelando al ser humano, le da satisfacciones, pero también le somete a riesgos de determinadas afecciones musculoesqueléticas. La puesta en escena de una obra de teatro, en apariencia una labor libre de prejuicio para la salud, también implica riesgos, solo conocidos por los que de verdad se dedican a hacer teatro. Para el desconocedor de este mundo y de la vida del actor, es difícil hacerse una idea sobre qué tipo de lesiones, o cualquier otro tipo de alteración musculoesquelética, que sufren los mismos, en el desempeño de su labor. Esto no quiere decir, ni mucho menos que son escasas ni en diversidad, ni de gravedad. Esta no es una cuestión exclusiva de los artistas, los obreros, dentistas, pintores, futbolistas o empleados de un banco, u cualquier otra profesión desempeñada durante horas, días tras día, durante muchos años condiciona la forma de vida de la persona.

El actor de teatro, por las exigencias físicas a las que someten el cuerpo con el que trabajan, y por el requerimiento de repetición, de expresión, que somete durante los ensayos, para permitirles lograr interpretar sus obras surge la motivación de indagar en el proceso de realización escénica en torno a lo corpóreo, como productor de trastornos musculoesqueléticos. Según el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunidad

⁶ La autora se ocupa de los problemas fundamentales de las realizaciones escénicas del arte de la performance, del teatro experimental y de las que tienen lugar en el ámbito público. La realización escénica como acontecimiento se revela así como fundamental para una nueva comprensión del arte y de su relación con lo público.

⁷ La obra está dirigida a especialistas de medicina del trabajo, donde articula grandes bloques temáticos, que abordan aspectos históricos y médico-legales, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales para su práctica en los Servicios de Prevención. Define y caracteriza desde una consideración estrictamente sanitaria, plantea la vigilancia de la salud en el trabajo, se adentra consideraciones de calidad y medio ambiente, comunes a todas las disciplinas científicas e insoslayables en cuantos planteamientos académicos basados en la autorregulación y la sostenibilidad



Valenciana (ICOFCV, 2009)⁸ más del 80% de los actores tiene dolor de espalda y el 75% cree necesario introducir un fisioterapeuta para prevenir lesiones músculo esqueléticas en la escuela de arte dramático.

Los kinesiólogos están capacitados para utilizar evaluaciones y tratamientos científicos y basados en la evidencia para prevenir la enfermedad musculoesquelética y la discapacidad, y son expertos en la optimización de la función y el rendimiento (Kolt & Snyder-Mackler, 2007)⁹. Es un profesional entrenado para tratar una amplia gama de afecciones neurológicas, respiratorias y musculoesqueléticas, están bien posicionadas para aplicar terapia manual, ejercicio y habilidades biomecánicas a la gestión de los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el rendimiento (PRMD) en actores (WCPT, 2011)¹⁰. Sin embargo, el grupo de kinesiólogos que tratan a los actores como especialidad es muy pequeño en comparación con la fisioterapia deportiva, aunque esta especialidad parece estar creciendo. La labor kinésica en esta área, es casi nula debido a la dificultad de integrar profesionales en las distintas artes. Si bien en España está en boga la fisioterapia en artes escénicas, donde se realizan tratamientos especializados en la prevención de malas posturas, técnicas inadecuadas y tratamiento de lesiones directamente relacionadas con los artistas, así como talleres destinados a prevención de lesiones y a entender mejor las exigencias tanto físicas como emocionales (CPFCM, 2013)¹¹

Actualmente, en la Argentina y particularmente en la ciudad de Mar del Plata, si bien cuenta con un gran número de escuelas de teatro y obras en escena, que a pesar de tal volumen de concurrencia y popularidad, no existen investigaciones sobre las lesiones más frecuentes producidas en tales prácticas, ni sobre los mecanismos de dolor; por lo que esta investigación podría darnos una pauta de cuáles son las lesiones más frecuentes en actores, además de proporcionar a las personas relacionadas una herramienta para el manejo “preventivo” de las lesiones más comunes entre los artistas, con las que es muy probable se encontrarán en su vida profesional, sea directa o indirectamente. Este material permitirá indicar lo que ellos mismos, en su calidad de afectados, pueden hacer para evitar

⁸ La Fisioterapia aporta a las artes escénicas una función preventiva que evitará posibles lesiones, una función curativa y una función paliativa que intenta reducir el dolor

⁹ Los autores reflejan que las Terapias Físicas y Ejercicio proporcionan una fuente verdaderamente completa de los últimos enfoques basados en la evidencia para la evaluación, el manejo, la rehabilitación y la prevención de lesiones relacionadas con el deporte y el ejercicio.

¹⁰ La Confederación Mundial de Fisioterapia considera que los fisioterapeutas pueden dirigir sus intervenciones a poblaciones específicas. Además que El movimiento es un elemento esencial de la salud y el bienestar y depende de la función integrada y coordinada del cuerpo humano en varios niveles. El movimiento tiene un propósito y se ve afectado por factores internos y externos. La terapia física se dirige a las necesidades de movimiento y el potencial de individuos y poblaciones.

¹¹ El Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid con el objetivo de promocionar la Fisioterapia en las Artes escénicas, y ha desarrollado una campaña de prevención de lesiones en artistas, desarrollaron una serie de talleres de ergonomía impartidos por fisioterapeutas, en toda la Red de Escuelas Municipales de Música y Danza “, de la importancia de la ergonomía y las buenas prácticas en la profesión, para evitar futuras lesiones que puedan llegar, incluso, a incapacitar al artista para el desempeño de su profesión”.



su presentación, colaborar en su tratamiento y evitar recidivas, junto al beneficio colateral de que al lograrse prevenir estas enfermedades de origen profesional. Es por esto que esta tesis no solo es una herramienta útil para que a través de ella se pueda determinar la incidencia de las lesiones, sino también para poder crear conciencia de las necesidades e importancia de la integración o, por lo menos, el asesoramiento kinesiológico en el mundo de las Artes Escénicas. Ante lo expuesto se resuelve el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes y sus características, en los Actores de Teatro, de todas las edades, en la ciudad de Mar del Plata durante el año 2017-18?

El objetivo General es:

- Determinar los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los Actores de Teatro, de todas las edades, durante el año 2017-2018, en la ciudad de Mar del Plata.

Los Objetivos Específicos son:

- Analizar las causas de la incidencia de lesiones en los Actores de Teatro.
- Clasificar los tipos de lesiones musculoesqueléticas predominantes en los actores de teatro
- Identificar la localización más frecuente del dolor y a través de la escala de EVA el grado de dolor del Actor de Teatro.
- Determinar la incidencia de la lesión con respecto al sexo.
- Comparar los diferentes grados de lesión con la edad del Actor de Teatro.
- Indagar si el Actor de Teatro realiza ejercicios de prevención para evitar la lesión.
- Evaluar la postura en los casos más relevantes
- Indagar si existe la necesidad del fisioterapeuta en el ámbito del teatro.

H₁: Entre los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, entre los actores de Teatro se halla la edad

H₂: Entre los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, entre los actores de Teatro se halla la antigüedad profesional

H₃: Entre los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, entre los actores de Teatro se halla la falta de training o precalentamiento inadecuado.



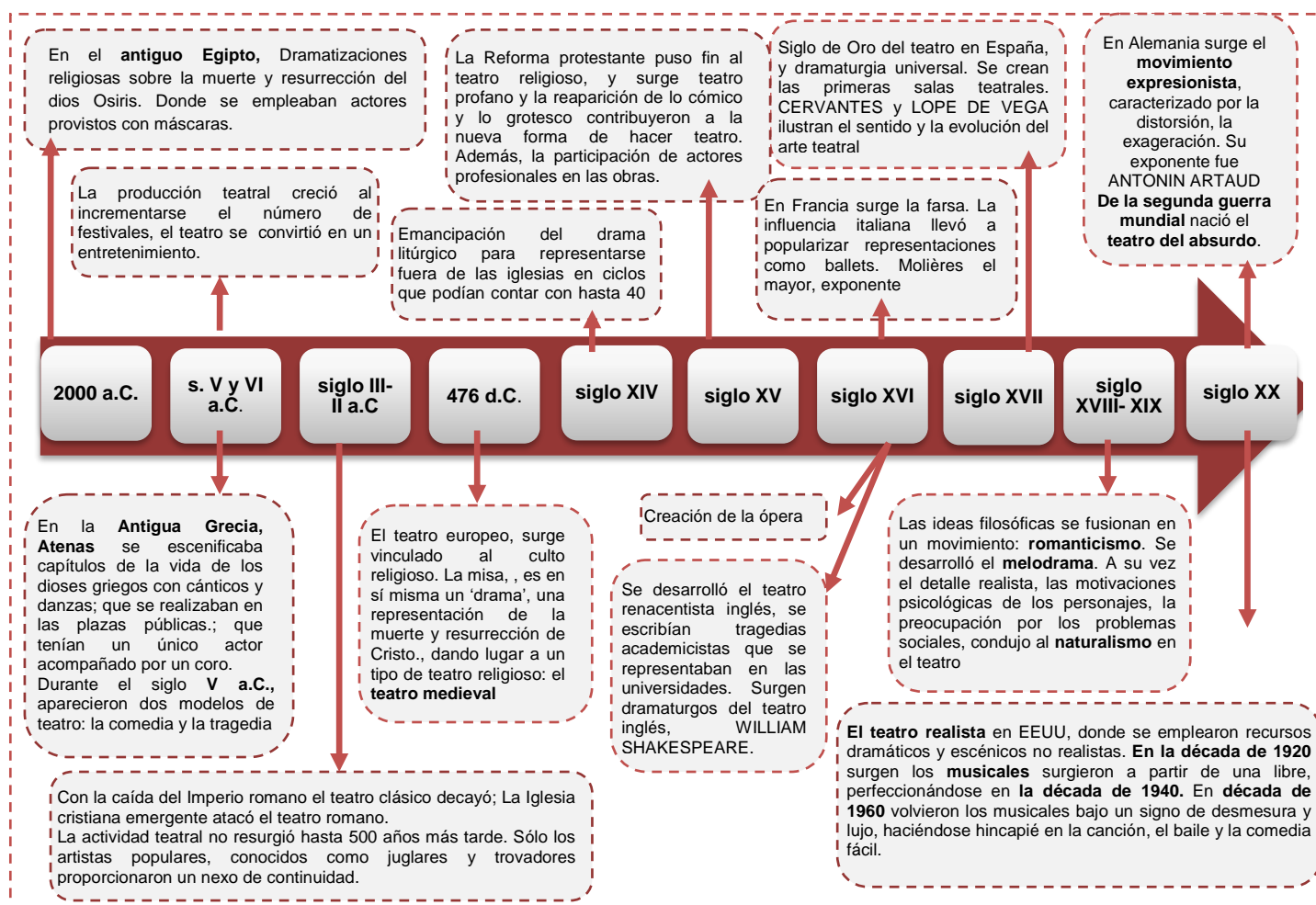
Capitulo 1: El Teatro Argentino: Historia Y Caracterización



El teatro es un tipo de espectáculo que ha acompañado a la civilización humana desde tiempos muy antiguos. Un tipo de representación artística que siempre ha sido del gusto de todos en sus diferentes variedades. Manifestación artística que representa la vida del hombre, su manera de percibirse y de percibir el mundo que lo rodea; es una expresión de la cultura de una sociedad y de su manera de relacionarse con la realidad. El drama y el teatro comienzan con el hombre primitivo y van evolucionando a la par del hombre hasta llegar al día de hoy. Esto deja en evidencia que el teatro no es un arte estático, muy por el contrario, está en constante movimiento experimentando nuevos límites (Gené, 2012)¹².

Las más antiguas pinturas rupestres suelen mostrar hombres teatrando con máscaras. Y los ritos teatrales de las tribus primitivas se hacían bajo la máscara o bajo maquillajes y adornos faciales equivalentes a ella. A continuación se realiza un recorrido por el tiempo con los principales hitos evolutivos del teatro

Línea de Tiempo Histórica N°1 del Teatro Universal



Fuente de elaboración propia adaptado de Canavese Carlos (1999).

¹² La historia nos muestra que el teatro fue receptor e impulsor creativo de toda esa energía sin destino. Puede definirse como esa necesidad de poner el cuerpo en el espacio teatral, para vivir en la ficción artística las vidas corporales no vividas, celebrando así la propia vida.



En Argentina, la escena teatral ha estado presente desde la época del Virreinato, los espectáculos teatrales en Buenos Aires se iniciaron a fines del siglo XVIII. En tiempos del Virrey Vértiz, se construyó el Teatro de la Ranchería. Como complemento de los dramas y comedias, se ofrecían tonadillas, a la usanza española, que cantaban las actrices y los actores con acompañamiento de guitarra y concluían bailando algún aire popular español.

El teatro nace por medio del *circo criollo* en plena colonización española. Por medio de éste, se trasladaba por todo el territorio nacional payasos, malabaristas, trapevistas, forzudos y magos los cuales representaban espectáculos idénticos al del teatro europeo, traído por los burgueses de la época. A fines del Siglo XIX, obras de autores nativos con una pobre coreografía, eran representadas en los segundos actos de los espectáculos circenses y no tardó en surgir el circo con escenario.

Éstos productos nacionales eran representaciones de dramas criollas que rápidamente alcanzaron un gran atractivo entre la burguesía rioplatense. Existían dos tipos de teatro estrictamente separados: el de culto y el popular. El primero se representaba en los grandes escenarios por compañías extranjeras consideradas de “calidad”, sobre todo españolas, francesas e italianas, puesto que en 1880 aún no había ningún elenco argentino y en 1900 sólo tres, aparte de algún grupo filodramático, por ejemplo anarquista o de su ideología opuesta, el Círculo Católico de Obreros (Prieto, 2006)¹³. Por un muy distinto derrotero discurría el teatro popular, el género chico como sainete, revista, zarzuela, y el «nativismo». Brillaban aquí los circenses Podestá, uruguayos de origen genovés cuyos espectáculos componían acrobacias, destrezas ecuestres, números de payasos e incluían alguna pantomima y sainete musical. Estos espectáculos cortos, en general de un acto, tenían lugar en teatros o en el marco de puestas circenses, convocando día tras día a cientos de personas a las salas, en las que se llegaban a realizar hasta cuatro secciones por noche (Cilento & Rodríguez, 2002)¹⁴.

En 1884, constituye un hito la representación en el picadero, el circo de los hermanos Calvo presenta Juan Moreira¹⁵, a través de una original actuación: una pantomima gauchesca. Ésta segunda novedad inaugura la escenificación de una temática propiamente local convirtiéndose en un símbolo de identidad nacional, ofreciendo una referencia cultural común a los vastos sectores populares. En 1886, se representó Juan Moreira pero con

¹³ A través de esta obra, el autor ilumina varios aspectos de la trama colectiva nacional: sus actores, las imágenes sociales, su producción y sus diferentes recepciones y, también, la singular relación, hecha de fricciones y de contactos, entre la cultura “cultura” y la popular.

¹⁴ Las autoras afirman que fue por esos años cuando la crítica especializada trazó el umbral que separó al teatro criollo de un teatro nacional en consolidación que podía ahora hacer gala, junto a una importante afluencia de público a las numerosas nuevas salas teatrales.

¹⁵ El éxito multitudinario y masivo en 1884, había puesto en el centro de mira al gaucho, mientras que las obras que tenían como marco el espacio urbano —especialmente el conventillo— comenzaban a tomar a los personajes que se abrían camino en el imaginario porteño y que se iban tornando prototípicos



formato de drama apareciendo luego bajo este mismo formato el Martín Fierro, Pastor Luna, La hormiga Negra, entre otros. Aunque no fue el origen del teatro nacional, sí se puede considerarlo el «inicio de la afirmación definitiva» del mismo. Los Podestá ayudaron a colmatar el abismo entre lo popula(che)r(o) y lo culto y superar el problema de la falta de elenco nacional y de actuación natural (Pellettieri 2001)¹⁶.

De la fusión de la dramática nativa con los aportes aprendidos del teatro y las compañías europeas surgen las obras de la llamada *época de oro* (1902-1910) del teatro rioplatense, Esta fue una de las décadas más intensas del espectáculo teatral en la Argentina. La década en donde el género chico (el sainete) y el género mayor (el drama y la comedia costumbrista) luchaban a brazo partido por el favor del público en las nuevas salas de las grandes ciudades; cuyos autores principales forman un trío: Florencio Sánchez, Roberto J. Payró y Gregorio Laferrère; quienes dieron gran impulso a la actividad escénica, basados en una estética costumbrista de alto impacto en el público: el Sainete criollo y el grotesco criollo¹⁷. Un sainete es una pieza dramática jocosa en un acto y normalmente de carácter popular, que se representaba como intermedio de una función o al final (Carella, 1967)¹⁸. En la Argentina, el sainete combinado con las formas del circo, dio como resultado una modalidad original conocida como “sainete criollo”. El sainete criollo se caracterizó por reflejar las costumbres de la vida en los conventillos, agregando a los elementos humorísticos un conflicto sentimental y una trágica. El sainete criollo consiste en una pieza breve, de un acto, dividida generalmente en tres cuadros. Los cuadros primero y tercero suelen transcurrir en el patio de un conventillo; y el segundo, en la puerta o en una calle. El escenario del sainete es el conventillo (Pellettieri, 1985)¹⁹.

Los inmigrantes que llegaban a Buenos Aires se radicaban en los márgenes de una urbe que crecía a un ritmo acelerado. Las viviendas, antiguas mansiones abandonadas y convertidas en precarios refugios, en las que se asentaron los primeros conventillos, albergaban a pobladores de distintos orígenes (italianos, españoles, polacos, árabes, etc.), y conformaron la escenografía ideal para el sainete. De ahí que las acciones se situaran en sus patios, espacio donde los vecinos, y los conflictos, confluían. Por lo tanto, como expresión de la creciente urbanización, el sainete fue un género típicamente porteño. La temática del Sainete criollo se situaba entre el humor y el conflicto social. La esencia del

¹⁶ El autor plantea las relaciones entre las historias del teatro argentino y las transformaciones culturales del país. En general, la historiografía teatral, aun bajo el concepto ‘nacional’, ha limitado la visión a Buenos Aires

¹⁷ En el primero se destacó Alberto Vacarezza y en el segundo Armando Discepolo, el hermano del tanguero.

¹⁸ En su versión local, el sainete surgió durante la ola inmigratoria de principios del siglo XX, lo que selló su temática y conflictos en relación estrecha con las problemáticas suscitadas por el extranjero recién llegado y por la industrialización (la vida en los conventillos, la calle, el barrio y el trabajo).

¹⁹ Pellettieri establece una relación indisociable entre el sainete y el grotesco, porque sitúa el surgimiento del último sobre las cenizas del primero.



género dramático es la puesta en escena del enfrentamiento de dos o más fuerzas opuestas, sean éstas humanas o no, internas o externas al hombre, que plantean un conflicto y su resolución. La fiebre teatral de la época se refleja asimismo en la apertura de nuevos teatros, nada menos que diecinueve entre 1901 y 1910 (Seibel, 2010)²⁰.

Esta forma teatral se afianzó durante la década de 1920, donde fue evolucionando y poniendo en juego sentimientos o estados de ánimo más profundos de los personajes, así como conflictos que representaban la problemática social de la época. El sainete festivo, el del trazo más grueso, aquel que se anticipará a la revista porteña, encuentra un autor que se hará popular con la velocidad del rayo: Alberto Vacarezza (González Velasco, 2012)²¹.

El gran hito se produjo en 1930, cuando Leónidas Barletta fundó el *Teatro del Pueblo*, piedra fundamental del movimiento independiente, ubicado en las antípodas de lo comercial, cuya postura era fuertemente desafiante a los circuitos oficiales del arte y la política. Este teatro nucleaba a grupos filodramáticos, anarquistas y socialistas, círculos católicos, clubes y colectividades que buscaban una novedad estética a través de la experimentación. Proliferaban las obras que reivindicaban a los autores nacionales y que acentuaban la finalidad educativa del teatro y la militancia. La iniciativa tuvo su período más fructífero entre 1937 y 1943, con un repertorio universal que no descuidaba la producción de autores nacionales como Roberto Arlt, Raúl González Tuñón, Álvaro Yunque y Nicolás Olivari. (González Velasco, 2012)²².

La década del 40 se caracterizó por la afirmación del teatro independiente y la proliferación del vocacional. Además de Barletta, cabe citar elencos como La Máscara y el Grupo Juan B. Justo. Nuevos dramaturgos como Samuel Eichembaun, Andrés Lizarraga, Agustín Cuzzani; o Aurelio Ferreti estrenaron sus primeras obras. Se afianzó también el teatro de títeres, con la producción de Javier Villafañe y Mané Bernardo, que luego continuarán Ariel Bufano y Sarah Bianchi.

Una segunda etapa del teatro independiente se desarrolló en los umbrales de los años 50. A la entrega de la primera época, se agregó el afán de capacitación, estudio y formación por parte de actores, directores y dramaturgos²³. El nuevo espíritu del teatro

²⁰La autora narra una historia inclusiva y necesaria. Todas las expresiones teatrales se registran para lograr un panorama sin exclusiones. Los actores, dramaturgos, directores, escenógrafos, coreógrafos, músicos, son registrados, y se destaca especialmente el trabajo de las mujeres

²¹ La autora reconstruye el mundo del pujante espectáculo teatral porteño de entonces: las compañías, los empresarios, los actores populares como Florencio Parravicini, los trabajadores de las tablas y los utileros.

²² La autora reconstruye el mundo del pujante espectáculo teatral porteño de entonces: las compañías, los empresarios, los actores populares como Florencio Parravicini, los trabajadores de las tablas y los utileros.

²³ Los nuevos elencos: Teatro Popular Fray Mocho, dirigido por Oscar Ferrigno; Nuevo Teatro, conducido por Alejandra Boero y Pedro Asquini; Los Independientes, fundado por Onofre Lovero; a los que se sumó la producción del Instituto de Arte Moderno (IAM), de la Organización Latinoamericana de Teatro (OLAT), del Teatro Telón o del Teatro Estudio, encontraron su réplica en el interior del país.



independiente de Buenos Aires comienza a reflejarse en las ciudades principales del interior como Córdoba, Rosario, Tucumán, La Plata, Mendoza, Santa Fe, Mar Del Plata y Bahía Blanca, con elencos universitarios y asociaciones culturales que buscan recuperar esa impronta de antiguas agrupaciones teatrales apadrinados por los anarquistas y los socialistas de las primeras décadas (Fukelman, 2016)²⁴.

Los ´60, años de ebullición, cambios y de cuestionamientos sociales, éticos y estéticos, produjeron una renovación en la escritura teatral y en la puesta en escena, que se perfilará en tres direcciones diferentes: El teatro de vanguardia y experimentación, a la luz de las búsquedas iniciadas en el Instituto Di Tella, El realismo social y el nuevo grotesco. Se caracterizaron por la radicalización en los lenguajes formales y por la redefinición de la noción de *teatro*. Determinados elementos de esta arte escénica se fusionaban con los de otras áreas de la cultura como la danza, las artes visuales o la música (Verzero, 2009)²⁵.

Por otra parte, el clima de marcada radicalización política debido a los efectos de la Revolución cubana contribuyó a la politización del ámbito artístico e intelectual. La figura del intelectual argentino comprometido con la transformación social se vio a su vez atravesada por el peronismo, y fue durante estos años que surgieron grupos de *teatro militante*. También en aquella época cobró auge el café concert, que incluía música, varieté y sketches diversos²⁶.

En el año 1969 se formaron los grupos Libre Teatro Libre (LTL) y Once al Sur. El primero, que se fundó en un departamento de la Universidad Nacional de Córdoba, proponía la exploración artística a través de la experiencia del teatro antropológico²⁷ y los postulados de Erwin Piscator²⁸ y Bertolt Brecht, concibieron al teatro como un mediador capaz de posibilitar un análisis de corte histórico y sociopolítico. Su metodología de creación colectiva se combinaba con la militancia política en el Partido Revolucionario del Pueblo (PRT). Por su parte, Once al Sur se caracterizó por poner lo artístico al servicio del trabajo social, por trabajar en sectores marginados y porque su elección estética estaba marcada por las experiencias del Living Theatre²⁹ y Jerzy Grotowski³⁰. Un elemento que tenían en común

²⁴ El propósito de su trabajo fue realizar aportes para la elaboración de una futura historia integral del teatro independiente.

²⁵ Destaca que el movimiento teatral de los sesenta se caracterizó por invocar un cuestionamiento al espacio escénico tradicional, a la relación actor-espectador, al texto y las técnicas actorales.

²⁶ y que tuvo su centro en La Botica del Ángel de Eduardo Bergara Leumann o La Recova, donde se impusieron Carlos Perciavalle, Antonio Gasalla y Edda Díaz

²⁷ Se lo define como un modelo teórico y práctico que propone una concepción distinta del hecho escénico, y que instaura una ruptura respecto de la visión tradicional. Fue concebido por Eugenio Barba.

²⁸ Director teatral alemán que, junto con Bertolt Brecht, trabajó un teatro con fuerte contenido sociopolítico (Teatro Político del Proletariado).

²⁹ Fue una compañía teatral estadounidense fundada en 1947 cuyos principios estuvieron ligados al teatro de Artaud y de los anarquistas de principios de siglo XX. Su propuesta consistía en *vivir la vida cotidiana* en comunidad, en generar espectáculos que incentivaran la participación del espectador, en utilizar espacios no convencionales y en la improvisación.



estos colectivos era que utilizaban la metodología de la creación colectiva, la participación popular y la toma del espacio público (Schechner, 2000)³¹

Ya en esos años había fructificado el proceso iniciado a fines de los '50, todavía en el seno del Teatro Independiente. La introspección, la identificación actor-personaje, el método de las improvisaciones y, sintetizando, el concepto de "verdad escénica," pasaron a ser la norma a partir de realizadores como Carlos Gandolfo y Agustín Alezzo, donde el trabajo con el actor se volvía central en una puesta, se privilegiaba la creación del personaje a partir del pasaje de la conciencia a la subconciencia del intérprete (Perinelli, 2014)³².

Se trataba de ejercitar la "memoria emotiva". A todo esto, se le debía agregar una relajación total de los músculos y una esforzada atención en lo que está ocurriendo en escena. Se trataba, según los "popes" del movimiento, apoyados sobre todo en las traducciones de *Un actor se prepara*, de Stanislavski, de liberar la imaginación del actor, alejándolo de la simple imitación exterior, de la dicción interpretativa y la declamación. Todo esto estaba destinado a mostrar la base conceptual del denominado realismo reflexivo. En suma, el escenario como correlato de la vida real (Pelletieri, 1991)³³.

En los setenta se reconoce como el momento de cuestionamiento y modificación del paradigma teatral, cuando la politización se extrapolaba a la vida cotidiana y los grupos teatrales buscaban "concientizar" al público transformando la percepción del espectador (Pianca, 1990)³⁴

A principios de la década surgieron dos experiencias de teatro militante ligadas directamente al peronismo, que desarrollaron un trabajo artístico en zonas marginales simultáneamente a la actividad gremial; el Centro de Cultura Nacional José Podestá y del Grupo Octubre³⁵, liderado por Norman Briski. Por último, las experiencias de mimo contemporáneo y teatro participativo, que se desarrollaron entre 1971 y 1974, se centraban en el rol social del arte y la utilización de espacios reales para la puesta en escena. Donde se destacan Cossa, Monti y Pavlovsky. Generaron la primera división generacional entre los independientes y que ellos supieron diferenciarse de la generación anterior. Se buscaba

³⁰ Se basó en la idea de encontrar la pureza del hecho teatral despojándolo de todo lo que no sea el actor, para centrarse en él como pieza fundamental de la obra. Su propuesta acercaba el teatro a los conceptos de ritual, ceremonia y encuentro espiritual.

³¹ Afirma que en ese momento histórico se trataba de mostrar al espectador el proceso de elaboración de la obra para generar su participación, en un intento de privilegiar la eficacia del teatro por sobre el entretenimiento.

³² El autor presenta una síntesis del camino del Teatro Independiente Argentino hacia la condición de alternativo y otras cuestiones inevitables. El tema de esta breve nota será el registro del camino del Teatro Independiente Argentino

³³ El fin de su trabajo es el de tratar de aclarar la evolución de la puesta en escena dentro del sistema teatral en Buenos Aires durante la década.

³⁴ Plantea una periodización de la actividad teatral que da lugar al surgimiento del llamado Nuevo Teatro1, a partir de lo que significó política y culturalmente la Revolución cubana (1959)

³⁵ Funcionó durante los años 1970 a 1974, y si bien estaba ligado al peronismo de base, sus propuestas estaban enfocadas en las problemáticas sociales en sentido amplio, con un fuerte componente territorial local.



incentivar, a través de la teatralización en espacios cotidianos, la participación del público para crear un sistema de comunicación abierto. La idea era promover al artista como agente de cambio, que rompe con la estructura teatral tradicional (Sava, 2006)³⁶.

La última dictadura militar desarrollada desde 1976 a 1983 repercutió directamente en las creaciones estéticas y en todas las expresiones artísticas de esos años; donde soplaron aires sombríos. La censura se organiza y abarca el cine, la televisión, la radio y la literatura, pero deja al teatro los espacios de resiliencia que permitieron el pasaje progresivo de la resistencia a la contestación abierta. Ciertos lugares, que dependen de la tradición del teatro independiente, presentan piezas sutilmente subversivas, en las que el subtexto y/o la puesta en escena critican a la dictadura (Alonso, 2007)³⁷.

Tal como afirma Pianca (1990)³⁸, las dictaduras, en especial las castrenses, señalan a la actividad intelectual y cultural como las responsables de la agitación social, cuyo objetivo sería la transformación profunda de todas las estructuras desde lo social. Es por eso que las expresiones teatrales que desafiaron los valores del “buen argentino” se convirtieron en una víctima más del sistema represivo; muchos de los grupos que habían surgido durante los sesenta y setenta en Argentina se disolvieron por motivos internos o se vieron obligados al exilio o la clandestinidad. La resistencia se recluyó en pequeños teatros y fue el movimiento independiente el que oxigenó el ambiente. (Díaz, 2009)³⁹

A principio de los años 80, la unión de autores y directores y actores y técnicos para que el teatro argentino se muestre vivo. Las distintas corrientes estéticas parecen encontrarse en este fenómeno inolvidable. En Buenos Aires nació el *Teatro Abierto*, que estimuló a otros artistas y así surgieron la *Danza Abierta*, *Poesía Abierta* y *Cine Abierto* (Fernández, 2013)⁴⁰.

³⁶ En 1971, Alberto Sava funda la Escuela de Mimo Contemporáneo (EMC), con la finalidad de generar un espacio para la investigación y la experiencia del mimo y el teatro. La EMC compartía con los grupos de teatro militante la inquietud por modificar el entorno y por incidir en el proceso político de la región. Estas experiencias proponen la reapropiación de las formas de producción de la industria cultural, la utilización de los medios masivos de comunicación como vehículo de contra información, de concientización y politización del sujeto, con el fin de contrarrestar la ideología dominante.

³⁷ El autor reflexiona sobre las formas fundamentales de la violencia en cuatro dictaduras iberoamericanas: Focaliza la atención en dos aspectos: las opciones concretas por determinadas técnicas y estrategias represivas y la consideración de los conflictos como episodios de lucha de clases.

³⁸ Plantea una periodización de la actividad teatral que da lugar al surgimiento del llamado Nuevo Teatro, a partir de lo que significó política y culturalmente la Revolución cubana (1959).

³⁹ En diversas fases de su historia, los movimientos de Teatro Abierto y de teatro comunitario se ocuparon de retratar la problemática de dicha inmigración, como la pérdida de la propia identidad, el exilio político, los exilios interiores, el desarraigo y la soledad. Busca analizar estas piezas tanto desde el punto de vista semántico como a nivel formal, teniendo en cuenta cómo se plantea la búsqueda y la reconstrucción de la propia identidad desde poéticas escénicas y actorales diversas.

⁴⁰La autora. reconstruye los antecedentes de las expresiones teatrales comunitarias enmarcados en momentos históricos concretos, con el fin de reconfigurar un mapa de un proceso histórico donde el arte ha jugado un papel fundamental.



El retorno democrático permitió el surgimiento de nuevas búsquedas. Un teatro trasgresor modificó la estética escénica a partir de las experiencias del Parakultural, que incorporó otros lenguajes, en especial, el humor corrosivo y crítico; se caracterizaba por ofrecer teatro, música en vivo y artes plásticas no convencionales en ese momento, destacándose principalmente la diversidad (Parola, 2006)⁴¹; convirtiéndose en el principal centro de expresión de una movida artística que se había gestado durante el final del Proceso de Reorganización Nacional y los primeros años de democracia durante el gobierno del Presidente Raúl Alfonsín (Dubati, 2011)⁴².

A continuación, en la década del 90 la rápida imposición del modelo neoliberal contribuyó al surgimiento de un mundo más individualista, fundado en el consumismo y en la búsqueda de un bienestar personal. El teatro entonces se convirtió en un lugar a partir del cual se generaron una infinidad de propuestas artísticas, con el fin de mitigar la ausencia de un discurso y prácticas capaces de confrontar el proceso de globalización. Junto a un teatro comercial que reproduce las convenciones del teatro realista tradicional, y se desarrollan manifestaciones teatrales alternativas, que asumen una actitud de oposición al modelo hegemónico.

El fin de siglo heredó estas propuestas y ofrece además un teatro basado en una mayor destreza física del actor, al que acompañan títeres y muñecos. Los diferentes movimientos que se nutren de este espíritu de reacción, intentan particularmente mostrar su visión de lo real a través de un punto de vista micro-social, o sea, con una mirada privilegiada en las experiencias de vida de individuos y situaciones específicas. Es el caso, por ejemplo, de las obras propuesta por el *Teatro por la identidad*⁴³, que, junto al trabajo llevado adelante por “Las Abuelas de Plaza de Mayo”⁴⁴, impulsa un proceso de lucha por la recuperación de la identidad. Otros grupos, llamados Teatros Comunitarios, reúnen a vecinos de un mismo barrio para participar en la creación de una obra teatral, centrada en los recuerdos de su propio pasado y en fragmentos de la memoria colectiva y personal (Bidegain, 2007)⁴⁵.

Por su parte, el agitado contexto de la aguda crisis del año 2001, permitió el surgimiento de prácticas teatrales de naturaleza heterogénea, con diversas formas

⁴¹ La aparición recurrente de este tipo de creación está íntimamente ligada a momentos de graves crisis económicas y políticas.

⁴² El artículo propone la categoría historiográfica Post-dictadura para estudiar el teatro argentino entre 1983 y 2010 en relación con la cultura.

⁴³ En lo que concierne a la historia y actividad de Teatro por la identidad, se puede consultar el sitio: www.teatroxlaidentidad.net

⁴⁴ El movimiento de Las Abuelas de Plaza de Mayo fue fundado en 1977 con el fin de buscar a los nietos desaparecidos durante la dictadura con el objetivo de devolverles su legítima identidad. Para más información véase: <http://www.abuelas.org.ar/>

⁴⁵ La autora da cuenta de un movimiento nacional artístico vinculado a la movilidad social de las clases más desprotegidas, a través de un estudio que lo pone en diálogo con el marco histórico, político, social y económico de la post-dictadura argentina (1984-2007).



organizativas, dando lugar a distintos movimientos sociales como expresión de diversos colectivos sociales. Estos acontecimientos fueron terreno fértil para un teatro que va a tomar impulso contestatario y de demanda. (Raimondi, 2008)⁴⁶

El concepto de teatro, como forma de expresión de una micro-política, ha sido elaborado por Eduardo Pavlosky, quien subraya dicho carácter de las compañías independientes, ya que, generando un espacio artístico alternativo, se proponen recrear nuevos valores y otra visión del mundo (Muñoz, 2004)⁴⁷. Volviéndose un ejemplo representativo del cambio radical que intervino en la relación entre teatro y política en el tiempo presente. Muy a menudo, estos espectáculos operan también como una crítica al presente a partir de la revisión del pasado histórico.

Actualmente el teatro sigue siendo una actividad muy fecunda en la Argentina. En cuanto a la dramaturgia, puede decirse que se ha consolidado la producción (Bidegain, 2010)⁴⁸. Otra tendencia expresa la redefinición de la noción de comunicación teatral (Audivert, 2004)⁴⁹.

Las mujeres, por su parte, comienzan a ser reconocidas por su quehacer. Lo que queda por entender de estas notorias mutaciones en las últimas dramaturgias, en la construcción de poéticas que se atreven abiertamente al eclecticismo (Almeyra, 2006)⁵⁰

El teatro es hoy una de las expansiones sociales que pueden clasificarse entre las diversiones. En el cuerpo-actor, en el actor, vive un personaje, esa gran fuerza en la historia narrada por acciones que es el teatro. Y un personaje es una criatura literaria que propone una forma intensísima de vida. Es la forma moderna de la máscara y, como ella, transitoria. Cuando el actor encarna (lo materializa) a un personaje, en su cuerpo el personaje estalla en una exhibición de vida que puede llegar al prodigio artístico.

⁴⁶ Pretende analizar como en el mundo contemporáneo caracterizado por la globalización, el dominio de las tecnologías de la información, de la comunicación y la preponderancia de una industria cultural, la dimensión política del teatro se traduce en nuevas formas de expresiones individuales y colectivas.

⁴⁷ El teatro funciona como una máquina de producción de sentidos en un mundo que parece cada vez mas vacío de sentidos. Es un extraordinario lugar de resistencia cultural.

⁴⁸ Presenta aspectos que tienen que ver con la poética del teatro comunitario y los planteos estéticos en el uso del espacio escénico nunca incluyen la caja italiana porque la propuesta es facilitar la comunicación directa con el público.

⁴⁹ En el trabajo colectivo de improvisación se fusiona la riqueza de un trabajo colectivo, la escritura y reescritura del texto, las libres asociaciones

⁵⁰ Analiza las dinámicas que dan fundamento a la creación de espacios alternativos impulsados por los movimientos sociales nacidos por efecto de la crisis de 2001: "Cuando el Estado se corre a su deber esencial de asistencia y de desarrollo nacional, la construcción de espacios que tienden a la autogestión a nivel local o de barrio se vuelve entonces posible



**Capitulo 2: El Cuerpo Del Actor Como
Instrumento De Trabajo Y Productor De
Lesiones Musculoesqueléticas**



La actuación es una actividad que se mueve en una zona lábil, fronteriza, que pone en diálogo conflictivo dos acciones opuestas y complementarias: la interpretación y la actuación. Las diferentes estéticas teatrales ponen alternativamente el foco sobre alguno de estos polos, elaborando metodologías en función de los mismos. En el medio de estas formas de entender la actuación, el actor lleva adelante un doble trabajo: oficia de ejecutor de la obra, ejecutándose a su vez. Es el ejecutor de cierta construcción dramática, pero al mismo tiempo es el ejecutor de su propia corporalidad, opera sobre sí mismo y opera sobre una materialidad discursiva ficcional, y construye ficción desde un doble anclaje (Martín, 2010)⁵¹.

El trabajo del actor-actriz está irremediamente vinculado a su cuerpo, todo lo humano se enmarca en un cuerpo vivido, en el espacio y en el tiempo, no es algo neutral. La idea de percibir el espacio, el tiempo y el cuerpo, recibe influencias sociales, religiosas, económicas, políticas, filosóficas, artísticas, que a mi parecer repercuten de manera profunda, en la forma de estar y sentir. Mantovani y Jara Fernández (2006)⁵² exponen que el cuerpo es la herramienta de trabajo tangible del actor. Cuanto más entrenada tengamos esta herramienta, mejor trabajaremos con ella. Es decir que defienden la organicidad interpretativa y la articulación psico-física del actor. El actor debe plantear su trabajo gestual como una partitura de movimientos, ya que casi en ningún caso debe salir al escenario a improvisar sus movimientos, a excepción de determinadas acciones performativas, dentro de un contexto relativo al marco de las instalaciones (happening, performance).

En escena, el cuerpo construye alteridad; la cotidianeidad del cuerpo se detiene, dando lugar a la intromisión de la ficción. Más allá de las tentativas por parte de algunos creadores de ahondar en lo “real” en escena, lo cierto es que el cuerpo del actor, al estar en situación de exposición, se transforma ante la certeza del ser mirado. La mostración, en este sentido, adquiere la función de estimulación permanente, frente a la cual el actor responde, tanto instintiva como técnicamente (Cornago Bernal, 2008)⁵³

El quehacer profesional de un actor/actriz lo lleva a palpar e incluso confrontar los diversos estilos de hacer teatro, que pueden no solo convivir sino fusionarse entre sí para

⁵¹ Expresa que el teatro es entendido como una práctica subsidiaria de la literatura, en donde tanto la puesta en escena como la actuación se configuran como prácticas al servicio de la “palabra del dramaturgo”. Aquí primaría ideológicamente el peso de la palabra por sobre el cuerpo del actor y la materialidad de la escena. el actor se para, nos encontramos frente a otro, en donde la acción deviene dramaturgia desde la construcción permanentemente efímera del cuerpo en movimiento.

⁵² Nos hablan del aporte y la transferencia del trabajo acrobático hacia el conocimiento corporal y el control, la precisión y la limpieza expresiva de los movimientos, así como la mejora de la concentración y la claridad mental a la hora de realizar una acción.

⁵³ En su libro afirma que la escena contemporánea ha convertido esta relación en un espacio de tensiones desde el que se trata de recuperar el cuerpo como un modo de pensar y estar frente al otro



dar paso a nuevos estilos, ó decidir cuál de estos estilos pondrá en práctica para su interpretación. La eficacia de la acción en el actor reside en la estructuración y transformación del espacio escénico, que se convierte en parte del proceso creativo y pone de relieve una dimensión básica del actor: el actor es un cuerpo en movimiento, en acción en un espacio (Cruciani, 2005)⁵⁴.

El actor/actriz en físicamente como un deportista, prepara su mente como un yogui, resiste como un guerrero, es decir, su preparación apunta a todo su ser. Pertenece al mundo mágico donde las artes confluyen para estudiar los sentidos y estados del ser humano y se alimenta de la danza, la música, la pintura (Barba & Savarese, 2007)⁵⁵. El instrumento del actor, el cuerpo, debe estar bien sintonizado y ser capaz de reflejar todas las influencias internas y externas del momento dramático.

Entrenar es preparar el cuerpo, la voz y las emociones de forma adecuada para la actividad escénica mediante ejercicios basados en movimientos y acciones que adiestran nuestra herramienta de trabajo, que es la unión entre la voz y el cuerpo. El entrenamiento actoral refleja la necesidad de una correcta expresión física del actor. Un actor al construir su entrenamiento está fortaleciendo la memoria corporal, vocal y emotiva, base fundamental de la creación para la escena.

El entrenamiento actoral riguroso, consciente, minucioso y detallado es la mejor forma de asumir el arte escénico. La actitud en relación al entrenamiento actoral es una combinación equilibrada de técnica y ética, y es la forma de mantener el cuerpo y la voz en un buen estado físico y una manera de activar lo psicológico y lo creativo. Es el comportamiento orgánico, con el que el actor se prepara no para el escenario, sino para la vida, lo que hará que nunca pierda su capacidad creativa (Araque, 2009)⁵⁶.

Según Feral (2007)⁵⁷, entrenamiento ó training⁵⁸ definen el trabajo que realiza el actor a efectos de mejorar su arte antes de entrar a escena. El training del actor abarca toda la

⁵⁴ Proporciona los conocimientos históricos y teóricos más actualizados sobre los elementos fundamentales que contribuyen a «hacer» el espectáculo desde el espacio hasta el actor, la dirección, la dramaturgia.

⁵⁵ Expresa que donde van las manos van los pies, donde van los ojos va el corazónll (p.32), este es un principio milenario del arte oriental basado en la conexión de cuerpo y emoción en escena. Los ojos son el reflejo del alma pero más allá de eso el rostro en su totalidad expresa los sentimientos, sensaciones y emociones, allí se manifiesta la personalidad.

⁵⁶ Presenta una reflexión sobre el entrenamiento actoral y sus implicaciones, virtudes y aportes en la formación profesional de los actores. Desde esta perspectiva, se analizan las relaciones entre el ejercicio, el sistema y el ensayo. La actuación no es un acto esotérico y místico propiciado por los dioses, es un oficio que requiere de una preocupación, dedicación e indagación consciente. El actor o la actriz que no sean capaces de entrenar en soledad, no pueden hacer ningún aporte a su grupo, aunque no debe perderse la perspectiva de que el teatro es un acto colectivo, en el cual la comunicación juega un papel importante, por lo cual es fundamental saber cómo se expresa, cómo se significa y cómo se entabla una comunicación entre el actor y el espectador.

⁵⁷.Plantea una reflexión sobre los procesos de formación del actor, distinguiendo tres caminos principales: la formación en escuelas institucionalizadas, reconocidas en el medio como instituciones



técnica y conocimientos acumulados por las y los actores en talleres, cursos, instituciones formales, etc. para usarlos en la construcción de una obra. El intérprete de una obra desarrolla un training personal buscando perfeccionar su técnica para mantener o mejorar el nivel pero también construye un training específico para participar en un montaje escénico. Los ejercicios empleados pueden ser de cualquier tipo: físicos, psíquicos o psicofísicos siempre y cuando despierten al actor/actriz y lo preparen para salir a escena. Estas rutinas pueden variar dependiendo del estilo de obra teatral que se vaya a montar. El training debe considerar el periodo de tiempo del calentamiento previo, (rutinas, secuencias, etc.) en ocasiones se las aplica completas, parciales o se las omite, es decir, lo importante es poder resumir, concretar según el tiempo que se disponga antes de entrar a escena. Cuando no se dispone de tiempo siempre funciona el calentamiento psíquico bajo la premisa de estar alerta, preparados, dispuestos, serenos y siempre listos para entrar en escena (Müller, 2007)⁵⁹.

La finalidad del entrenamiento no puede estar en todo momento ligada al espectáculo. El entrenamiento no puede entenderse como un proceso que aporta habilidades de aplicación directa a la representación. Supuestamente prepara al actor para tener en el escenario esa presencia indispensable para la actuación, sin embargo, la mayor parte de los ejercicios, gestos y movimientos del entrenamiento no pueden ser trasladados directamente al escenario. Aunque algunos movimientos del training si pueden ser susceptibles de incorporarlos al montaje. Es el proceso mismo del entrenamiento lo que importa, más que el resultado.

El teatro tiene estrecha relación con un trabajo físico, ya que el actor no sólo se debe aprender un papel, sino que debe representarlo como tal, lo que requiere entre otras cosas cambios posturales, cambios de voz, y cargar con un vestuario diferente al habitual. Además, la gran mayoría de compañías realizan también el trabajo de montaje del

de formación de actores profesionales: conservatorios, escuelas nacionales, academias. La formación en escuelas independientes (Laban, Jacques Lecoq, etc.), que pretenden ofrecer a los actores una formación diferente y más específica, y finalmente está el aprendizaje que se da al interior de una compañía o siguiendo a un maestro experto (Barba, Brook, Mnouchkine, Suzuki, etc.) con los cuales el saber específico se transmite por infusión y sedimentación más que por el seguimiento de un programa estricto de aprendizaje.

⁵⁸ Se entiende como el entrenamiento realizado para mejorar el arte teatral sin que vaya dirigido a una producción específica, señalando tres finalidades diferentes del entrenamiento: la formación, la producción y el desarrollo artístico del actor. Abarca todas las formas de ejercicios, técnicas y métodos utilizados por el actor para obtener las bases profesionales de su oficio.

⁵⁹ Las contribuciones reunidas procedentes de diversos campos artísticos y de la antropología, tienen el propósito de identificar las condiciones de una verdadera preparación del cuerpo del actor, que no sólo lo dote de ciertas cualidades sino que lo introduzca en un proceso de conciencia y de libertad



escenario, por lo que cargan y descargan peso continuamente sin seguir pautas de ergonomía ni de higiene postural adecuadas (Ruíz, 2012)⁶⁰.

Cualquier posición del cuerpo puede causar incomodidad y fatiga si se mantiene durante largos períodos de tiempo. Estar de pie, por ejemplo, es una postura corporal natural, y por sí misma no presenta peligros para la salud en particular. Sin embargo, trabajar durante períodos prolongados en posición de pie puede causar dolor en los pies, fatiga muscular general y dolor lumbar. Además, la disposición inadecuada de las áreas de trabajo y ciertas tareas pueden hacer que los trabajadores usen posiciones antinaturales.

Se tiende a pensar que el riesgo laboral es algo exclusivo de los trabajadores industriales. Nada más falso. Aunque resulte una obviedad, hay que recalcar que los artistas de escena también se lesionan y sufren enfermedades profesionales, derivadas de su especialidad y las tecno-patologías que le son propias.

Los trastornos musculoesqueléticos (TME)⁶¹ son alteraciones aparato locomotor que pueden cursar con dolor, causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y los efectos del entorno en el que éste se desarrolla. Tales trastornos afectan principalmente a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también pueden afectar a las inferiores (EASHW, 2007)⁶². Están relacionados o asociados con patrones de trabajo, que incluyen posiciones corporales fijas o restringidas; continua repetición de movimientos; concentración de la fuerza en partes pequeñas del cuerpo, como la mano o la muñeca; y un ritmo de trabajo que no permite una recuperación suficiente entre los movimientos. Generalmente, ninguno de estos factores actúa por separado para causar los trastornos, que comúnmente ocurren como resultado de una combinación e interacción entre ellas. El calor, el frío y la vibración también contribuyen al desarrollo de los mismos.

En general, las lesiones traumáticas musculoesqueléticas se subdividen en dos grandes grupos: aquellas que se desarrollan gradualmente y son causadas por el uso excesivo o exposición repetida a un tipo de actividad física sobre los diferentes componentes del aparato locomotor; y aquellas que se producen debido a traumas agudos o

⁶⁰ Aborda, por un lado, la técnica actoral de los más importantes reformadores del arte de la actuación en el siglo XX, y, por otro, su biografía artística, que sirve para situar cada técnica dentro de un contexto histórico y artístico concreto.

⁶¹ Estos trastornos han recibido muchos nombres que se usan como sinónimos, como: Lesiones por movimientos repetitivos, lesiones por esfuerzo repetitivo, trastornos de trauma acumulativos, trastornos cervicobraquiales ocupacionales, síndrome de uso excesivo, trastornos musculoesqueléticos regionales y trastornos de tejidos blandos. La mayoría de los nombres no describen con precisión los desórdenes.

⁶² Según la Agencia Europea para la seguridad y la salud en el trabajo, los trastornos musculoesqueléticos (TME) son el problema de salud relacionado con el trabajo más común en Europa. Casi el 24 % de los trabajadores de la Unión Europea (UE-25) afirma sufrir dolor de espalda y el 22 % se queja de dolores musculares. En los nuevos Estados miembros estos porcentajes son aún mayores, con un 39 % y un 36 %, respectivamente.



fracturas, originadas por accidentes (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2014)⁶³

Existen diferentes vías de producción o mecanismos lesionales, en la que la lesión se produce por la repetición de un gesto laboral o trauma repetido. Las actividades que requieren movimientos repetitivos a lo largo del tiempo van produciendo un micro traumatismo que llegará a vencer la resistencia del tejido. Este puede lesionarse por una debilidad intrínseca de la persona o por factores puramente biomecánicos. Es la llamada lesión por sobrecarga, donde la carga de trabajo es mayor que la que puede soportar un tejido determinado, ya sea un tendón, un ligamento o un músculo. Es decir que frente a una carga determinada, el organismo responde con una adaptación tisular específica. Cuando la carga excede los niveles habituales, el tejido pasa por un proceso de entrenamiento hasta lograr la adaptación a nuevas demandas que se le han impuesto (Bahr & Maehlum, 2007)⁶⁴. Este principio de adaptación específica frente a las demandas impuestas aplica a todos los tejidos, incluidos, los huesos, tendones, ligamentos, músculos, cartílagos, que por consiguiente se adaptan y se vuelven más fuertes y elásticos. La posibilidad de que se produzcan lesiones surge cuando la carga en el trabajo excede la capacidad tisular de adaptación, y se producen una gran cantidad de condiciones inflamatorias y degenerativas dolorosas que afectan los músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, nervios y vasos sanguíneos.

Cuando los músculos se contraen, usan energía química de los azúcares y producen subproductos como el ácido láctico que la sangre elimina. Una contracción muscular que dura mucho tiempo reduce el flujo sanguíneo. En consecuencia, las sustancias producidas por los músculos no se eliminan lo suficientemente rápido y se acumulan en los músculos. La acumulación de estas sustancias irrita los músculos y causa dolor. La gravedad del dolor depende de la duración de las contracciones musculares y de la cantidad de tiempo entre las actividades para que los músculos eliminen esas sustancias irritantes (Cailliet, 2006)⁶⁵.

⁶³ Este documento discutirá las lesiones resultantes del uso excesivo y las que se desarrollan con el tiempo. Con el propósito de desarrollar estrategias de prevención de lesiones, muchas agencias de salud y seguridad incluyen solo trastornos que se desarrollan gradualmente y son causados por el uso excesivo de los componentes anteriores del sistema musculoesquelético. Las lesiones traumáticas de los músculos, tendones y nervios debidas a accidentes no se consideran WMSD o se consideran por separado. Sin embargo, hay organizaciones, como la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, que incluyen traumatismos agudos y fracturas dentro del grupo WMSD.

⁶⁴ Estos especialistas aportan una guía sobre el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las lesiones, enfocándose en casos clínicos, donde presentan lesiones agudas y crónicas, causadas por diferentes tipos de actividad física.

⁶⁵ El autor y su obra se han convertido en un nombre muy conocido para los fisioterapeutas y los médicos que utilizan la terapia manual y aquellos que están interesados en las técnicas de exploración postural y musculoesquelética.



Los trastornos tendinosos relacionados con actividades laborales repetitivas o frecuentes y las posturas incómodas ocurren en dos categorías principales: tendones con vainas, que se encuentran principalmente en la mano y la muñeca; y tendones sin vainas, generalmente se encuentran alrededor del hombro, el codo y el antebrazo. Los tendones de la mano están envueltos en fundas a través de las cuales se desliza el tendón. Las paredes internas de las fundas contienen células que producen un fluido resbaladizo para lubricar el tendón. Con un movimiento repetitivo o excesivo de la mano, el sistema de lubricación puede funcionar mal. Es posible que no produzca suficiente líquido o que produzca un fluido con malas cualidades lubricantes. La falla del sistema de lubricación crea fricción entre el tendón y su funda, causando inflamación e hinchazón del área del tendón. Los episodios repetidos de inflamación causan la formación de tejido fibroso. El tejido fibroso engrosa la vaina del tendón y dificulta el movimiento del tendón. La inflamación de la vaina del tendón se conoce como tenosinovitis. (Punnett & Wegman, 2004)⁶⁶.

Los tendones sin vainas son vulnerables a movimientos repetitivos y posturas incómodas. De hecho, cuando un tendón se tensa repetidamente, algunas de sus fibras pueden desgarrarse. El tendón se vuelve engrosado y lleno de baches, causando inflamación. Tendinitis es el término general que indica inflamación del tendón. En algunos casos, como en el hombro, los tendones pasan a través de un espacio estrecho entre los huesos. Un saco llamado bursa lleno de líquido lubricante se inserta entre los tendones y los huesos como un dispositivo antifricción. A medida que los tendones se vuelven más gruesos y llenos de baches, la bursa está sometida a mucha fricción y se inflama. La inflamación de la bursa se conoce como bursitis (Lanfranchi & Dubeau, 2008)⁶⁷.

Los nervios llevan señales del cerebro para controlar las actividades de los músculos. También transmiten información sobre la temperatura, el dolor y el tacto del cuerpo al

⁶⁶ Este documento aborda la controversia con referencia a un importante informe recientemente encargado por el Congreso de los Estados Unidos del Consejo Nacional de Investigación (NRC) y el Instituto de Medicina (IOM). Consideran que Aún no existen técnicas de examen que puedan servir como un "estándar de oro" para muchos de los síntomas que comúnmente se informan en los estudios en el lugar de trabajo. El autoinforme del trabajador, la observación del investigador y la medición directa contribuyen a la comprensión, pero la falta de métricas de exposición estandarizadas limita la capacidad de comparar los resultados entre los estudios. A pesar de estos desafíos, la literatura epidemiológica sobre las MSD relacionadas con el trabajo, en combinación con una amplia evidencia de laboratorio de mecanismos patogénicos relacionados con los factores estresantes del trabajo, es convincente para la mayoría. El debate sobre la relación laboral de los trastornos musculoesqueléticos (TME) refleja tanto la confusión sobre los principios epidemiológicos como las lagunas en la literatura científica.

⁶⁷ Tras la aparición de nuevos esquemas de trabajo y organización del trabajo en las empresas, se estableció un llamado "productivismo reactivo" a nivel de los trabajadores. Esto se caracteriza por una mayor carga de trabajo, esfuerzos de flexibilidad y requisitos de productividad, que muestran impactos notables en la salud del trabajador en su propio entorno profesional. Entre estas consecuencias se encuentran los trastornos musculoesqueléticos (TME) que se han convertido en la forma más frecuente de enfermedad profesional en Francia. Tales problemas y trastornos, en relación con las condiciones de trabajo, son mecanismos complejos, a menudo expresados por dolor crónico y asociados con problemas funcionales e incluso discapacidad.



cerebro y controlan las funciones corporales, como la sudoración y la salivación. Los nervios están rodeados por músculos, tendones y ligamentos. Con movimientos repetitivos y posturas incómodas, los tejidos que rodean los nervios se hinchan y comprimen o comprimen los nervios (Chandna, Deswal & Pal, 2010)⁶⁸.

La carga crónica sobre las articulaciones puede provocar microfracturas de las trabeculas seguidas de un remodelamiento y rigidez del hueso subcondral. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en los tobillos, codos, rodillas, y articulaciones intervertebrales. En la ejecución de algunas técnicas de actuación, se puede observar que cualquier traumatismo de las partes blandas que rodean a la articulación puede contribuir a limitar el movimiento, por lo tanto, la lesión del cartílago articular, de la sinovial, de la cápsula articular, de los músculos, tendones o ligamentos de una articulación puede dificultar los movimientos de forma significativa. La lesión de cualquiera de estas estructuras producirá inflamación y tumefacción. La ruptura de la cápsula, ligamentos y/o tendones puede producir la inestabilidad articular. El derrame sinovial puede ser otra causa de disminución del movimiento efectivo (Bahr & Maehlum, 2007)⁶⁹.

Cabe indicar que los TME atienden a una etiología multifactorial en sintonía con variables genéticas, ambientales y diversos factores de comportamiento. Debido a esto, como contrapartida, sólo muy pocas enfermedades profesionales (EP) son reconocidas como enfermedades ocupacionales (Eurostat, 2010)⁷⁰. Los TME representan considerables costos e impacto en la calidad de vida, ya que pueden generar mucho dolor y sufrimiento en los trabajadores afectados, disminuir su productividad y calidad en el trabajo, y hasta ocasionar discapacidad (Almagro et al. 2009)⁷¹

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013)⁷², los TME constituyen los trastornos de salud más comunes relacionados con el trabajo, representando 59% de

⁶⁸ Este estudio explora un enfoque de clasificación semi-supervisada utilizando bosque aleatorio como un clasificador de base para clasificar el riesgo de trastornos de la espalda baja (LBD) asociado con los trabajos industriales.

⁶⁹ Bahr y Maehlum, especialistas en medicina del deporte reconocidos a nivel internacional, eligieron un enfoque basado en casos clínicos para abordar las lesiones agudas y crónicas, sea que sucedan durante la competición deportiva, el ejercicio, la recreación u otras formas de actividad física.

⁷⁰ Este informe presenta un retrato estadístico de la salud y la seguridad en el trabajo en Europa de 1999 a 2007. Se centra en los accidentes laborales, los problemas de salud relacionados con el trabajo, las enfermedades profesionales y la exposición a factores de riesgo en el trabajo.

⁷¹ El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de los TME en el personal de la Universidad de Huelva. existe un elevado porcentaje del P.A.S. encuestado que padece TME, por tanto parece necesario emprender acciones, no sólo encaminadas a mejorar las condiciones ergonómicas de sus puestos de trabajo sino también a prevenir mediante diferentes actuaciones la aparición de estos síntomas

⁷² Se examina la magnitud y el carácter dinámico de las enfermedades profesionales y los retos relacionados con su prevención. Sobre la base de las experiencias y las enseñanzas extraídas del reconocimiento y la prevención de las enfermedades profesionales, se describe la estrategia de la Oficina y se invita al Consejo de Administración a que proporcione orientaciones sobre la forma de mejorar la eficacia de las medidas destinadas a prevenir las enfermedades profesionales.



todas las enfermedades profesionales y siendo los responsables de más de 10% de todos los años que se perdieron por discapacidad durante el año 2009.

El dolor es el síntoma más común asociado con los TME. En algunos casos, puede haber rigidez en las articulaciones, rigidez muscular, enrojecimiento e hinchazón del área afectada. Algunos trabajadores también pueden experimentar sensaciones de "hormigueo", entumecimiento, cambios en el color de la piel y disminución de la sudoración de las manos.

La relación entre dolor y TME, es una de las razones principales de la prolongación de los procesos de incapacidad temporal (IT). El dolor, como todo síntoma o signo clínico debe ser medido, de tal forma que se puedan determinar los componentes y atributos emocionales que acompañan a esta experiencia. Su registro y medición completa el informe del enfermo en el diagnóstico de enfermedades

Las desordenes musculoesqueléticos pueden progresar en etapas de leves a severas. Etapa inicial: el dolor y el cansancio de la extremidad afectada se producen durante el turno de trabajo, pero desaparecen durante la noche y durante los días libres. Sin reducción del rendimiento laboral. Etapa intermedia: Dolor y cansancio ocurren temprano en el turno de trabajo y persisten en la noche. Capacidad reducida para trabajo repetitivo. Fase tardía: el dolor, la fatiga y la debilidad persisten en reposo. Incapacidad para dormir y realizar tareas livianas (Araña Suárez & Patten, 2011)⁷³.

No todos pasan por estas etapas de la misma manera. De hecho, puede ser difícil decir exactamente cuándo termina una etapa y comienza la siguiente. El primer dolor es una señal de que los músculos y tendones deben descansar y recuperarse. De lo contrario, una lesión puede volverse duradera y, a veces, irreversible. Cuanto antes las personas reconocen los síntomas, más rápido deberían responderles.

La edad, el índice de masa corporal (IMC) y el tipo de actividad física pueden también jugar un rol en el desarrollo de lesiones musculoesqueléticas (Bellorín et al. 2007)⁷⁴

En la literatura científica podemos encontrar numerosos artículos que se centran en estudiar la prevalencia de diferentes trastornos musculoesqueléticos (TME) en el mundo

⁷³ Indagan en la interrelación existente en Trastornos Musculo-Esqueléticos, Psicopatología y Dolor, para la interconexión de esta última en la determinación y duración de la duración y el número de procesos por Incapacidad Laboral Temporal, que ha permitido situarse en los Trastornos Musculo-Esqueléticos en la primera causa de incapacidad

⁷⁴ Consideran que los estudios epidemiológicos han demostrado consistentemente que la prevalencia de la mayoría de las condiciones de dolor es mayor en las mujeres que en los hombres. Concluyen que existen grandes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia y la gravedad del dolor auto-informado en la población. Los factores biológicos pueden explicar algunas de las diferencias, pero la principal explicación es presumiblemente las disparidades de género en el trabajo, la economía, la vida cotidiana, la vida social y las expectativas entre mujeres y hombres. Aunque las condiciones de trabajo mejoradas son importantes, se necesitan cambios sociales más profundos para reducir las desigualdades en las experiencias de dolor entre mujeres y hombres.



laboral; como el trabajo de Ghasemkhani, Mahmudi, y Jabbari, 2008⁷⁵; que hacen referencia a las posibles causas de aparición de los TME; así como los de Kumar (2001)⁷⁶; o que muestran intervenciones para prevenir o minimizar la incidencia de los TME, como es el caso de Gómez y Valero (2007)⁷⁷ ó Fabrizio, (2009)⁷⁸. La mayoría de autores coinciden en una etiología multifactorial en el proceso de generación de TME, lo que lo hace aún más complejo de abordar y, por lo tanto, con ciertas limitaciones al momento de implementar programas de intervención orientados a reducir la prevalencia de este tipo de trastornos a nivel laboral. Además, no todos los factores que pudieran intervenir en la ocurrencia de TME relacionados al trabajo, tienen el mismo nivel de correspondencia, por lo que, dependiendo del tipo de trastorno y de la parte del cuerpo afectada, algunos factores de riesgo tendrán mayor importancia que otros. Estos estudios, son un punto de partida para conocer la realidad de las investigaciones en torno a los TME de forma general. Con este estudio se quiere determinar la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos entre los actores de teatro, siguiendo este contexto, se halló un vacío científico y metodológico que existe en el sector, en cuanto a prevalencias lesionales, y más aun de diversas terapias fisioterapéuticas preventivas de síntomas y evaluaciones ergonómicas específicas por actividades que definan y estudien claramente el tipo de enfermedades musculoesqueléticas que los actores pueden llegar a desarrollar.

Las lesiones más comunes que se dan en actores se deben a síndromes por sobreuso, entre las que sobresalen las conocidas y temidas tendinitis; los síndromes por compresión nerviosa; y la distonía focal, la cual es la menos frecuente, pero la más invalidante. Dada la exigencia que soportan estos profesionales, normalmente las lesiones que son calificadas de “leve” no son tratadas, lo que hace que el actor normalice ciertos dolores y pueda conllevar a desarrollar una posible lesión crónica. El estudio de Evans y

⁷⁵ El objetivo de este estudio fue investigar la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en trabajadores de empaque. Hallaron una asociación entre años de trabajo y síntomas musculoesqueléticos. Recomiendan ejercicios de estiramientos para prevenir y paliar las molestias que pueden producirse debido a los movimientos repetitivos y a posturas mantenidas.

⁷⁶ han propuesto cuatro teorías para explicar estas afecciones. El punto central de todas las teorías es la presuposición de que todas las lesiones musculoesqueléticas ocupacionales son de naturaleza biomecánica. La interrupción del orden mecánico de un sistema biológico depende de los componentes individuales y sus propiedades mecánicas. Estos denominadores comunes se verán afectados causalmente por la dotación genética del individuo, las características morfológicas y la composición psicosocial, y por los peligros biomecánicos ocupacionales.

⁷⁷ Recomiendan ejercicios de estiramientos y técnicas de relajación.

⁷⁸ En su estudio demuestra la importancia de examinar los hábitos de trabajo y las posturas en el trabajo. Las intervenciones ergonómicas, como el análisis de riesgos laborales y las modificaciones de estaciones de trabajo, pueden mejorar los síntomas de los trabajadores. Sin embargo, las intervenciones ergonómicas no parecen ser un componente común del tratamiento de fisioterapia tradicional. Proporcionar una intervención ergonómica en conjunto con fisioterapia tradicional puede ser el tratamiento más beneficioso.



colaboradores (1996)⁷⁹ sobre lesiones en 313 actores de 23 espectáculos de Broadway, en Nueva York, reveló que el 55% había sufrido al menos una lesión, con una media de 1,08 lesiones por individuo. Las lesiones más frecuentes entre los actores se localizaron en extremidades inferiores (38%) y zona lumbar (15%).

Evans, Evans y Carvajal (1998)⁸⁰, buscando obtener más información sobre las lesiones de los artistas, sondearon en 20 producciones del West End, 12 dramas y ocho musicales. Resultando que el 46% de todos los artistas intérpretes o ejecutantes sufrieron al menos una lesión. Las zonas más comunes fueron en un 43% en las extremidades inferiores, seguidas por lesiones en el cuello y la espalda, la segunda más común. Los diagnósticos más comunes fueron los esguinces y las distensiones. Los factores que influyen significativamente en el riesgo de lesiones para los artistas intérpretes o ejecutantes incluyen el sexo femenino, un historial de lesiones anteriores, actuaciones perdidas debido a lesiones anteriores, roles más exigentes físicamente y desempeñándose en escenarios inclinados o en ángulo

Maxwell; Seton y Szabo (2015)⁸¹, pertenecientes Equity Foundation, junto con el Departamento de Teatro y Estudios de Desempeño de la Universidad de Sydney, iniciaron un innovador estudio (Actors 'Wellbeing Study: AWS) sobre el bienestar de los actores. Los hallazgos dieron un número significativo de altos niveles de estrés derivados de bajos ingresos. Más del 20% de los encuestados informa que deben complementar con trabajo adicional, su ingreso bruto total está muy por debajo de la línea de pobreza. Además se revelan altos niveles de ansiedad y estrés, siendo el doble de probabilidades de experimentar depresión que la población general. La mayoría de los artistas intérpretes usan una amplia gama de técnicas positivas de calentamiento antes de una actuación, muchos usan alcohol para relajarse después o "soltar" o para hacer frente al efecto agudo de un papel exigente. A pesar de estos resultados, los artistas son positivos cuando se les pregunta sobre su grado de satisfacción general con la vida. El estudio recomienda que se haga mayor hincapié en enseñar a los estudiantes de actuación a hacer frente a los mecanismos, incluidas las técnicas de "enfriamiento", así como centrarse en la capacitación financiera y sobre la psicología y las elecciones de estilos de vida saludables.

⁷⁹ Este estudio informa factores que aumentan significativamente el riesgo de lesiones para los bailarines y actores, puede ayudar a aumentar la preocupación por reducir la incidencia de lesiones a los artistas profesionales, estudiantes de teatro y no profesionales en todo el mundo.

⁸⁰ puede ser útil para el creciente número de proveedores de atención médica que practican la medicina de artes escénicas y puede estimular la preocupación e investigación adicional en las comunidades médicas y teatrales sobre las lesiones de rendimiento de profesionales, aficionados y estudiantes de teatro de todo el mundo.

⁸¹ Queríamos saber si los artistas experimentan mayores casos de salud física, psicológica y emocional negativa en comparación con el resto de la población y si las prácticas laborales tienen un impacto en la salud y el bienestar de los actores.



Para evitar lesiones, el actor debe conocer el cuerpo, la masa muscular, el peso, el volumen, la estatura; mediante ejercicios lentos que permitan concientizar el físico. Mediante un conocimiento de pesos y contrapesos y su transposición, el cuerpo aprenderá a desplazarse usando lo mínimo de masa muscular y se enfocara en la estructura ósea, se indagara mucho en los puntos de apoyo que son las articulaciones y como éstas según la postura del cuerpo se funden, soportando el peso haciendo una estructura ósea. El cuerpo cuando está bien entrenado puede cargar mucho peso más del que uno tiene siempre y cuando la parte ósea sea entendida como tal (Toapanta Zapata, 2014)⁸².

Dentro del campo de conocimiento de la fisioterapia, se reconoce que las relaciones con la salud y el movimiento han sido los dos elementos fundamentales en el desarrollo de ésta, siendo pertinente describir y ampliar las categorías, que como el cuerpo, pueden fortalecer los enfoques y tendencias de la disciplina. Actualmente, se observa un énfasis en la comprensión de la kinesiólogía desde un campo no sólo biológico, sino también un espacio de conocimiento e interacción más amplio y en cierta forma vinculado a modelos como el holístico y el social. Esta fusión, aunque incipiente, se orienta a incorporar nuevas categorías a la mirada tradicional biológica hegemónica, observándose dos vertientes: la primera basada en una concepción funcionalista del movimiento y por tanto del papel de la kinesiólogía en el cuidado de esa capacidad y en la atención a la desviación de los patrones de normalidad y la segunda, centrada en aproximar los elementos sociales y en definir que la actuación fisioterapéutica trasciende el control de la alteración funcional y biológica del movimiento corporal; e invita a incorporar en el currículo de formación de aspectos específicos dirigidos al estudio teórico del cuerpo y el movimiento desde otra perspectiva, desde la complejidad y la comprensión (Prieto, 2004)⁸³.

El concepto de cuerpo se ha asociado a la interpretación funcional del movimiento y se ha profundizado sobre su capacidad mecánica, neurológica y fisiológica. Para la fisioterapia, su interpretación ha estado más centrada en comprender las capacidades físicas de éste y las maneras cómo se comporta en relación con la funcionalidad del movimiento, que en la identificación y estudio del cuerpo en relación con la construcción de

⁸² Esta disertación investiga cómo construir una obra teatral fusionando dos técnicas teatrales y muestra como dos conceptos diversos pueden complementarse entre sí y encontrar su afinidad en los principios de la actuación. Con ello, se busca alimentar la técnica habitual con otras técnicas y oxigenar, renovar, desarrollar, mezclar, fusionar, imbricar, experimentar para que emerjan diversos lenguajes acorde a los nuevos tiempos.

⁸³ Se efectúa una revisión del proceso de conceptualización de la fisioterapia y de la prevención de la enfermedad y afianzamiento de la promoción de la salud, se avanza hacia el estudio de estos conceptos aproximándose epistemológicamente a sus planteamientos y luego se continúa con las estrategias de finidas para la intervención y se termina con las declaraciones de promoción de la salud desarrolladas después de Ottawa. Se tiene por objetivo describir la evolución que han tenido los conceptos desde una visión sanitarista a otra de corte político, y en qué medida es-tos le conciernen a la fisioterapia.



identidad y lenguaje en las personas. Asunto que desde una línea social se hace oportuno, en el campo del conocimiento y acción de la fisioterapia. Desde este lugar en los últimos años el campo de acción ha cambiado y evolucionado, aumentando de forma constante las posibilidades de aplicación en ramas diversas y diferentes especializaciones (Prieto Rodríguez & Naranjo Polania, 2005)⁸⁴. Cada representación está sujeta a las críticas de uno mismo y a las del público, así como el rendimiento de su trabajo y la calidad del mismo están directamente relacionados con la calidad de la postura, las reacciones, del sistema músculo-esquelético, neurosensitivo y motor.

La fisioterapia en artes escénicas es el tratamiento kinésico especializado en la prevención y tratamiento de lesiones directamente relacionadas con los artistas. Encaminadas a que conozcan su instrumento, las posturas que adoptan, su técnica, las lesiones más comunes que pueden tener, así como entender sus exigencias tanto físicas como emocionales (Velázquez Colomina, 2017)⁸⁵. El objetivo es conseguir un estado óptimo de salud mejorando las capacidades del intérprete, tanto artísticas como físicas, y previniendo lesiones o tratando las ya instauradas. A nivel educativo, informar sobre higiene postural, sobre estilos de vida más saludables, para que presten atención a la ergonomía escenográfica, entre otras. A nivel preventivo, puesto que se pueden realizar trabajos de relajación, calentamientos previos a los ensayos y actuaciones, estiramientos tras ellas, corrección de posturas, y se estimularían aspectos importantes para ellos como la respiración, la voz, y la propiocepción (CPAE, 2017)⁸⁶.

La preparación del actor requiere el desarrollo de la fuerza, resistencia y conciencia corporal, la capacidad de excitabilidad reflexiva y especialmente la coordinación, ya que el cuerpo del actor nos debe asombrar por la agilidad y el arte con que está coordinado. De las posiciones y estados físicos nacen los puntos de excitabilidad que después se colorean de sentimientos. El actor debe tener buena apariencia, proporcionalidad y una composición corporal sin hipertrofias, debe realizar un minucioso estudio biomecánico de su propio cuerpo y comprender las proporciones corporales.

⁸⁴ Buscaron describir el concepto de cuerpo como parte de la investigación sobre la categoría disponibilidad corporal y su explicación para la fisioterapia.

⁸⁵ Esta fisioterapeuta Posturóloga. Especialista en Prevención del Riesgo Músculo-Esquelético, ha creado un nuevo tratamiento que atiende a la demanda del artista cuando sufre una lesión o un dolor, o cuando quiere mejorar su rendimiento, tanto en las condiciones físicas y emocionales como en las adaptaciones neuronales (Neuro-motoras y Auditivas)

⁸⁶ El Centro de Prevención en Artes Escénicas, CPAE, fue creado en el año 2003 con el objetivo de introducir la prevención en los escenarios, de hacer saber al artista y a los fisioterapeutas, la existencia de la fisioterapia de las artes escénicas. El objetivo es divulgar la especialidad de forma internacional para que un artista pida a un fisioterapeuta especializado allí donde vaya de gira y que sea atendido analizando y hablando con él sobre sus necesidades actuales, buscando el origen de la lesión, evaluando cómo toca, baila, canta, su postura, su rendimiento, su calentamiento, asesorando todas sus dudas y acabando por proporcionar una mejora de su calidad artística.



Todo entrenamiento puntual sin un objetivo que implique la globalidad del actor, está condenado a tener un efecto de poca durabilidad, por ello, se debe aplicar la teoría del entrenamiento deportivo, los niveles adquiridos en poco tiempo tienden a disminuir en un período corto de tiempo, y por el contrario, los niveles adquiridos mediante un largo proceso perduran más en el tiempo (Carvajal Montoya, 2015)⁸⁷

El trabajo del actor actriz está irremediabilmente vinculado a su cuerpo, todo lo humano se enmarca en un cuerpo vivido, en el espacio y en el tiempo, no es algo neutral. La idea de percibir el espacio, el tiempo y el cuerpo, recibe influencias sociales, religiosas, económicas, políticas, filosóficas, artísticas, que a mi parecer repercuten de manera profunda, en la forma de estar y sentir. Cada actor- actriz, tiene una noción de su esquema corporal, entendiendo por esquema corporal⁸⁸, la representación en imágenes de los diferentes segmentos corporales que conforman el cuerpo y la percepción de éste esquema corporal, estará en función de su capacidad de auto-percepción, de conciencia y contacto con el otro, pues sentir la espacialidad ligada al cuerpo y sentir el cuerpo ligado al espacio son determinantes de la creatividad (Urieta Lago, 2010)⁸⁹. Para el desarrollo de este eje es necesario utilizar indicadores que pueden poner de manifiesto las situaciones de tensión y los límites de cada persona, en relación a los desajustes del tono muscular, a sus bloqueos y tensiones.

En el eje de conciencia de autopercepción uno de los objetivos, es que el actor integre información sobre sus pautas de organización neuromotriz y a partir de esta información investigue sobre sus pautas de movimiento más eficaces.

Desde la kinesiología se puede facilitar al actor, la Reeducción Postural Global (RPG), que es un método de tratamiento basado en el estiramiento global de cadenas musculares mediante la realización de distintas posturas específicas (Teodori et al. 2011)⁹⁰, proporcionando la posición correcta de las articulaciones y el fortalecimiento de los

⁸⁷ El teatro y el trabajo del actor son una especie de vehículo que nos hace realizarnos Por lo tanto para que el entrenamiento fuese el recorrido, debía inscribirse en la duración. No podía constituirse en un entrenamiento rápido. Este aprendizaje pasaba por un conocimiento del cuerpo y sus límites, por supuesto, con el fin de extenderlos, pero también pasaba, sobre todo, por un trabajo sobre sí mismo.

⁸⁸ La noción de esquema corporal se construye con todas las percepciones conscientes de la dimensión, la postura, los movimientos y la superficie corporal asequibles a los sentidos.

⁸⁹ Su investigación está basada en la intención de crear una guía de entrenamiento para el actor, que busca asumir un compromiso con su cuerpo, como instrumento para la creación escénica.

⁹⁰ Realizaron una revisión crítica sistemática de los efectos de la intervención de fisioterapia que utiliza el método RPG. Algunos de los estudios indicaron que el método GPR fue más eficaz que otras intervenciones de terapia física, mientras que otros demostraron resultados similares de GPR en comparación con otras intervenciones de terapia física. Los estudios demostraron los beneficios del GPR para mejorar la fuerza muscular respiratoria, la expansión del tórax, la presión respiratoria máxima y para reducir el dolor, la pérdida de orina en mujeres con incontinencia, aumentar la flexibilidad, la actividad electromiográfica en trastornos temporomandibulares y la estabilidad postural en las alteraciones ortopédicas del miembro inferior.



músculos (Souchard, 2005)⁹¹, atribuyendo una gran importancia al restablecimiento de la flexibilidad. LA RPG es una técnica global que sigue los principios de individualidad, causalidad y globalidad, porque consigue poner en juego la totalidad de la estructura corporal simultáneamente, creando un campo cerrado de tensión de estiramiento, a fin de focalizar la intención terapéutica y encontrar la causa siguiendo los hilos de retracciones. En la RPG se emplean diferentes familias de posturas según la intención de tratamiento: las posturas en descarga, favorecen un mejor modelaje manual por parte del fisioterapeuta; y las posturas en carga, son más activas y propioceptivas, favoreciendo una mejor integración de los resultados en el esquema corporal.

El estiramiento activo o Stretching global, conocido como SGA, se basa en el conocimiento desarrollado por el fisioterapeuta Souchard (2008)⁹² con su método RPG Reeducación Postural Global, como un método innovador de cinesiterapia⁹³. Y que difiere sustancialmente con cualquier otro método de estiramiento analítico. Es un método de estiramiento global y activo de todas las cadenas de coordinación neuromuscular, consiste en una serie de auto-posturas coordinadas con el ritmo respiratorio sincronizado, las cuales conllevarán al estiramiento de las diferentes cadenas musculares. (Gutiérrez Nieto et al 2018)⁹⁴; cuyo objetivo es restaurar la elasticidad y flexibilidad que se pierde al hacer ejercicio, hacer deporte o cuando los hábitos posturales no se mantienen adecuadamente en trabajo o en la vida diaria. Los estiramientos se realizan con posturas globales (acostado, sentado y de pie) mantenidos con una contracción isométrica en posiciones cada vez más excéntricas, principalmente con una respiración centrada en la exhalación y la atención globalizada.

Lo que la kinesiología va a aportar al artista es encontrar un método de conciencia corporal para que comprenda su cuerpo y lo pueda tratar según su tipología estructural y su manera de sentir, con la finalidad de buscar más libertad corporal para que vaya corrigiendo, en la medida de la posible, esas asimetrías. La finalidad es que lo pueda aplicar en la

⁹¹ Philippe Souchard, kinesiólogo francés, enseñó el Método Mézières durante 10 años en el Centro Mézières, en el sur de Francia. creó la RPG en 1980 revolucionando la kinesiología convencional al poner énfasis sobre algunos conceptos olvidados, sobre anatomía, biomecánica, kinesiología y osteopatía. Considera que estirarse es el vínculo idóneo entre la vida sedentaria y la vida activa. Mantiene los músculos flexibles, los prepara para el movimiento y nos ayuda a realizar la transición diaria desde la inactividad a la vigorosa actividad sin tensiones excesivas.

⁹² El autor desarrolla este método a partir de los principios de la técnica que revolucionó la kinesiología la reeducación postural global. se trabajan las cadenas musculares en forma muy profunda través de posturas, con permanencia y respiración específica del método.

⁹³ Como su propio nombre indica, viene de la capacidad de curar o mejorar problemas físicos mediante ejercicios o series de movimientos simples, como parte de cualquier tratamiento de fisioterapia, en el que se trabajan básicamente las limitaciones articulares, la restauración fisiológica del músculo y la mejora de la capacidad de coordinación.

⁹⁴ En este artículo, analizan diferentes clasificaciones con el propósito de aunar criterios y establecer una propuesta de clasificación de estiramientos en fisioterapia utilizando términos que no lleven a equívocos, encuadrando cada uno de ellos conceptualmente en kinesiterapia.



práctica individual de la técnica o método elegido según su carrera y especialidad y encontrará entonces mucho más control, precisión y sacará el máximo rendimiento a su cuerpo.

El trabajo del fisioterapeuta es un complemento y un enriquecimiento para el actor ya que con nuestras observaciones le vamos a hacer consciente de aquellas pautas gestuales y motores de movimiento, que pueden llegar a generar una lesión o sobrecarga por un sobreuso muscular, articular o postural. El kinesiólogo también va a ayudar al actor ya que mejorará la producción del aire y en consecuencia su correcta proyección al optimizar el rendimiento del aparato fonador en consonancia con el respiratorio.



Diseño Metodológico



El Tipo de investigación según el grado de conocimiento es descriptiva porque se describirán situaciones, características y aspectos relacionados con las lesiones musculoesqueléticas de los actores de teatro.

El tipo de diseño según la intervención del investigador, es no experimental, ya que se realizan sin la manipulación directa de las variables. De esta forma lo que se hace es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, es decir en su realidad, y luego se analizarán. Y además es observacional, porque no se manipulan las variables, solo se observan así como se dan en la realidad.

Según la temporalidad que se investiga, es transversal, ya que se estudiara las lesiones musculoesqueléticas de actores de teatro en un momento dado, con el propósito es describir las variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Universo y muestra:

El Universo está formado por todos actores de teatro de ciudad de Mar Del Plata.

La muestra estará conformada por 30 actores de teatro, de ambos sexos, de 18 a 65 años, que padecieron alguna lesión musculoesquelética o dolor de origen laboral en los dos últimos años, y que trabajan de diferentes salas de la ciudad de Mar del Plata durante el primer cuatrimestre del año 2018.

La selección de actores de la muestra, será del tipo no probabilístico accidental o por comodidad, es decir que los elementos no dependen de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra, el procedimiento no es mecánico, ni con base en formulas de probabilidad. Por lo que se tomaran los casos de los actores/actrices que están disponibles en el momento de la investigación

La recolección de datos será a través de encuesta prediseñada, en forma de cuestionario. Donde primeramente se recopila información sobre factores individuales del actor, relacionados a su perfil antropométrico y laboral, entre ellos: hábitos relacionados a la realización de labores, entrenamiento físico, estatura y peso, antigüedad actoral. Se determinará la prevalencia de molestias musculoesqueléticas; luego se evaluarán los posibles factores de riesgo, biomecánicos, psicosociales e individuales, vinculados a TME. De esta forma, se empleará el cuestionario nórdico estandarizado desarrollado por Kuorinka et al. (1987)⁹⁵ para conocer la existencia y tipo de molestias musculoesqueléticas presentes en la muestra.

⁹⁵ Fue denominado Cuestionario Nórdico de Kuorinka (en honor a su autora) y entre sus características más destacadas se puede indicar que resulta muy fiable y permite recopilar mucha información sobre dolor, fatiga o incomodidad en distintas zonas corporales



Criterios de inclusión

- Actores de entre 18 a 65 años.
- Actores con más de 2 años de experiencia y que cumplan con la práctica artística al momento de tomar la muestra.

Criterios de exclusión

- Actores con menos de 12 meses de experiencia
- Artistas que no estén actividad teatral continua
- Artistas que hayan padecido una lesión no perteneciente a la esfera de la actuación, con patologías crónicas anteriores

Variables a analizar y sus definiciones:

Sexo

Definición conceptual: Conjunto de características físicas y constitucionales de los seres humanos, por las cuales se determinan como femenino /masculino

Definición Operacional: Conjunto de características físicas y constitucionales de los seres humanos, por las cuales se determinan como femenino /masculino. El dato se establece a través de la encuesta al actor-actriz

Edad:

Definición conceptual: Periodo de vida humano que se toma en cuenta desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.

Definición Operacional: Periodo de tiempo que ha vivido el Actor de Teatro, que se toma desde su nacimiento la fecha actual, expresado en años. Se establecerá a través de las encuestas. Los valores de edad se clasificaran según rangos: de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años y de 60 o más años.

Índice de masa corporal:

Conceptualmente: Relación entre el peso y la talla al cuadrado.

Operacionalmente: Relación entre peso y talla al cuadrado de los jugadores. Este índice se obtendrá a través de la encuesta, por medio de medición directa de la relación entre peso y la talla corporal al cuadrado. Sus valores posibles son: Delgadez: menor a 18.5. Normal: entre 18.5 y 25. Sobrepeso: el resultado es entre 25 y 30. Obesidad leve: el resultado entre 30 y 35. Obesidad media: el resultado entre 35 y 40. Obesidad mórbida: el resultado es mayor a 40. (Organización Mundial Salud, 2014)

$$IMC = \frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$$



Antigüedad de profesión

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde los inicios del trabajo actoral hasta la fecha.

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde los inicios del Actor de Teatro hasta la actualidad. Los datos se recolectan mediante una encuesta personalizada, se indagará el tiempo que hace que el actor realiza la disciplina. Los valores son: Menos de 2 años. De 2 a 5 años. De 6 a 10 años. De 10 a 20 años. Y Más de 20 años

Frecuencia de entrenamiento actoral

Definición conceptual: Entrenar es preparar el cuerpo, la voz y las emociones de forma adecuada para la actividad escénica mediante ejercicios basados en movimientos y acciones que adiestran la herramienta de trabajo, que es la unión entre la voz y el cuerpo.

Definición operacional: Entrenar es preparar el cuerpo, la voz y las emociones de forma adecuada para la actividad escénica mediante ejercicios basados en movimientos y acciones que adiestran la herramienta de trabajo, que es la unión entre la voz y el cuerpo. El entrenamiento actoral refleja la necesidad de una correcta expresión física del actor. Un actor al construir su entrenamiento está fortaleciendo la memoria corporal, vocal y emotiva, base fundamental de la creación para la escena. (Araque, 2009)⁹⁶. Se obtendrá mediante una encuesta cara a cara donde se indicará la cantidad de veces por semana que el Actor de Teatro ensaya. Se considera: 1 vez por semana - De 2 a 3 veces por semana - Entre 4 y 5 veces por semana - 6 veces por semana - Otros

Horas de práctica

Definición conceptual: Tiempo expresado en horas que el Actor ensaya por día.

Definición operacional: Tiempo expresado en horas que el Actor de Teatro ensaya por día.

Los datos se recolectan mediante una encuesta cara a cara. Se considera:

Menos de 2 horas - Entre 2 y 3 horas - Entre 3 y 4 horas - Entre 4 y 5 horas - Otros

Frecuencia de Participación de obras

Definición conceptual: Intervención del actor en alguna obra.

Definición operacional: Intervención del actor en alguna obra. Obtenido a través de una encuesta personalizada donde se indagará si el actor participa en alguna obra y la frecuencia. Los valores son: 1 por mes, 2 veces por mes, 3 veces por mes, 4 veces por mes y entre 5 y 8 veces por mes, más de 8 veces por mes, o No participa.

⁹⁶ Presenta una reflexión sobre el entrenamiento actoral y sus implicaciones, virtudes y aportes en la formación profesional de los actores. Desde esta perspectiva, se analizan las relaciones entre el ejercicio, el sistema y el ensayo.



Elongación previa al ensayo-actuación

Definición conceptual: Serie de ejercicio de calentamiento muscular previos al ensayo que realiza un Actor.

Definición operacional: Serie de ejercicio de calentamiento muscular previos al ensayo que realiza un Actor de Teatro. Se obtendrá mediante una encuesta cara a cara donde se marcará si se realiza o no estos ejercicios. Se considera Sí – No.

Elongación posterior al ensayo-actuación

Definición conceptual: Serie de ejercicios de calentamiento muscular posterior al ensayo que realiza un Actor.

Definición operacional: Serie de ejercicios de calentamiento muscular posterior al ensayo que realiza el Actor de Teatro. Se obtendrá mediante una encuesta cara a cara donde se marcará si se realizan o no estos ejercicios. Se considera Sí – No.

Hábitos de actividad física:

Definición conceptual: Costumbre de realizar actividad física recreativa, de movimiento corporal, que favorecen el estado físico del ser humano. Y que se realiza en momentos de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad actoral.

Definición operacional: Costumbre de realizar actividad física recreativa, de movimiento corporal, que favorecen el estado físico del ser humano. Y que se realiza en momentos de tiempo libre, es decir fuera del trabajo o actividad actoral. Se obtendrá mediante una encuesta personalizada donde se indagará si practica actividad física u otros deportes o realiza trabajos de fuerza muscular en algún gimnasio. Los valores serán: Complementos, Correr, Yoga, Aeróbico, caminata, natación, futbol, tenis, pádel, básquet, u otros

Frecuencia de actividad física:

Definición conceptual: Periodicidad semanal con que realiza los trabajos de fuerza muscular.

Definición operacional: Periodicidad semanal con que los actores realizan los trabajos de fuerza muscular. A través de encuesta se indagara la frecuencia de participación y los valores serán: 1 vez por semana, 2 veces por semana, 3 veces por semana y 4-5 veces por semana

Lesiones musculoesqueléticas de origen laboral producidas en el último año.

Definición conceptual: Alteración cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo del actor, a nivel muscular, tendinoso, articular, cartilaginosa y/u óseo. Ocasionada por un suceso o hecho brusco, inesperado y normalmente evitable que causa lesión laboral con disminución o anulación de la integridad física de las personas.



Definición operacional: Alteración cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo del actor, a nivel muscular, tendinoso, articular, cartilaginoso y/u óseo. Ocasionada por un suceso o hecho brusco, inesperado y normalmente evitable que causa lesión laboral con disminución o anulación de la integridad física de las personas. Ante la respuesta positiva mediante encuesta, se indagará sobre el tipo de lesión que padeció el actor, se considera: calambres, contusiones, distensiones, dislocaciones, esguinces, fracturas, contracturas, tendinopatías, desgarros, rotura ligamentaria, u otras.

Grado de la lesión

Conceptualmente Gravedad, importancia o dificultad que presenta la lesión, expresada en los días que tarda en reconstituirse el tejido.

Operacionalmente: Gravedad, importancia o dificultad que presenta la lesión, expresada en los días que tarda en reconstituirse el tejido. Mediante la encuesta con el actor, se determinara la magnitud o grado de la lesión de ligamentos y musculares, se mide según el tiempo de recuperación, depende de la naturaleza intramuscular o intermuscular del hematoma o de la gravedad de la lesión; en la curación de los desgarros participa la capacidad de regeneración muscular y la cicatrización fibrosa. Se expresará en:

-Grado I o Leve: desgarro de unas pocas fibras, aunque la aponeurosis está intacta. Si hay hematoma intramuscular, este suele tener un tamaño inferior a 1 cm. Menos de 7 días de recuperación

-Grado II o Moderada: desgarro de un número moderado de fibras, mientras que la aponeurosis permanece intacta, aunque existe hematoma localizado. La rotura fibrilar es inferior a un tercio de la superficie muscular y el hematoma acompañante es inferior a 3cm y ocasionalmente puede haber un hematoma interfacial pequeño. Entre 7 a 15 días de recuperación.

-Grado III o Grave: desgarro de muchas fibras musculares con rotura parcial de la aponeurosis. La rotura de fibras afecta a más de un tercio de la superficie muscular y el hematoma es mayor de 3 cm. Siempre se acompaña de un gran hematoma interfacial. Entre 3 y 8 semanas de recuperación

-Grado IV o Severa: corresponde a la rotura total del músculo. El músculo aparece retraído e hiperecogénico y se acompaña de un gran hematoma. En el estudio ecográfico es típica la imagen en “badajo de campana”, que traduce una solución de continuidad, con las fibras retráctiles dentro de la cavidad hemática. Entre 8 y 12 semanas de recuperación (Prentice, 2009)⁹⁷

⁹⁷ En su libro identifica y describe brevemente la fisiopatología de las diversas lesiones, estudia las técnicas de rehabilitación potenciales que puedan aplicarse en las distintas fases del proceso de

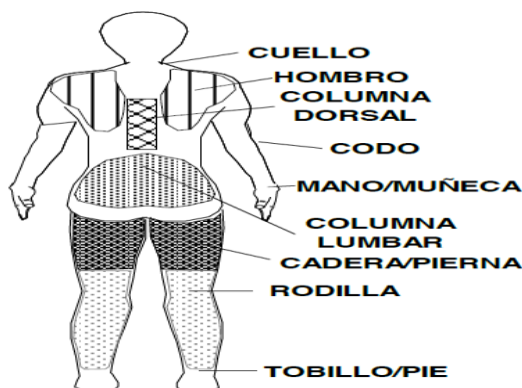


Detección de síntomas musculoesqueléticos iniciales, mediante el dolor o molestias

Definición conceptual: Las enfermedades musculoesqueléticas a menudo se manifiestan con la aparición del dolor y las limitaciones físicas resultantes. Por lo que es importante detectar la existencia de síntomas iniciales, cuando el dolor aún no supone una incapacidad.

Definición operacional: Las enfermedades musculoesqueléticas a menudo se manifiestan con la aparición del dolor y las limitaciones físicas resultantes. Por lo que es importante detectar la existencia de síntomas iniciales, cuando el dolor aún no supone una incapacidad.

Mediante una entrevista semiestructurada en la población de actores, cuando el dolor aún no supone una incapacidad, el “Cuestionario Nórdico” de Kuorinka y colaboradores (1987)⁹⁸, es una herramienta eficaz y estandarizada, aplicable en el contexto de estudios ergonómicos o de salud ocupacional, que permite detectar la existencia de síntomas iniciales, que todavía no han constituido enfermedad o no han llevado a consultar aún a un médico. Su valor radica en que da información que permite estimar el nivel de riesgo de manera proactiva, favoreciendo así una actuación precoz. Las preguntas son de elección múltiple. Mediante un mapa corporal dividido en regiones, donde al entrevistado se le solicita responder señalando en qué parte de su cuerpo tiene o ha tenido dolores, molestias o problemas. El Cuestionario Nórdico propone una identificación asintomática antes de que el problema haya provocado incapacidad, de forma rápida, sencilla y sin la necesidad de llevar a cabo estudios de evaluación física, neurológica, mental y funcional, más propios de especialidades médicas. El único objetivo del cuestionario es mejorar las condiciones en que se realizan las tareas, con el fin de alcanzar un mayor bienestar para las personas y mejorar los procedimientos de trabajo.



	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
1. ¿Ha tenido molestias en...?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Izdo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Izdo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Izdo.
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dcho.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dcho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dcho.
							<input type="checkbox"/> Ambos		No	<input type="checkbox"/> Ambos

recuperación. Trata las diversas técnicas y teorías en que deben basarse los protocolos de rehabilitación en relación a áreas anatómicas regionales específicas

⁹⁸ Presentan cuestionarios estandarizados para el análisis de síntomas musculoesqueléticos en un contexto de salud ergonómico u ocupacional. Las preguntas son variantes de elección forzada y pueden auto-administrarse o usarse en entrevistas. Se concentran en los síntomas más frecuentes en un entorno laboral. La confiabilidad de los cuestionarios ha demostrado ser aceptable. Las características específicas de la tensión laboral se reflejan en la frecuencia de las respuestas a los cuestionarios.



	Cuello		Hombro		Dorsal o lumbrar		Codo o antebrazo		Muñeca o mano	
2. ¿Desde hace cuánto tiempo?										
3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbrar	Codo o antebrazo	Muñeca o mano					
5. ¿Cada cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días, no seguidos <input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días, no seguidos <input type="checkbox"/> Siempre.	<input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días, no seguidos <input type="checkbox"/> Siempre.	<input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días, no seguidos <input type="checkbox"/> Siempre.	<input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 8-30 días <input type="checkbox"/> >30 días, no seguidos <input type="checkbox"/> Siempre.					
6. ¿Cuánto dura cada episodio?	<input type="checkbox"/> <1 hora <input type="checkbox"/> 1-24 horas <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-7 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> <1 hora <input type="checkbox"/> 1-24 horas <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-7 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> <1 hora <input type="checkbox"/> 1-24 horas <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-7 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> <1 hora <input type="checkbox"/> 1-24 horas <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-7 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> <1 hora <input type="checkbox"/> 1-24 horas <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-7 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes					
7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes	<input type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1-7 días <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> >1 mes					
8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. Ponga una nota a las molestias entre 0 (sin molestias) a 5 (muy fuertes)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
11. ¿A qué atribuye estas molestias?										

Fuente: Kuorinka et al. (1987). Disponible en: <http://www.talentpoolconsulting.com/wp-content/uploads/2014/06/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf>

Intensidad del dolor o molestia

Definición conceptual: Identificación de la intensidad en que experimenta el actor al dolor o molestia. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión”. Como experiencia compleja que es, incluye factores sensoriales, emocionales, psicológicos y sociológicos. Además no es una experiencia puramente nociceptiva, sino que cursa con



componentes emocionales y subjetivos y no se produce sin causa somática⁹⁹, que la justifique (International Association for the Study of Pain (IASP, 2011)¹⁰⁰

Definición Operacional: Identificación de la intensidad en que experimenta el actor al dolor o molestia. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión". Como experiencia compleja que es, incluye factores sensoriales, emocionales, psicológicos y sociológicos. Además no es una experiencia puramente nociceptiva, sino que cursa con componentes emocionales y subjetivos y no se produce sin causa somática, que la justifique, es decir, el dolor es un mecanismo de protección que se percibe cuando se ha producido un dolo o daño físico. Dicho en términos clínicos, es la sensación desagradable que se experimenta tras producirse una lesión tisular¹⁰¹ o nerviosa¹⁰². Comprende por tanto un elemento esencial en la valoración médica del daño corporal y supera la exclusiva valoración del dolor físico. Se medirá la encuesta, a través de la escala analógica visual numérica (EVA)¹⁰³ es utilizada internacionalmente para la cuantificación del dolor. Los valores de la variable están representadas por: Leve: de 0 a 2, Moderado: de 3 a 7 y Severo-intenso: de 8 a 10



Fuente: Jensen MP et al. (1999)¹⁰⁴.

Grado de importancia de factores de riesgo que incrementan la posibilidad de producir o desarrollar trastornos musculoesqueléticos

Definición conceptual: Nivel de reconocimiento y valoración que hace el actor de los factores de riesgos biomecánicos y organizacionales a los cuales está sometido, así como los elementos que contribuyen para que una condición riesgosa se convierta en un evento lesivo.

⁹⁹ Somática: adj. (Patol. general) Del síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico [57].

¹⁰⁰ El dolor es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual

¹⁰¹ Tisular: adj. Biol. Perteneciente o relativo a los tejidos de los organismos.

¹⁰² Nerviosa: Relativo al Sistema Nervioso.

¹⁰³La escala analógico visual, conocida como EVA, EAV o VAS fue introducida por Scout Huskinson en 1976. Se trata de una línea de 10cm., acotada en sus dos extremos, donde uno de ellos es la ausencia del dolor y el otro es el máximo dolor posible. Puede estar acorada de derecha a izquierda o de arriba abajo indiferentemente, pero generalmente el 0 o no dolor se sitúa a la izquierda o en la parte inferior y el 10 o máximo dolor a la derecha o en la parte superior.

¹⁰⁴ Sugieren que para obtener una medida del dolor válida y fiable de la Intensidad del dolor se calcula como la media de los valores descritos en el momento actual, promedio en últimas 2 semanas y peor dolor de las 2 últimas semanas.



Definición operacional: Reconocimiento y valoración que hace el actor de los factores de riesgos biomecánicos y organizacionales a los cuales está sometido, así como los elementos que contribuyen para que una condición riesgosa se convierta en un evento lesivo. El ambiente de trabajo es el resultado de la interacción de todas aquellas condiciones y objetos que rodean el lugar y el momento en el cual el trabajador ejecuta su labor. El grado de importancia de los factores de riesgo que incrementan los riesgos lesionales se realizara a través la escala de Likert marcando con una X el lugar de la escala que mejor represente su opinión, según el grado de importancia que el actor le atribuya a cada factor ergonómico en la incidencia lesional. Se propone el listado de factores de riesgos (tanto ergonómicos como los que no lo son) siguientes:

- Factores de tipo biomecánicos. Fatiga. Se superan los límites energéticos del organismo. Debidos a la aplicación de fuerza física requerida para el desarrollo de las tareas.
- Factores de riesgo biomecánicos debidos a las posturas de trabajo inadecuadas (forzada, estáticas o estáticas puras) que afectan al sistema musculoesquelético.
- Factores de riesgo biomecánico. Presión mecánica directa sobre los tejidos corporales (neuropatías por presión debida a posturas y cargas, como se indicó en el método MSC).
- Factores de riesgo biomecánico por trabajos repetitivo: el trabajo implica tareas cortas y repetitivas. Movimientos muy repetitivos de los miembros inferiores o superiores.
- Factores de riesgo biomecánico por levantamiento, manipulación y empuje de cargas: se levantan, manipulan o empujan cargas pesadas o difíciles de manejar.
- Factores de tipo organizacional. Falta de formación ergonómica y concienciación cultural.
- Factores de tipo organizacional y comunitario. Falta de utilización de técnicas afines: búsqueda de soluciones, legislación
- Factores higiénicos. Vibraciones corporales.
- Factores de tipo organizacional. La supervisión y el liderazgo es deficiente.
- Factores de tipo organizacional. Influencia del MA. Entornos de trabajos fríos o cálidos.
- Factores de tipo organizacional. Falta de condiciones extras que pudieran ayudar como la fisioterapia de entrenamiento, masajes, acupuntura, técnicas de relajación
- Factores de tipo psicosociales y de personalidad. Relaciones interpersonales deficientes (p.e. mobbing y estrés por presión de tiempo innecesaria).
- Factores de tipo organizacional y psicosocial. Ritmo de trabajo: no se tiene libertad para hacer un descanso, autonomía en el trabajo.
- Factores de tipo psicosociales. Horarios de trabajo. Se superan los límites establecidos inicialmente y estrés por la presión de tiempos, etc.

Se ha excluido de estos factores el factor genético y los factores personales, que pudieran tener un valor intrínseco por sí mismo y serían objeto de estudios paralelos



Alineación postural

Definición conceptual: Colocación óseo-ligamentosa correcta de una persona, determinante de un equilibrio dado por la caída del centro de gravedad dentro de la base de sustentación.

Definición operacional: Colocación óseo-ligamentosa correcta del actor de teatro determinante de un equilibrio dado por la caída del centro de gravedad dentro de la base de sustentación. La alineación es medida por el signo de la plomada mediante la observación directa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Iniciales del actor: _____

Nombre de la evaluación: **Factores Productores De Dolor Y/O Lesiones Musculoesqueléticas En Los Actores De Teatro**

Se me ha invitado a participar de la siguiente evaluación, explicándome que consiste en la realización de una encuesta kinesiológica.

Los datos recabados servirán de base a la presentación de la tesis de grado sobre el tema arriba enunciado, que será presentado por la Sra. Gioe Agustina, estudiante de la carrera Licenciatura en Kinesiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA.

La encuesta consiste en la recolección de datos relacionados con el tema arriba enunciado. La misma no provocará ningún efecto adverso hacia mi persona, ni implicara algún gasto económico, pero contribuirá en el conocimiento de factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los Actores de Teatro, durante el año 2017-2018, en la ciudad de Mar del Plata.

La firma de este consentimiento no significa la pérdida de ninguno de mis derechos que legalmente me corresponden como sujeto de la investigación, de acuerdo a las leyes vigentes en la Argentina.

Yo.....he recibido del estudiante de Kinesiología, , información clara y en mi plena satisfacción sobre esta evaluación, en el que voluntariamente quiero participar. Puedo abandonar la evaluación en cualquier momento sin que ello repercuta sobre mi persona.

Firma del actor.....Aclaración.....

Firma del testigo.....Aclaración.....

Firma del estudiante.....Aclaración.....

Fecha.....



ENCUESTA PARA ACTORES

N°: _____

1) Sexo: Femenino____ Masculino____

2) Edad: _____ 3) Peso _____ Altura _____

5) ¿Cuántos años lleva trabajando como actor?

Menos de 2 años____ De 2 a 5 años____ De 6 a 10 años____

De 10 a 20 años____ Más de 20 años

6) ¿Cuántas veces por semanas ensaya o realiza entrenamiento actoral?

1 vez por semana____ 2 veces por semana____ 3 veces por semana____

4 0 5 veces por semana____ Todos los días

7) ¿Cuántas horas de ensayo realiza cada vez?

Menos de 2 horas____ Entre 2 y 3 horas____ Entre 3 y 4 horas____

Entre 4 y 5 horas____ Más de 5 horas

8) .Con qué frecuencia semanal participa en una obra?

1 por mes____ 2 a 4 veces por mes____ Entre 5 y 8 veces por mes____

Más de 8 veces por mes____ Otras? Cuáles? _____

9) .Realiza algún tipo de calentamiento previo al ensayo/ obra? Si____ No____

10) .¿Realiza algún trabajo de conciencia-expresión corporal dentro del tiempo de ensayos?

Si____ No____

11) ¿Cree usted que necesita una optimización del rendimiento dentro del ejercicio teatral?

Si____ No____

12) .Realiza algún tipo de elongación posterior a la actuación? Si____ No____

13) ¿Realiza alguna actividad física-deportiva?

Si____ No____



a) ¿Cuál? _____

b) ¿Cuántas veces por semana práctica deporte?

1 vez por semana____ 2 veces por semana____ 3 veces por semana____

4 o 5 veces por semana____ Todos los días____



14) ¿En los últimos dos años, ¿ha padecido algún trastorno musculoesquelético relacionado con el trabajo, por el cual haya debido ausentarse del trabajo?

Si _____ No _____

a) ¿Qué tipo de lesión tuvo?

Calambres		Contusiones	
Distensiones		Dislocaciones	
Esguinces		Fracturas	
Contracturas		Tendinopatías	
Desgarros		Rotura ligamentaria	
Otras: cuales?			

b) ¿Cuánto tiempo ha requerido ausentarse del trabajo debido a la afección producida?:

Menos de 7 días (Grado I. Leve) _____ De 7 a 15 días (Grado II.) _____

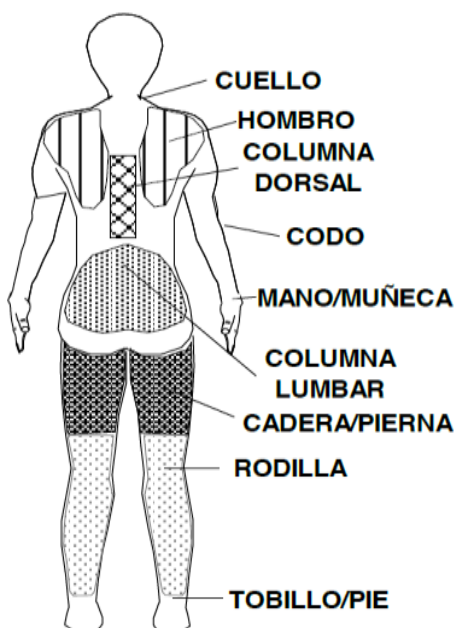
Entre 3 y 8 semanas (Grado III) _____ Entre 8 y 12 semanas (grado IV) _____

Fuente: Pentrice (2009)

15) En el caso de no haya tenido que ausentarse del trabajo de actuación, indíquenos si en los últimos 12 meses ha padecido dolor o molestias que cree que pudieran tener relación con su lugar de trabajo?

Si _____ No _____

a) ¿dónde:?



Cuello/ columna cervical _____

Hombro= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambos _____

Columna dorsal _____

Columna lumbar _____

Codo= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambos _____

Mano= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambas _____

Cadera= Derecha _____ Izquierda _____ Ambos _____

Pierna= Derecha _____ Izquierda _____ Ambos _____

Rodilla= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambos _____

Tobillo= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambos _____

Pie= Derecho _____ Izquierdo _____ Ambos _____

Fuente: Kuorinka et al. (1987). Disponible en: <http://www.talentpoolconsulting.com/wp-content/uploads/2014/06/cuestionario-nordico-kuorinka.pdf>

16) En el caso de que haya sentido molestias, indique a continuación: ¿Durante cuánto tiempo ha tenido molestias o dolor?

1 a 7 días _____ 8-30 días _____ Menos de 30 días, no seguidos _____

Más de 30 días _____ Siempre _____

17) ¿Cuánto dura el episodio?

Menos de 1 hora _____ Entre 1 y 24 horas _____ De 1 a 7 días _____



De 1 a 4 ó 5 semanas _____ Más de 1 mes _____

18) Califique del 1 al 10 su nivel de molestia/dolor?



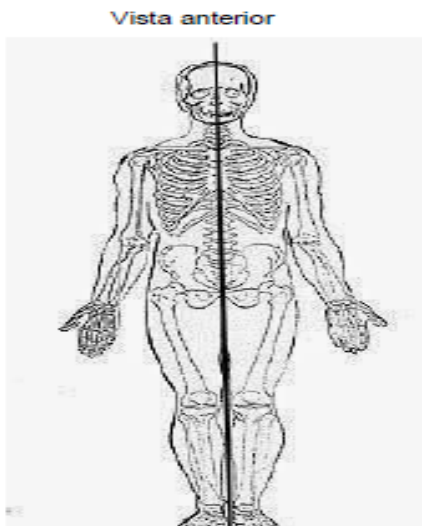
Fuente: Jensen MP et al. (1999)

19) ¿De los siguientes factores, cuales cual es su valoración ante la posibilidad de producir o desarrollar trastornos musculoesqueléticos?

	0: Nada	1: Poco	2: Bastante	3: Mucho
Posturas o movimientos de trabajo inadecuadas (forzada, estáticas puras) que afectan al sistema musculoesquelético.				
Movimientos que producen Fatiga. Se superan los límites en el organismo.				
Movimientos muy repetitivos: De la mano o brazo o miembros inferiores				
Factores de riesgo biomecánicos debidos a la aplicación de fuerza requerida para el desarrollo de las tareas de actuación.				
Presión mecánica directa sobre los tejidos corporales (neuropatía por presión debida a posturas y cargas)				
Entornos de trabajos fríos o cálidos. O con desniveles				
Ritmo de trabajo: No se tiene libertad para hacer un descanso.				
Trabajo monótono.				
Factores psicosociales Relaciones interpersonales deficientes (mobbing...)				
Factores personales: edad avanzada, enfermedades crónicas y accidentes relacionados.				
Falta de formación ergonómica y concienciación cultural.				
Falta de utilización de técnicas afines.				
Falta de fisioterapia para el entrenamiento, masajes, acupuntura, técnicas de relajación...				

EVALUACION DE LA ALINEACIÓN POSTURAL:

Vista anterior



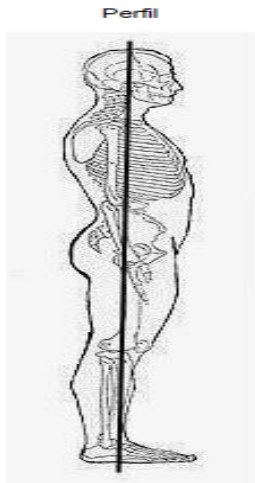
Vista anterior

Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> Inclinado Centrado Rotado 	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>															
Hombros	<ul style="list-style-type: none"> Ascendidos Descendidos Dismetría 																
Ángulo de la talla	<ul style="list-style-type: none"> Aumentado Disminuido 																
Caderas	<ul style="list-style-type: none"> Ascendidas Descendidas Dismetría 																
Rodillas	<ul style="list-style-type: none"> Valgo Varo 																
Pie	<ul style="list-style-type: none"> Valgo Varo 																

Fuente: imagen extraída de Daza Lesmes (2007).



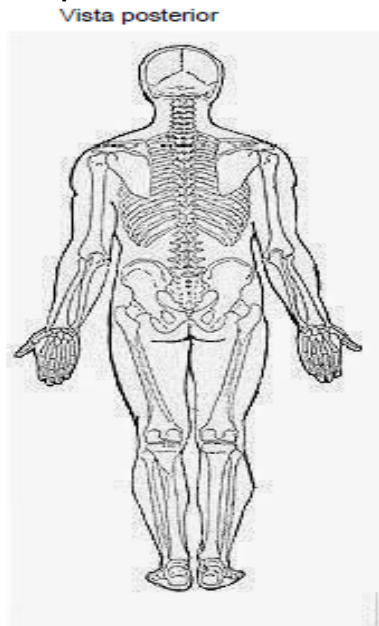
Perfil



Cabeza y cuello	{	Rectificación	[]	
		Lordosis		
		Antepulsión		
Hombros	{	Retropulsión	[]	
		Antepulsión		
		Retropulsión		
Columna	{	Cervical {	Aumentada	[]
			Disminuida	
			Neutra	
	Dorsal {	Aumentada	[]	
		Disminuida		
	Lumbar {	Aumentada	[]	
Disminuida				
Pelvis	{	Anteversión	[]	
		Retroversión		
Rodillas	{	Recurvatum	[]	
Pie	{	Flexum	[]	
		Plano		
		Cavo		

Fuente: imagen extraída de Daza Lesmes (2007).

Vista posterior



Cabeza y cuello	{	Inclinado	[]	
		Centrado		
		Rotado		
Escápulas	{	Aducidas	[]	
		Abducidas		
		Aladas		
		En báscula		
		En báscula		
Columna	{	Cervical {	Lateralización	[]
			Rotación de c.v.	
			Rotación de c.v.	
	Dorsal {	Lateralización	[]	
		Rotación de c.v.		
	Lumbar {	Lateralización	[]	
Rotación de c.v.				
Caderas	{	Ascendidas	[]	
		Descendidas		
		Dismetria		
Rodillas	{	Valgo	[]	
		Varo		
Pie	{	Valgo	[]	
		Varo		

Fuente: imagen extraída de Daza Lesmes (2007).

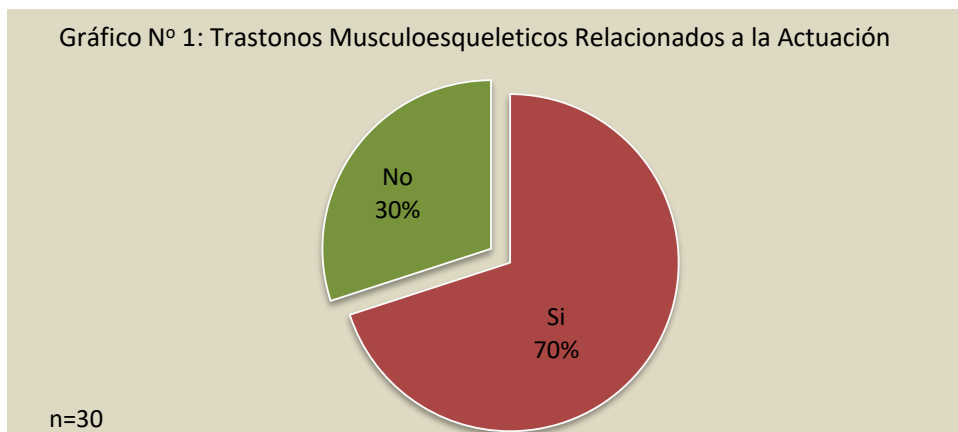


Analisis De Datos



En esta investigación se busca determinar los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los actores de teatro. Para ello se recabaron datos a través de una encuesta prediseñada, luego se codificó y tabuló los datos obtenidos mediante la elaboración de una matriz, y finalmente se realizó un análisis descriptivo e interpretativo en respuesta a las variables propuestas, cuyos resultados se presentan a continuación:

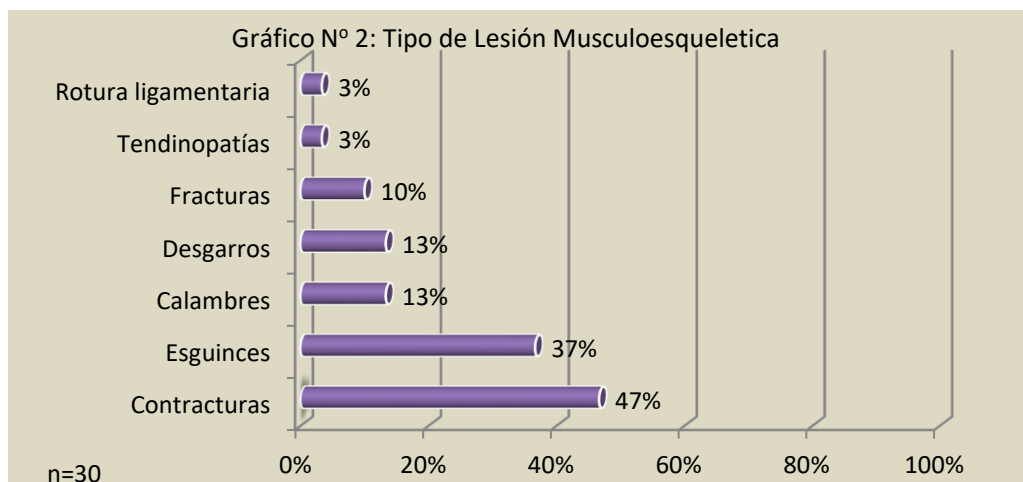
En el siguiente gráfico se puede observar la presencia de lesiones musculoesqueléticas en actores de teatro.



Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la muestra reflejan que durante los dos últimos años, el 70% de los actores padecieron lesiones musculoesqueléticas relacionadas con la actividad laboral, mientras que solo el 30% no sufrieron lesiones.

A continuación se describe el tipo de lesión musculoesquelética



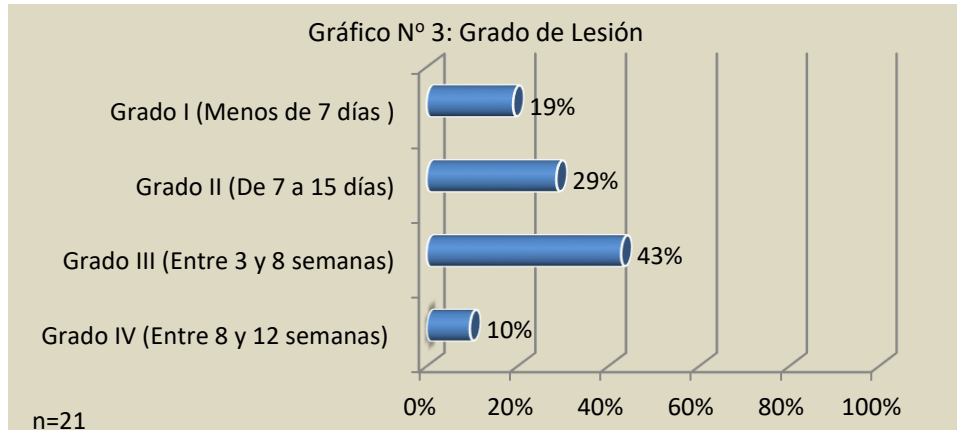
Fuente: Elaboración propia.

En lo que concierne al tipo de lesión que afectan a los actores de teatro, en la muestra se halló predominio de lesiones referentes a músculos y tendones: contracturas



(47%), esguinces (37%), calambres y desgarros (13% respectivamente) y tendinopatías (3%); además en menor grado fracturas óseas (10%) y rotura ligamentaria (3%)

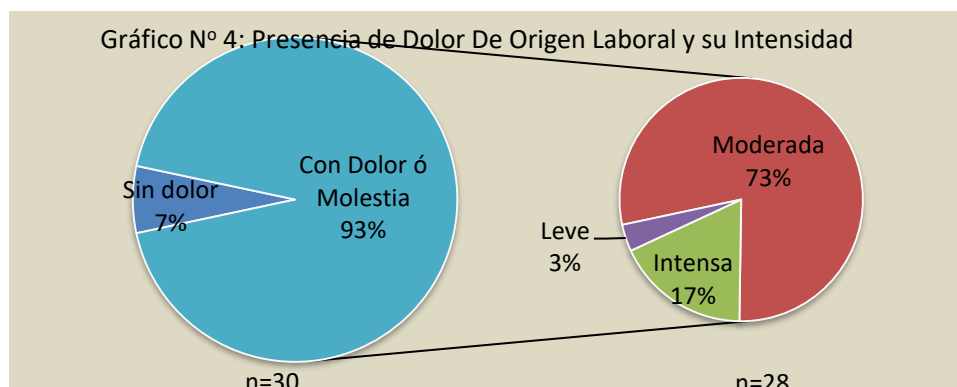
A continuación se describe la gravedad o importancia de la lesión, según los días que tardó en reconstruirse el tejido



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a esta variable, el 43% de los actores sufrieron lesiones graves o grado III, que tardaron entre 3 y 8 semanas en recuperarse de la misma, Mientras que en el 29% de los casos las injurias fueron de carácter moderado, donde la recuperación fue de entre 7 a 15 días; en el 19% de los actores las lesiones fueron leves, con un tiempo de recuperación menor a 7 días y solo en el 10% la rotura musculo ligamentosa fue severa, con demoras de reparación de entre 8 y 12 semanas.

Paralelamente mediante el cuestionario Nórdico de Kuorinka (1987)¹⁰⁵ se busco detectar la existencia de síntomas musculoesqueléticos iniciales, que todavía no han constituido patología. A continuación se describen los resultados de la presencia de molestias o dolor de origen laboral



Fuente: Elaboración propia.

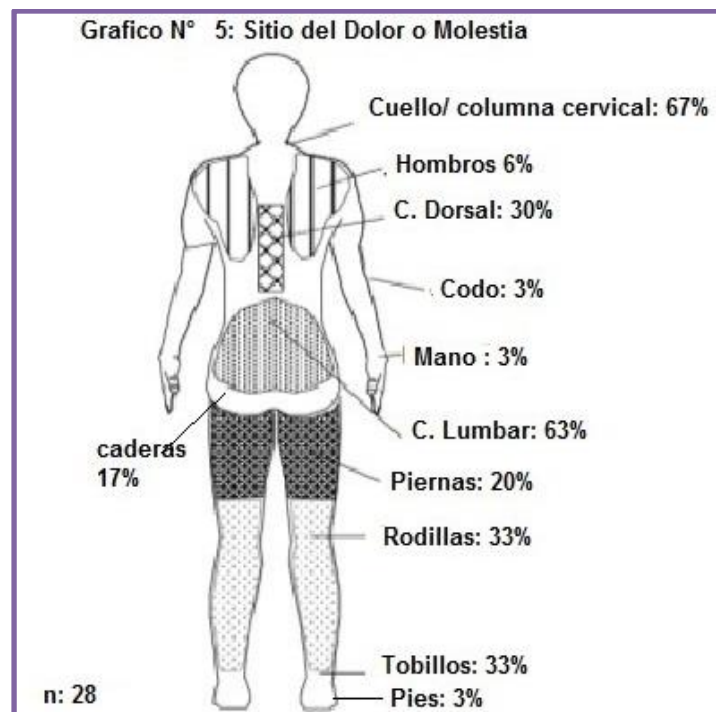
¹⁰⁵ El Cuestionario Nórdico propone una identificación asintomática antes de que el problema haya provocado incapacidad, de forma rápida, sencilla y sin la necesidad de llevar a cabo estudios de evaluación física, neurológica, mental y funcional, más propios de especialidades médicas



En lo relacionado a esta variable, es de destacar que no solo los actores que presentaron lesiones padecen algún tipo de dolor, sino que el 93% de las personas de la muestra manifestaron sufrir algún tipo de dolor o molestia articular-postural relacionadas a la actividad laboral, Y solo el 7% no presentan ningún tipo de dolencia.

Dentro de este grupo, el 73% percibe el dolor como moderado, el 17% manifestó sentir dolor intenso o severo, mientras que solo el 3% manifestó sentir un dolor o molestia de carácter leve.

Lo respectivo al sitio o zona donde se percibe la molestia o dolor se clasificó de acuerdo al segmento corporal relacionado con movimientos, a continuación se expresan los resultados.

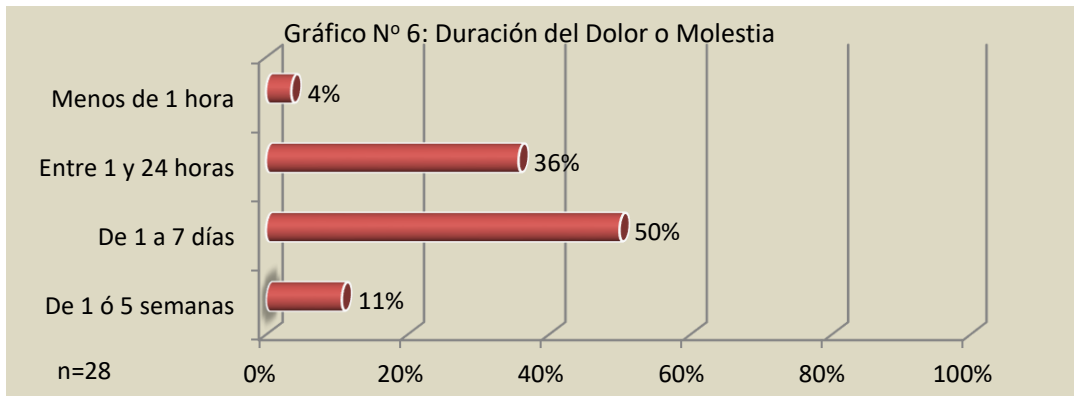


Fuente: Elaboración propia adaptado de Kuorinka et al. (1987).

Dentro de los actores con padecimiento de dolor o molestias, en el 67% de los casos se situó en cuello o columna cervical, mientras que el 63% las dolencias se hallaron en columna lumbar; en menor grado, el 33% presentó padecimientos en rodillas y tobillos, en igual proporción; el 30% tuvo dolor en columna dorsal; y en menor grado los actores manifestaron dolor en piernas (20%), hombros (6%) y en igual proporción del 3% en codos y pies. Es importante tomar en cuenta el segmento específico donde se origina la molestia. La aparición de algunas lesiones se inicia con signos y síntomas como dolores musculares que van agravándose, causando inflamación, aumentos de la sensibilidad donde se genera la lesión.



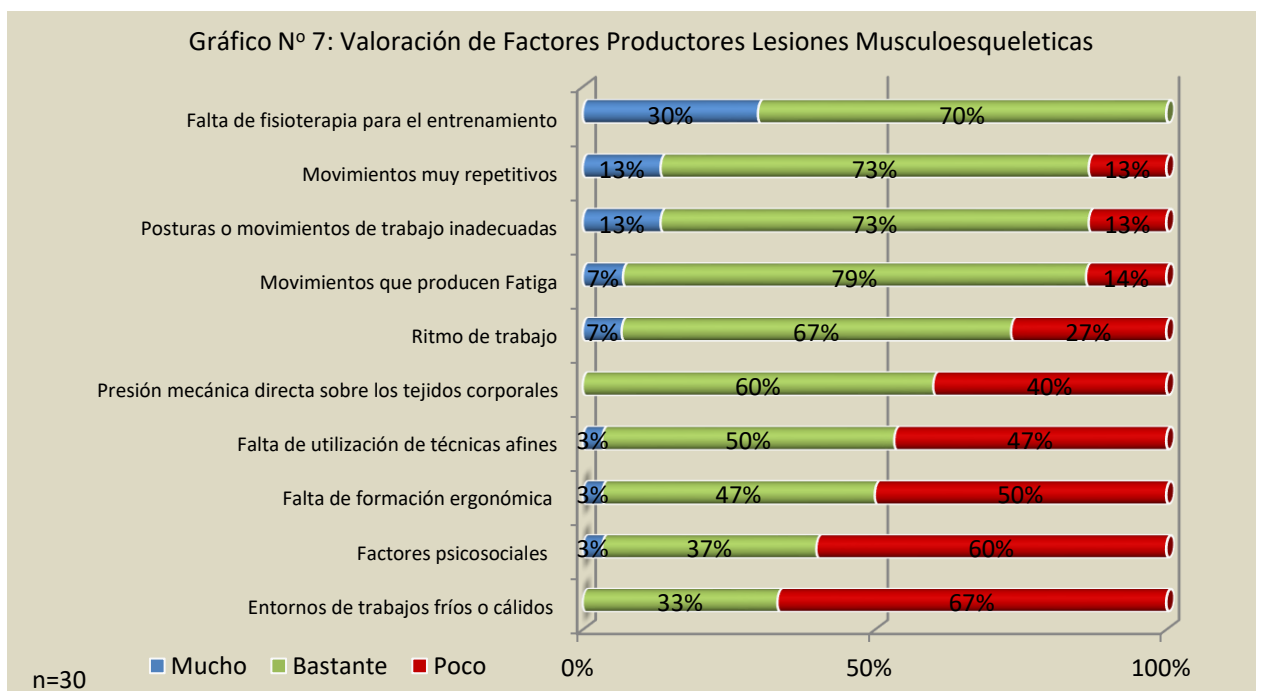
También se identificó la duración del episodio doloroso, que se describe a continuación



Fuente: Elaboración propia.

Con relación a esta variable, en el 86% de los casos, el evento doloroso tuvo una duración media de entre 1 a 7 días, mientras que en el 15% la molestia fue de entre 1 a 5 horas.

Paralelamente se pidió a los actores que evalúen el grado de importancia que le atribuyen a diferentes factores causantes de lesiones de origen laboral.



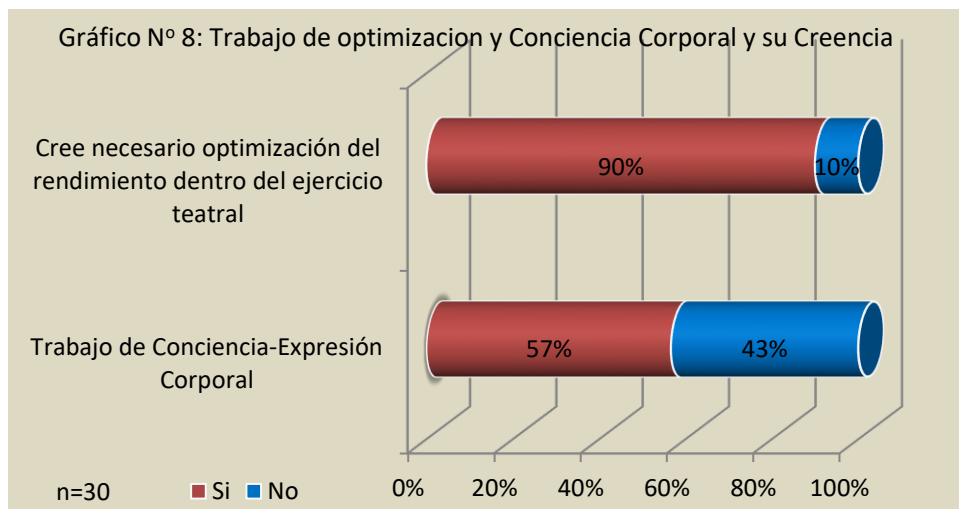
Fuente: Elaboración propia.

Entre los factores predisponentes o productores que los actores le dan mayor valoración, en primera instancia se halló como bastante a muy importante a la falta de condiciones extras que pudieran ayudar como la fisioterapia de entrenamiento, masajes, acupuntura, técnicas de relajación (100%); en segundo orden, el 87% consideró como mediano a muy importantes a factores de riesgo biomecánicos como movimientos muy



repetitivos, posturas o movimientos de trabajo inadecuados, movimientos que producen fatiga (86%), y en orden de importancia le siguen factores de tipo organizacional, como el intenso ritmo de trabajo sin descansos adecuados (73%), presión mecánica directa sobre tejidos corporales (60%), falta de utilización de técnicas afines (53%) y falta de formación ergonómica (50%). Los factores que menos valoración tuvieron entre los actores como productores de trastornos musculoesqueléticos fueron la influencia medioambiental como entornos de trabajos fríos o cálidos (67%) y factores psicosociales como horarios de trabajo.

A continuación se describe la realización de trabajo de ejercitación de optimización de performance dentro de la labor actoral y las creencias que poseen los mismos sobre dichos trabajos.



Fuente: Elaboración propia.

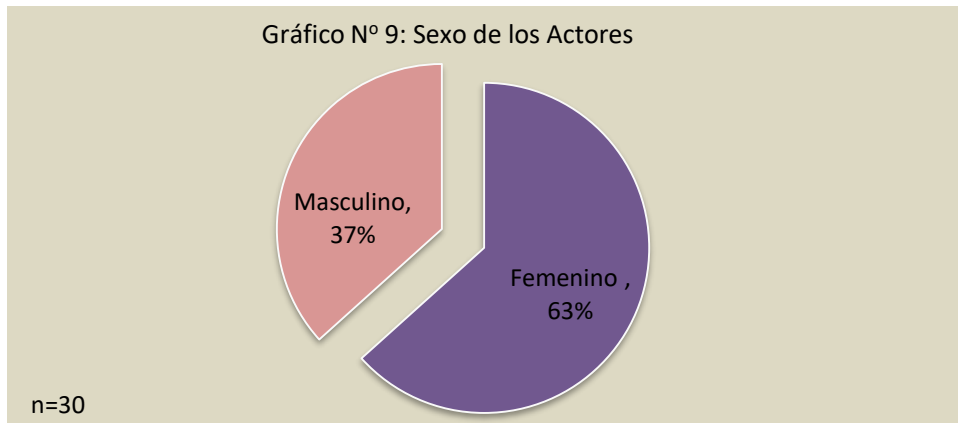
Con relación a la práctica de conciencia de sí mismos y de expresión corporal, se halló que el 57% de los actores efectúan este tipo de actividades, mientras que el 43% no lo hace.

Con respecto a la creencia de los actores sobre la necesidad ejercicios de optimización de la performance dentro del ejercicio teatral, dentro de la muestra el 90% lo considera importante.

Con el objetivo de establecer relaciones entre la presencia de lesiones musculoesqueléticas de origen laboral, el padecimiento de dolor y algunas de las variables que resultaron de consideración en este análisis de datos, se procede a representar de manera conjunta las mismas, que se expresan a continuación:



En el siguiente gráfico se puede observar la composición según sexo de los actores.



Fuente: Elaboración propia.

Con relación a esta variable, la muestra refleja una alta prevalencia del sexo femenino, es decir que el 63% son actrices y el 37% son actores.

A través de la prueba del chi cuadrado¹⁰⁶, no se pudo comprobar relación directa entre el sexo del actor y las lesiones de origen laboral, aunque hay una directriz que indica que existe mayor presencia de trastornos musculoesqueléticos en los hombres. Tampoco se halló correspondencia directa entre la presencia de molestias o dolor en relacion al trabajo y el sexo, pero la tendencia indica mayor presencia de molestias en los actores hombres.

Resultados de la prueba de independencia entre sexo y patologías musculoesqueléticas en actores de teatro:

Tabla De Contingencia

	Femenino	Masculino	Total
Con Lesión	12	9	21
Sin Lesión	7	2	9
Total	19	11	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	1,155
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,282
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre sexo y presencia de molestias o dolor en actores de teatro:

Tabla De Contingencia

	Femenino	Masculino	Total
Con dolor o molestias	17	11	28
Sin dolor o molestias	2	0	2
Total	19	11	30

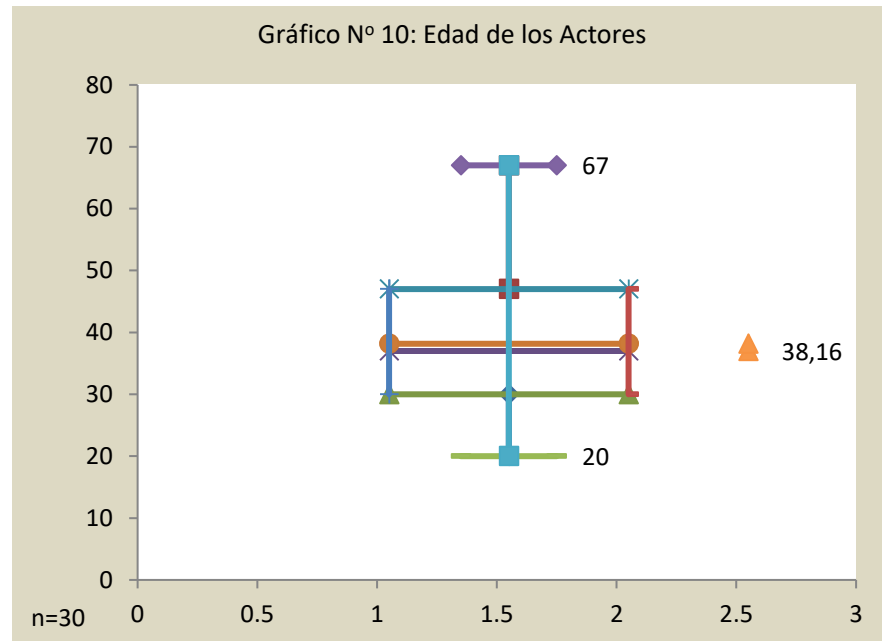
Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

¹⁰⁶ La prueba Chi cuadrado que se emplea para comprobar la independencia de frecuencias entre dos variables categóricas, medidas en escala ordinal o nominal. Parte de la hipótesis que las variables son independientes; es decir, que no existe ninguna relación entre ellas y por lo tanto ninguna ejerce influencia sobre la otra. El objetivo de esta prueba es comprobar la hipótesis mediante el nivel de significación, por lo que sí el valor de la significación es mayor o igual que el Alfa (0.05), se acepta la hipótesis, pero si es menor se rechaza.



Chi-cuadrado (valor observado)	1,241
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,265
Alpha	0,05

En el siguiente gráfico se pueden observar la distribución de las edades de los actores de teatro.



Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a la variable edad, se observa que las mismas varían entre los 20 y 67 años de edad. Y la edad media es de 38 años. Aunque la distribución presenta una paridad similar en casi todos los rangos de edades, se registra el mayor porcentaje del 37% comprendido por los que tienen entre 30 y 39 años, seguidos en orden decreciente por el 23%, que tienen entre 20 y 29 años. Los trabajadores de entre 40 y 49 años conforman el 17% de la muestra, al igual que los del rango entre 50 y 59 años. Y solo el 7% de los trabajadores poseen mas de 60 años.

No se pudo probar dependencia entre la edad de los actores de teatro, y las lesiones musculoesqueléticas. Posiblemente la edad sea un factor a tener en cuenta sobre los riesgos de poder lesionarse mientras se actúa, ya que se observa una directriz que denota que mayor presencia de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en los actores mayores de 40 años. Tampoco se comprobó relación directa entre molestia o dolor y edad de los actores, pero en este caso la tendencia es más significativa, pues todos los actores mayores de 40 años padecen molestias o dolores relacionados con la actividad actuarial.



Resultados de la prueba de independencia entre edad y patologías musculoesqueléticas en actores de teatro:

Tabla De Contingencia

	De 20 a 29 años.	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	De 50 a 59 años.	De 60 o más años	Total
Con Lesión	5	8	3	4	1	21
Sin Lesión	2	3	2	1	1	9
Total	7	11	5	5	2	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	18,095
Chi-cuadrado (valor crítico)	32,671
GDL	21
p-value unilateral	0,643
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre edad y presencia de molestias o dolor en actores de teatro:

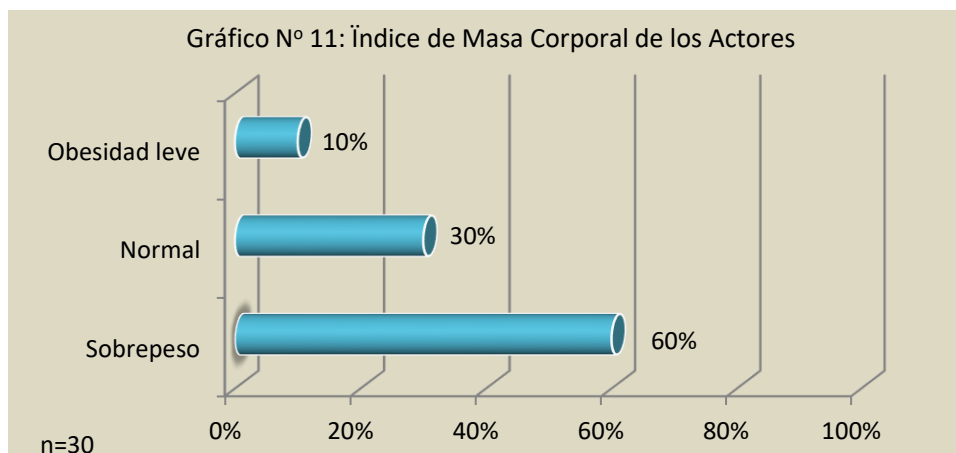
Tabla De Contingencia

	De 20 a 29 años.	De 30 a 39 años	De 40 a 49 años	De 50 a 59 años.	De 60 o más años	Total
Con dolor o molestias	6	10	5	5	2	28
Sin dolor o molestias	1	1	0	0	0	2
Total	7	11	5	5	2	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	9,911
Chi-cuadrado (valor crítico)	32,671
GDL	21
p-value unilateral	0,980
Alpha	0,05

En el siguiente gráfico se puede observar el índice de masa corporal de los actores

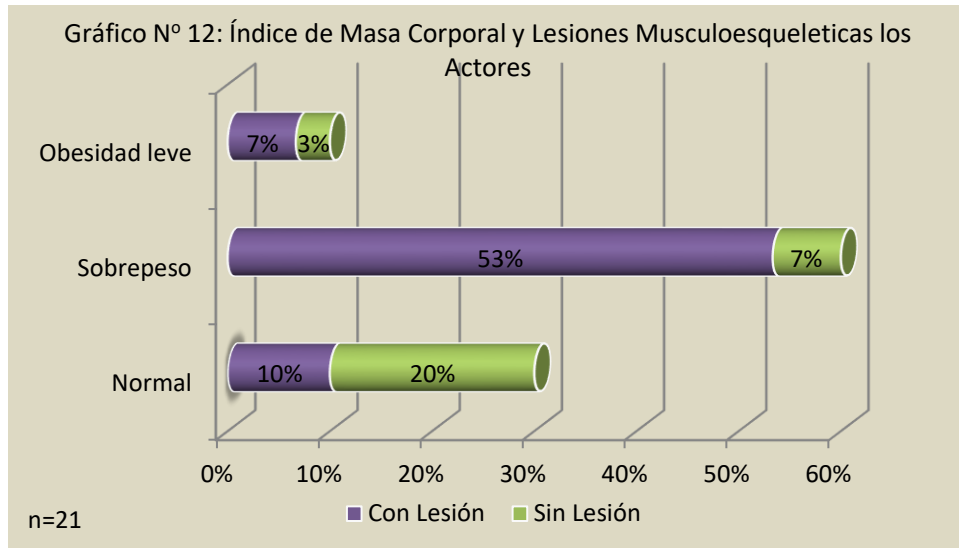


Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a esta variable, los resultados arrojan que el 60% de los actores de la muestra tienen sobrepeso, mientras que solo el 30% poseen normopeso, y el 10% padece obesidad leve.



Se encontró correspondencia directa entre el IMC y la presencia de lesiones musculoesqueleticas, evidenciando que presentan mayor cantidad de lesiones los actores que poseen sobrepeso u obesidad, teniendo mas probabilidades de padecer trastornos musculoesqueleticos. No se halló relacion entre las molestias y el Indice de masa corporal de los actores, pero nuevamente la tendencia indica que aquellos actores con mayor IMC padecen mayores dolencias.



Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la prueba de independencia entre IMC y patologías musculoesqueléticas en actores:

Tabla De Contingencia

	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad leve	Total
Con Lesión	3	16	2	21
Sin Lesión	6	2	1	9
Total	9	18	3	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	8,836
Chi-cuadrado (valor crítico)	5,991
GDL	2
p-value unilateral	0,012
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre IMC y dolencias o molestias de origen laboral en actores de teatro:

Tabla De Contingencia

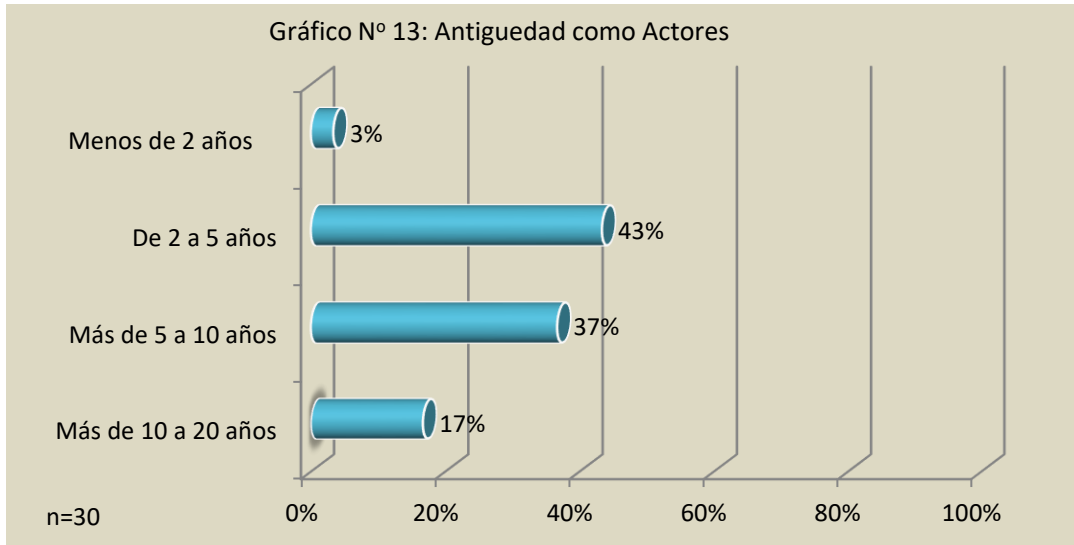
	Normal	Sobrepeso	Obesidad leve	Total
Con dolor o molestias	7	18	3	28
Sin dolor o molestias	2	0	0	2
Total	9	18	3	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	5,000
Chi-cuadrado (valor crítico)	5,991
GDL	2
p-value unilateral	0,082
Alpha	0,05



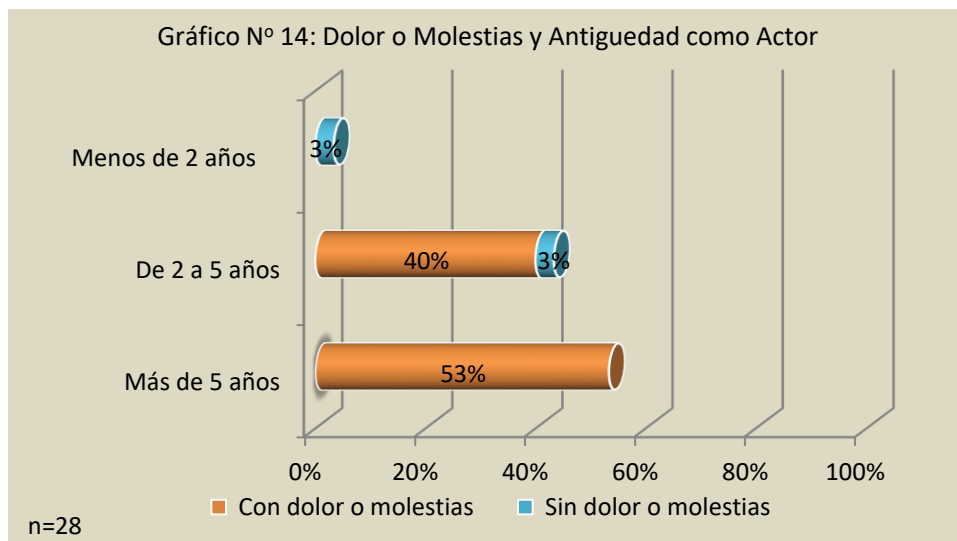
En el siguiente gráfico se puede observar la la cantidad tiempo en años que cada trabajador lleva realizando la profesión.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de la lectura del gráfico 11 se pueden observar que el 43% de los actores de la muestra tiene una antigüedad de entre 2 a 5 años, mientras que el 37% realiza esta labor desde hace entre 6 a 10 años, en el 17% de los casos su experiencia es de entre 10 y 20 años y solo en el 3% de los casos la antigüedad en menor a 2 años.

Los años de experiencia actoral no están relacionados con la presencia de trastornos musculoesqueléticos en actores; sin embargo se resalta que aquellos actores de teatro que poseen una experiencia mayor a 2 años tienen mayor probabilidad de padecer lesiones de índole laboral. Si se encontró estrecha dependencia entre la presencia de dolencias o dolores y la antigüedad laboral; determinándose que el 53% de los actores que realizan el trabajo de actuación desde hace mas de 6 años, padecen molestias o dolencias corporales de origen laboral.



Fuente: Elaboración propia.



Resultados de la prueba de independenciam entre años de experiencia actoral y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Menos de 2 años	De 2 a 5 años	De 6 a 10 años	De 10 a 20 años	Total
Con Lesión	0	9	7	5	21
Sin Lesión	1	4	4	0	9
Total	1	13	11	5	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	4,692
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,196
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independenciam entre años de experiencia actoral y dolencias o molestias de origen laboral en actores de teatro:

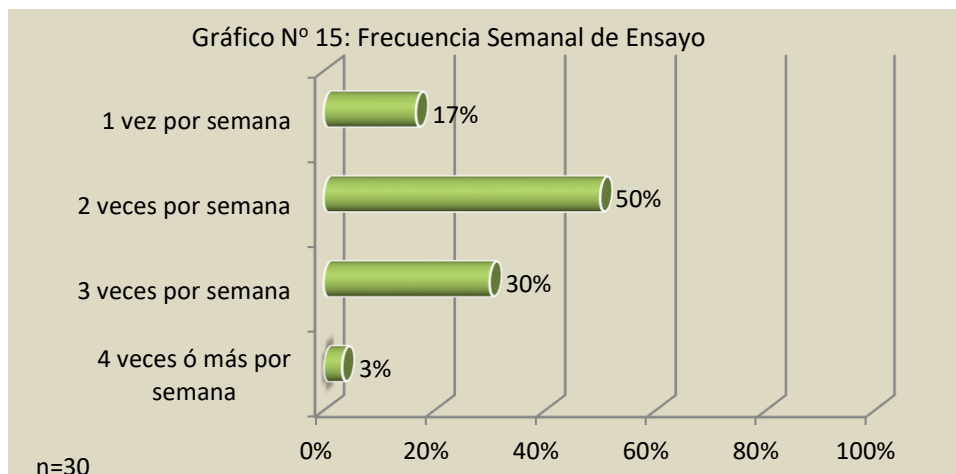
Tabla De Contingencia

	Menos de 2 años	De 2 a 5 años	De 6 ó más años	Total
Con dolor o molestias	0	12	16	28
Sin dolor o molestias	1	1	0	2
Total	1	13	16	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	15,165
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,002
Alpha	0,05

Se indago sobre la frecuencia semanal de ensayo de los actores, a continuacion se describen los resultados.

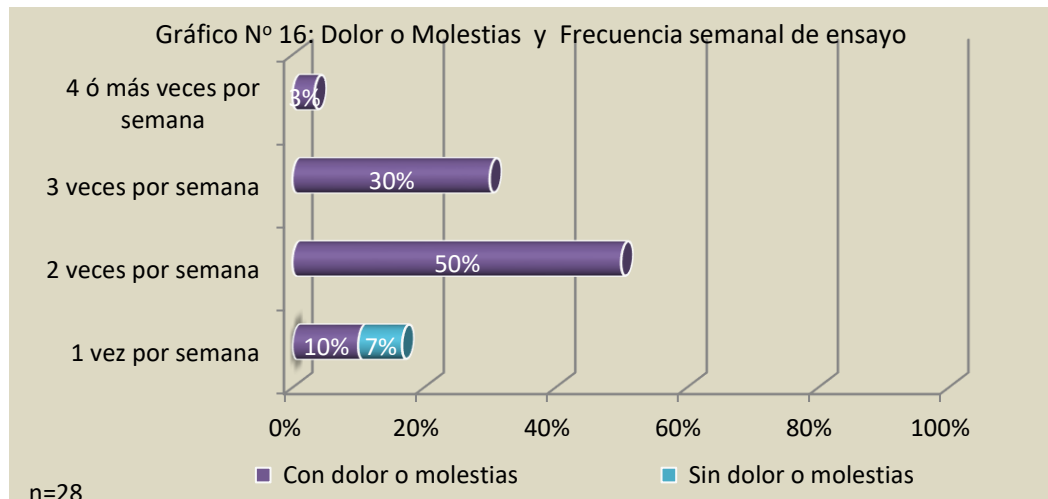


Fuente: Elaboración propia.

En relación a la frecuencia semanal de ensayos, se halló que el 50% de los trabajadores ejercita 2 veces por semana sus performances actorales, el 30% practica 3 veces por semana, el 17% solo una vez semanal, mientras que el 3% ensaya 4 ó 5 veces por semana.



No se encontró correspondencia directa entre la cantidad de ensayos semanales y las lesiones musculoesqueléticas de índole laboral, pero la tendencia implica que a mayor cantidad de veces que se ensaye mayores son las probabilidades de padecer trastornos osteo-artomusculares. Si se encuentran relacionados el dolor o molestias de origen laboral y la frecuencia semanal de ensayo, determinándose que el 83% de los actores hacen prácticas de performance entre 2 a 5 veces por semana, padecen dolores o molestias de origen laboral



Fuente: Elaboración propia.

Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia semanal de ensayos actorales y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 0 5 veces por semana	Total
Con Lesión	1	12	7	1	21
Sin Lesión	4	3	2	0	9
Total	5	15	9	1	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	7,354
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,061
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia semanal de ensayos actorales y dolencias o molestias de origen laboral:

Tabla De Contingencia

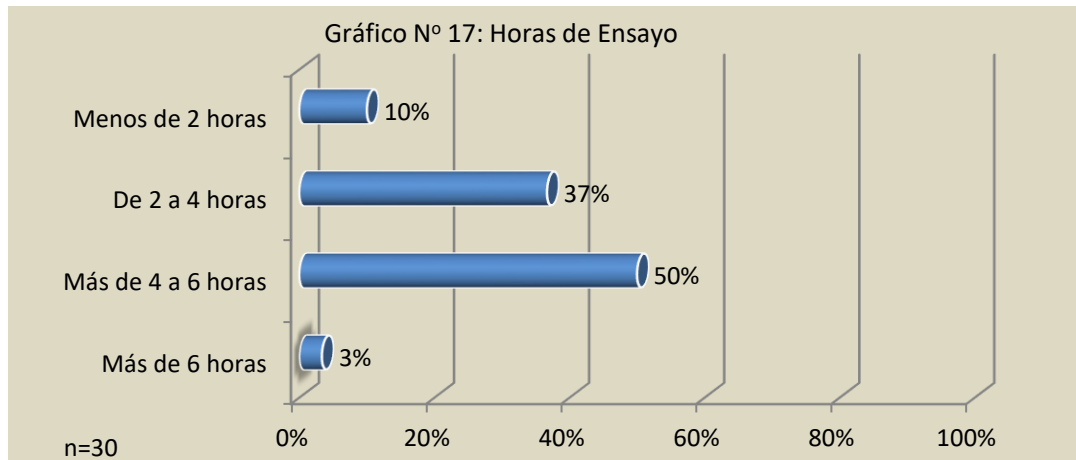
	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 0 5 veces por semana	Total
Con dolor o molestias	3	15	9	1	28
Sin dolor o molestias	2	0	0	0	2
Total	5	15	9	1	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	10,714
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,013
Alpha	0,05



A su vez se enfatizó en las horas de ensayo realizadas cada vez que practica por semana el actor



Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a la frecuencia diaria de horas que aproximadamente el actor le dedica cada vez que concurre a un ensayo, se halló que el 50% ensaya entre 4 a 5 horas por practica actoral; mientras que el 37% lo hace entre 2 y 4 horas cada vez.

No se encontró correspondencia directa entre la frecuencia de práctica diaria que los actores dedican a ensayos y las lesiones musculoesqueléticas producidas. Sin embargo la tendencia indica que aquellos actores que practican diariamente más de 2 horas diarias, son más propensos a sufrir trastornos musculoesqueléticos. Tampoco hubo relación entre las horas de ensayos diarias y la presencia de dolores o molestias de índole laboral, pero se manifiesta la misma propensión que ocurre con las lesiones

Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia semanal de ensayos actorales y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 o 5 veces por semana	Total
Con Lesión	1	12	7	1	21
Sin Lesión	4	3	2	0	9
Total	5	15	9	1	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	7,354
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,061
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia semanal de ensayos actorales y dolencias o molestias de origen laboral:

Tabla De Contingencia

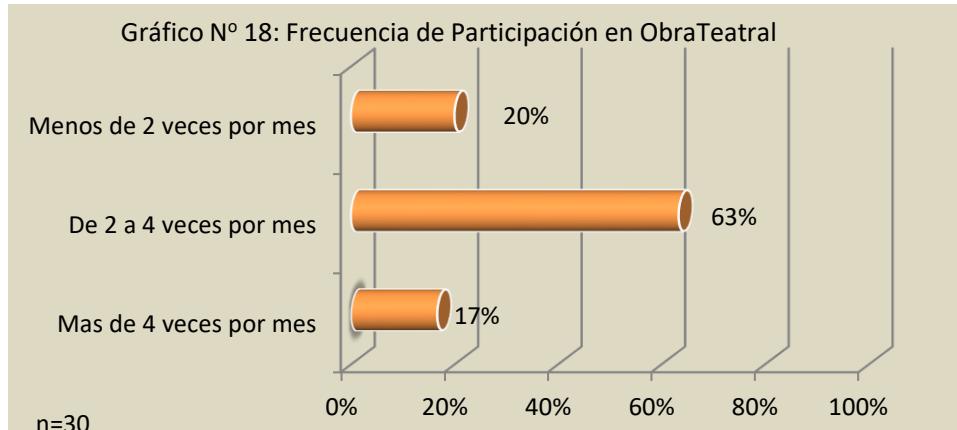
	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 o 5 veces por semana	Total
Con dolor o molestias	3	15	9	1	28
Sin dolor o molestias	2	0	0	0	2
Total	5	15	9	1	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)



Chi-cuadrado (valor observado)	10,714
Chi-cuadrado (valor crítico)	7,815
GDL	3
p-value unilateral	0,013
Alpha	0,05

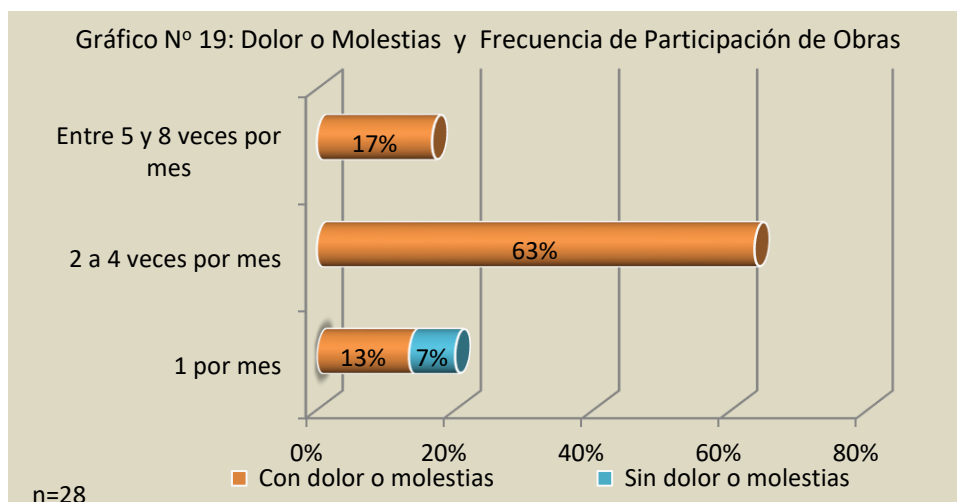
A continuación se expresan los resultados de la frecuencia de participación en obras.



Fuente: Elaboración propia.

Del total de la muestra, el 63% de los actores participa en obras de entre 2 a 4 realizaciones por mes, mientras que el 20% actúa solo 1 vez en el mes, y el 17% efectúan entre 5 y 8 actuaciones mensuales.

No se puede evaluar la relación entre la aparición de síntomas y lesiones musculoesqueléticas con respecto a la frecuencia mensual de actuaciones, pero hay un incremento de lesiones en aquellos actores que se presentan en obras más de 2 veces por mes. Se halla relación directa entre la presencia de dolor o molestias osteomusculares de origen laboral y la frecuencia mensual de actuaciones demostrándose que el 80% de los actores que participa entre 2 y 8 veces por mes en obras teatrales inciden en el padecimiento de dolores osteomusculares.



Fuente: Elaboración propia.



Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia mensual de participación en obras y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	1 por mes	2 a 4 veces por mes	Entre 5 y 8 veces por mes	Total
Con Lesión	2	16	3	21
Sin Lesión	4	3	2	9
Total	6	19	5	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	5,906
Chi-cuadrado (valor crítico)	5,991
GDL	2
p-value unilateral	0,052
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre frecuencia mensual de participación en obras y dolencias o molestias de origen laboral:

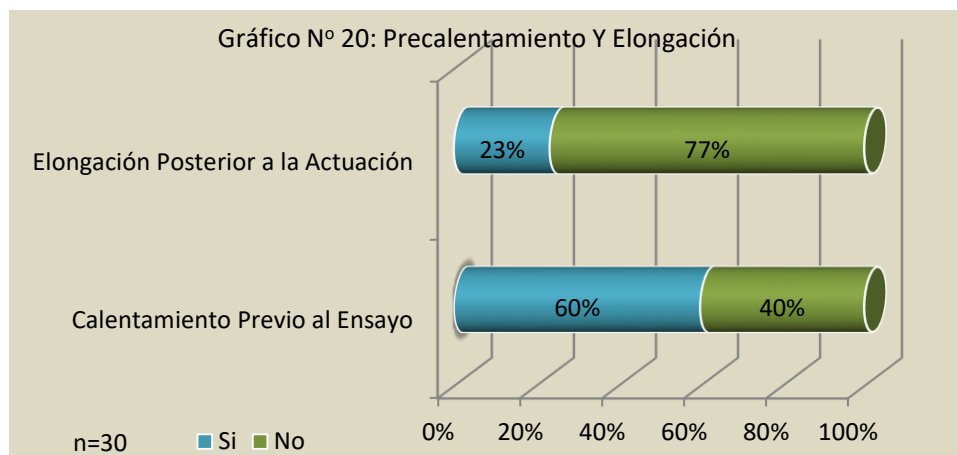
Tabla De Contingencia

	1 por mes	2 a 4 veces por mes	Entre 5 y 8 veces por mes	Total
Con dolor o molestias	4	19	5	28
Sin dolor o molestias	2	0	0	2
Total	6	19	5	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	8,571
Chi-cuadrado (valor crítico)	5,991
GDL	2
p-value unilateral	0,014
Alpha	0,05

En el grafico a continuación se describe los resultados de las variables entrada en calor previa al ensayo, y elongación posterior a la actuación.



Fuente: Elaboración propia.

Del total de la muestra se deduce que el 60% de los actores realizan ejercicios de calentamiento previo al ensayo entrar o a en escena, mientras que el 40% no realizan ningún tipo de realizan actividades de entrada en calor. No se comprobó dependencia entre la presencia de lesiones osteomusculares de origen laboral y la entrada en calor, previa al ensayo o actuación.



Con relación a elongar la musculatura posterior a la presentación o ensayo, podemos observar que solo el 23% de los actores realizan dichos estiramientos. Tampoco se halló correspondencia entre las lesiones musculoesqueléticas y la elongación posterior a la actuación, pero la tendencia indica que aquellos que no estiran posteriormente tienen mayores posibilidades de padecer lesiones de índole laboral.

Resultados de la prueba de independencia entre calentamiento previo al ensayo o participación en obras y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Realiza calentamiento	No realiza calentamiento	Total
Con Lesión	11	10	21
Sin Lesión	7	2	9
Total	18	12	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	1,693
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,193
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre calentamiento previo al ensayo o participación en obras y dolencias o molestias de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Realiza calentamiento	No realiza calentamiento	Total
Con dolor o molestias	17	11	28
Sin dolor o molestias	1	1	2
Total	18	12	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	0,089
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,765
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre elongación posterior al ensayo o participación y dolencias o molestias de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Elonga	No elonga	Total
Con Lesión	5	16	21
Sin Lesión	2	7	9
Total	7	23	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	0,009
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,925
Alpha	0,05

Resultados de la prueba de independencia entre elongación posterior al ensayo o participación en obras y trastornos musculoesqueléticos de origen laboral:

Tabla De Contingencia

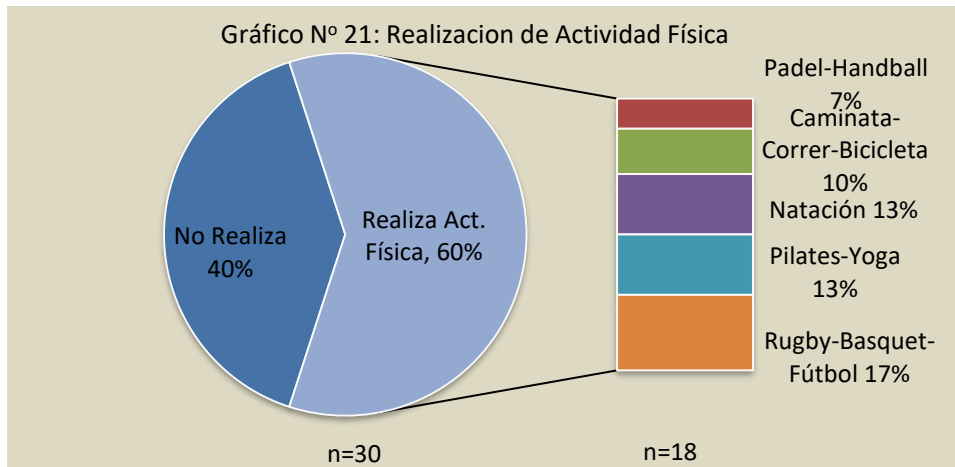
	Elonga	No elonga	Total
Con dolor o molestias	7	21	28
Sin dolor o molestias	0	2	2
Total	7	23	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)



Chi-cuadrado (valor observado)	0,652
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,419
Alpha	0,05

La realización de una actividad física deportiva por parte del artista se describe a continuación.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la realización o hábitos de actividades recreativas o deportivas, el 60% de los actores las realizan. Dentro de este grupo que realizan actividad física se destaca que el 17% hacen rugby, básquet o futbol, mientras que el 13% efectúan actividades como pilates o yoga, así como también practican natación; y en menor medida realizan caminatas, running o bicicleta (10%) y el 7% practican padle o handball.

No se halló dependencia entre la realización de actividades físicas y las lesiones osteo-articulares de origen laboral

Tampoco se pudo determinar relación directa entre la práctica de actividades deportivas y la presencia de molestias o dolor de origen laboral, aunque hay una directriz en aquellos que no realizan actividad física son más propensos a padecer dolencias de origen laboral

Resultados de la prueba de independencia entre realización de actividad física o deportiva y presencia de lesiones musculoesqueléticas de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Realiza Act. Física	No realiza	Total
Con Lesión	14	7	21
Sin Lesión	4	5	9
Total	18	12	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	1,296
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,255
Alpha	0,05



Resultados de la prueba de independencia entre realización de actividad física o deportiva y dolencias o molestias de origen laboral:

Tabla De Contingencia

	Realiza Act. Física	No realiza	Total
Con dolor o molestias	16	12	28
Sin dolor o molestias	2	0	2
Total	18	12	30

Prueba De Independencia Entre Las Filas Y Columnas (Chi-Cuadrado)

Chi-cuadrado (valor observado)	1,429
Chi-cuadrado (valor crítico)	3,841
GDL	1
p-value unilateral	0,232
Alpha	0,05

Paralelamente se evaluó la actitud postural en 3 casos relevantes, analizando indicadores básicos de la posición de los segmentos corporales y la alineación general a través de la línea de plomada.

En el siguiente gráfico se detallan las asimetrías posturales que posee el caso N°1

Caso N° 1 (actriz N°5):



Fuente de elaboración propia

En la evaluación postural de este caso, en la vista anterior se puede observar disimetría de hombros, el tórax asimétrico hacia la izquierda, el triangulo de la talla aumentado, rodillas en varo y pies en valgo. En la vista lateral, la cabeza y cuello se encuentran en proyección posterior o retropulsión, los hombros están en retropulsión, la columna cervical se presenta rectificadas, la columna dorsal esta con hipercifosis con presencia de una leve giba costal que denota una deformación que han sufrido los cuerpos vertebrales, rotando así el tronco por la presencia de escoliosis, el abdomen se encuentra abultado, la silueta no está equilibrada; la pelvis se presenta en anteroversión, y además presenta pie plano. En su evaluación posterior, la escapulas se hallan aducidas, nuevamente hay presencia de rotación de la columna dorsal, producto de le escoliosis, a su vez se observa disimetría de caderas, rodillas en valgo y pies planos



En el siguiente gráfico se detallan las asimetrías posturales que posee el caso N°2

Caso N° 2 (actriz N°13):



Fuente de elaboración propia

En su vista anterior, la actriz N° 13, presenta disminuido el triangulo de la talla, caderas ascendidas, rodillas en valgo producto de una artrosis pronunciada y pies en valgo. En la evaluación de la vista lateral, se destacan rectificación de cabeza y cuello, hombros en antepulsión, columna cervical rectificada, una cifosis leve de columna dorsal producto de escoliosis leve, rodillas en recurvarum producidas por una incipiente artrosis. En la vista posterior cabeza y cuello presentan desviaciones hacia la izquierda, escapulas abducidas, leve lateralización de columna cervical y dorsal, mientras que el eje lumbar se presenta levemente rotado; por otro lado las caderas están ascendidas, y nuevamente rodillas en valgo producto de artrosis

En el siguiente gráfico se detallan las asimetrías posturales que posee el caso N°3

Caso N° 3 (actor N°24):



Fuente de elaboración propia

En la vista anterior del actor N°24 se observan cabeza y cuello descentrados inclinados hacia la derecha, el triangulo de la talla disminuido, quizás producto de contracturas musculares; rodillas en valgo y pies en varo. En la vista lateral, la silueta esta levemente desequilibrada, los hombros se presentan en antepulsión, existe un abltamiento del abdomen; y ademas tiene presencia de pie plano o varo. La vision posterior de actor 24, se observan escapulas abducidas, caderas con dismetria, rodillas en valgo y pies en varo.



Conclusiones



La intención de esta investigación fue determinar los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los actores de teatro. El trabajo actoral está irremisiblemente emparentado a el cuerpo, todo lo humano se enmarca en un cuerpo vivido, en el espacio y en el tiempo, no es algo neutral. La interpretación actoral es una actividad física medianamente intensa cuya carga física puede ser un factor de riesgo que predispone a sufrir trastornos musculoesqueléticos.

Luego del análisis e interpretación de los resultados y según los objetivos de esta investigación se puede concluir que, tres cuartas partes de la muestra padecieron lesiones musculoesqueléticas. Entre los actores de teatro de esta muestra, hay predominio de lesiones referentes a músculos y tendones, como contracturas, esguinces, calambres, desgarros y tendinopatías. Donde el grado de lesión predominante en la mitad de los casos fue de carácter grave, debido al tiempo de recuperación.

Dentro de los factores intrínsecos más relevantes, si bien dentro del colectivo actoral existe una alta prevalencia del sexo femenino, hay una tendencia que indica que los hombres que hacen de la actuación su profesión se encuentran en el grupo de individuos con predominio de trastornos musculo esqueléticos

La edad promedio de los actores de la muestra es de 38 años. Posiblemente se deba tener en cuenta el factor sobre los riesgos de poder lesionarse mientras se actúa, ya que la directriz denota mayor presencia de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral en los actores mayores de 40 años. Las quejas musculoesqueléticas se mostraron más en los individuos de mayor edad, es puede deberse a que la condición física puede disminuir en el transcurso de los años.

Los principales factores que conllevan a que los actores de teatro padezcan en mayor o menor medida enfermedades profesionales variarán en función del índice de masa corporal, donde más de la mitad de la muestra padecen sobrepeso u obesidad, existiendo relación directa entre éste y el padecimiento de lesiones. Situación que origina fatigas o sobrecargas musculares en distintas regiones de su cuerpo durante toda su carrera profesional y los hacen vulnerables a lesiones o a agravan problemas existentes

Se desataca que más de tres cuartas partes de los actores analizados, padecen dolores, que en la mitad de los casos son de corta duración, menor a 7 días. Predominando dolores cuello, columna cervical y lumbar, y en menor medida un tercio de los mismos padecen dolores en rodillas y tobillos. A su vez se hallo relación directa entre el dolor o molestias y la antigüedad actoral, ya que tres cuartas partes de los actores que tiene una experiencia mayor a 5 años padecen afecciones física o dolor.



Los años de experiencia actoral no están relacionados con la presencia de trastornos musculoesqueléticos en actores; sin embargo se resalta que aquellos actores de teatro que poseen una experiencia mayor a 2 años tienen mayor probabilidad de padecer lesiones. El ensayo con una frecuencia superior a 2 veces por semana, y mayor a 2 horas cada vez, también está asociado con las apariciones de molestias o dolor derivadas de la actuación; esto se debe principalmente a la adopción de posturas incorrectas. Con respecto a la frecuencia mensual de actuaciones, se observa un incremento de lesiones en aquellos actores que se presentan en obras más de 2 veces por mes

El precalentamiento previo a la actividad actoral permite poner en marcha los sistemas del cuerpo, preparando al organismo a la demanda que requiere la actuación, destacándose que un poco más de la mitad de la muestra realizan precalentamientos y menos de un tercio elongan su musculatura posterior a la actuación. Se recomienda a los actores que realicen suaves estiramientos de la musculatura implicada en el gesto antes de ensayar o actuar; que adopten una buena postura, tanto si están sentados como de pie; que trabajen la respiración. Una correcta entrada en calor, los descansos regulares durante los ensayos y la posterior elongación de grupos musculares, son una estrategia de suma importancia, ya que contribuyen a minimizar los síntomas de dolor y daño muscular.

Entre los factores predisponentes o productores que los actores le dan mayor valoración, le dieron mayor relevancia a la falta de condiciones extras que pudieran ayudar como la fisioterapia de entrenamiento, masajes, acupuntura, técnicas de relajación; a factores de riesgo biomecánicos como movimientos muy repetitivos, posturas o movimientos de trabajo inadecuados, movimientos que producen fatiga, y a factores de tipo organizacional, como el intenso ritmo de trabajo sin descansos adecuados, presión mecánica directa sobre tejidos corporales, falta de utilización de técnicas afines y falta de formación ergonómica. A su vez dentro del ejercicio teatral, los actores consideran necesaria la optimización de la performance mediante ejercicios de conciencia de sí mismos y de expresión corporal.

El arte dramático, y principalmente el teatro, es un trabajo que no requiere gran esfuerzo físico pero, por lo general no tienen ningún tipo de entrenamiento específico de la musculatura. Los síntomas dolorosos músculo-esqueléticos y las lesiones profesionales propias de la actuación podrían reducirse enormemente si los actores siguieran una serie de precauciones que prepararen al cuerpo y la mente para la actividad. También es necesario tener en cuenta que muchas dolencias de índole físico pueden surgir en el trascurso cuando el actor representa un rol o papel, porque si no se utilizan estrategias de actuación adecuadas para controlar el proceso, las emociones del personaje pueden llevar a la consciencia algunos de los propios conflictos inconscientes no resueltos del actor,



trasladándose a lo corpóreo. Generalmente, estos son componentes que no actúan de forma aislada para causar los trastornos, donde la mente y el cuerpo son complejas de disociar, por lo que el desempeño actoral trae aparejado dichos riesgos.

No se debe olvidar que la prevención es la clave fundamental para evitar problemas de salud. En España se está dándole relevancia a la especialización de fisioterapia en artes escénicas orientado a la prevención y tratamiento de lesiones directamente relacionadas con los artistas, sería muy importante desde nuestro rol profesional, poder lograr instaurar dicha especialización en nuestro país. Dado que el artista tiene unas características laborales, de estudios y de metodología que distan del resto de profesiones y que se deben de tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico, un tratamiento, una reeducación del entrenamiento escénico y una valoración de la puesta en escena, así como de los bolos y giras. Aunque se mantiene la idea de que son parecidos, no se puede tratar de la misma manera a un deportista que a un artista, aunque tienen características musculares y de algún tipo de entrenamiento parecido.

Desde la kinesiología se pueden proponer pautas de ejercicios de relajación, coordinación, estabilización, estiramiento y fortalecimiento propioceptivo, para que el actor pueda acceder y/o profundizar una preparación idónea, mejorar la capacidad para el esfuerzo físico y poder así asumir un mayor compromiso con su cuerpo, que es en definitiva su instrumento para la creación escénica.

Durante la interpretación o práctica actoral, cualquier desviación de la posición óptima puede afectar a la eficiencia de la musculatura y causar el desarrollo de patrones de movimiento adaptativos asimétricos, los que afectan negativamente no sólo al rendimiento y la interpretación, sino también predisponen al actor a lesiones músculo-esqueléticas por uso excesivo. A nivel preventivo, el primer paso para una buena higiene postural es lograr que el actor tome conciencia de su propio cuerpo, donde siempre se deberá tener en cuenta una posición de partida que respete un equilibrio estable, además una correcta respiración diafragmática que ayuda a facilitar el equilibrio de las curvaturas de la columna vertebral.

La postura asimétrica que se genera en los actores se debe tratar con ejercicio regular, de forma que todo el sistema músculo-esquelético pueda complementar el desequilibrio, intentando así devolver la calidad y cualidad de la zona o zonas afectadas. La ejercitación podría aportar al actor fuerza en los músculos posturales para mantener el cuello y la espalda en posición mientras se interpreta la obra. Disciplinas como el yoga, la técnica de conciencia corporal, y/o el método de Rehabilitación Postural Global (RPG)¹⁰⁷, son muy importantes en la corrección de la postura o mecánicas corporales pobres que aumentan el riesgo de lesiones, especialmente en el cuello y la espalda.

¹⁰⁷ Conocimiento desarrollado por el fisioterapeuta Souchard; citado con anterioridad en cap. 2. pag.30



Para futuras investigaciones se propone establecer la relación entre el estilo de vida del actor y las lesiones musculoesqueléticas. Así como también, se podría determinar cuáles son las estrategias o métodos preventivos más benéficos que se pueden implementar para evitar dolencias o injurias en el actor de teatro.



Bibliografía



- Almagro B, Borrero J, Paramio G, Carmona J & Sierra A. (2009). Trastornos musculoesqueléticos en el personal de administración y servicios de la Universidad de Huelva. *Revista Digital de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 1, 1-20. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/3424/b15756592.pdf?sequence=1>
- Almeyra Guillermo. (2006). *Rebellions d'Argentine*. Paris. Editions Syllepse.
- Alonso, Luciano. (2007). Modo de dominación y regímenes de violencia en las dictaduras iberoamericanas. Un esbozo de comparación. *e-I@tina: Revista electrónica de estudios latinoamericanos*; Vol. 5, N°20, julio-septiembre: 33-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496451235003>
- Ambegaonkar Jatin & Caswell Shane. (2011) Desarrollo e implementación de un programa interno de atención médica para artistas escénicos de nivel universitario. *Work*. 40 (3) 261-268. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/51763224_Development_and_implementation_of_an_in-house_healthcare_program_for_university-level_performing_artists
- Araña Suárez Santiago & Patten Scot. (2011). *Trastornos Musculo-Esqueléticos, Psicopatología y Dolor. Trastornos Musculoesqueléticos, Psicopatología y Dolor*. Madrid: Secretaría del Estado para la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración. p. 1-13. Disponible en: http://www.academia.edu/23620454/TRASTORNOS_MUSCULOESQUELETICOS_P_SICOPATOLOG%C3%8DA_Y_DOLOR
- Araque Osorio Carlos (2009). El entrenamiento como base de la formación actoral. *Calle 14: Revista de Investigación en el Campo del Arte*; Vol. 3, N° 3: 115-121. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/c14/article/view/1220/1627>
- Audivert, Pompeyo. (2004). Crear realidades más intensas. *Funámbulos. Instituto Nacional del Teatro*; año 7, N° 10, noviembre/diciembre, p. 15.
- Álvarez Cadena, A. (2009) *Teatro*. Buenos Aires, Argentina. El Cid Editor | apuntes.
- Avelar, Idelber. (2000). *Alegorías de la derrota: la ficción postdictatorial y el trabajo del duelo*. Escuela de Filosofía de la Universidad ARCIS. Santiago: Editorial Cuarto Propio, pp. 123-150. Disponible en: <http://idelberavelar.com/alegorias-de-la-derrota.pdf>
- Bahr Roald, Maehlum Sverre & Bolic, Tommy (2007). *Lesiones Deportivas: Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*. Buenos Aires: Argentina. Editorial Panamericana. 3° ed.
- Barba, Eugenio & Savarese, Nicola. (2007). *El Arte Secreto Del Actor. Diccionario de antropología teatral*. México. Ediciones Alarcos. 2° ed.
- Bidegain, Marcela. (2007). *Teatro comunitario. Resistencia y transformación social*. Colección Biblioteca de Historia del Teatro Occidental. Serie Siglo XX, director: Jorge



- Dubatti. Buenos Aires, Editorial Atuel. Disponible en: <http://teatrocomunitario.com.ar/wp-content/uploads/2014/10/resistencia-y-transformaci%C3%B3n-social-bidegain.pdf>
- Bidegain, Marcela. (2010). Teatro Comunitario Argentino. *Revista Afuera: Estudios de la crítica cultural*; Año V, N°8, Mayo. Disponible en: <http://teatrocomunitario.com.ar/wp-content/uploads/2014/10/Revista-Afuera--Estudios-de-cr%C3%ADtica-Cultural-AAA.-BIDEGAIN.pdf>
- Bingefors Kerstin & Isacson Dag. (2004). Epidemiología, comorbilidad e impacto en la calidad de vida relacionada con la salud del dolor de cabeza autoinformado y el dolor musculoesquelético: una perspectiva de género. *European Journal of Pain*, 8(5), 435-450. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ejpain.2004.01.005>
- Cailliet, René. (2006). *Anatomía Funcional Biomecánica*. Editorial Marban. 2°ed
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. (2014). *Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (WMSD)*. Disponible en: <https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/rmirsi.html>
- Canavese Carlos (1999). Historia Mundial del teatro. *Pedagogía teatral independiente- "TEATRALIZARTE"-ONG de Investigación escénica*. Disponible en: <http://www.teatralizarte.com.ar/09-HISTORIAUNIVERSAL/09-01-CRONOLOGIAS/historiamundialdelteatro/historiamundialdelteatro.htm>
- Carella, Tulio. (1967). *El sainete*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Carvajal Montoya, Marleny (2015). *El entrenamiento del actor en el siglo XX. Fundamentos etimológicos, ontológicos, científicos y pedagógicos*. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultad de Filosofía y Letras Departamento de Filología Catalana Doctorado en Artes Escénicas. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/298177/mcm1de1.pdf;jsessionid=49CCD1FDA0F5E5CDCF5C93AAAEFA496?sequence=1>
- Chandna Pankaj, Deswal Surinder & Pal Mahesh. (2010). Predicción semi-supervisada basada en el aprendizaje del riesgo de trastorno musculoesquelético. *Journal of Industrial and Systems Engineering*, 3 (4), 291-295. Disponible en: http://www.iise.ir/article_4017_54396a475ae17312ac32ae0b3324ee47.pdf
- Centro de Prevención en Artes Escénicas: CPAE (2017). *Tratamiento y formación para artistas*. Disponible en: <http://www.cpaenet/es>
- Cilento, Laura & Rodríguez, Martín (2002). Configuración del campo teatral (1884-1930). En: Pellettieri, Osvaldo (editor) *Historia del teatro argentino en Buenos Aires*. La emancipación cultural (1884-1930) Buenos Aires: Editorial Galerna, pp 77-98



- Clavijo Rodríguez Mónica, Patiño Giraldo Santiago, Arango V Elkin; Osorio Ciro Jorge & Gallego Ching Isabel. (2007). Lesiones deportivas. *Iatreia*, Junio, Vol.20, N°2: 167-177. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180513859006.pdf>
- Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid: CPFCEM. (2013) Consejos a profesionales de las artes escénicas para prevenir lesiones. *Consejos de fisioterapia Blogspot*. Disponible en: <http://www.consejosdefisioterapia.org/consejos-a-profesionales-de-las-artes-escenicas-para-prevenir-lesiones/>
- Cornago Bernal, Oscar. (2008). *Éticas del cuerpo*. Madrid. Editorial Fundamentos.
- Cortés Gabaudan F & Ureña Bracero J. (2011). *Dicciomed.eusal.es. Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca. Disponible en: <https://dicciomed.usal.es/introd.php>
- Cruciani Fabrizio. (2005). *El espacio del teatro*. Roma Bari. Editorial Laterza
- Daza Lesmes Javier. (2007). *Evaluación Clínico-Funcional Del Movimiento Corporal Humano*. Buenos Aires. Editorial Médica panamericana
- Díaz, Silvina. (2009). El teatro como ámbito de resistencia: identidad, inmigración y exilio. *Amerique Latine Histoire et Memoire. Les Cahiers ALHIM* 18. Disponible en: <http://alhim.revues.org/index3301.html>
- Dubatti, Jorge. (2011). El teatro Argentino en la post-dictadura (1983-2010): época de oro, destotalización y subjetividad. *Stichomythia*; 11-12: 71-80. Disponible en: http://parnaseo.uv.es/Ars/stichomythia/stichomythia11-12/pdf/estudio_7.pdf
- European Agency for Safety and Health of Work. EASHW. (2007) FACTS 71: Introducción a los Trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. *FACTS. 2007:2*. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/factsheets/71/view>
- Eurostat. (2010). *Salud y seguridad en el trabajo en Europa (1999-2007). Un retrato estadístico*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5718905/KS-31-09-290-EN.PDF/88eef9f7-c229-40de-b1cd-43126bc4a946>
- Evans R, Evans R, Carvajal S & Perry S. (1996). Una encuesta de lesiones entre los artistas de Broadway. *American Journal of Public Health*, 86 (1), 77-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380366/pdf/amjph00512-0079.pdf>
- Evans Randolph, Evans Richard & Carvajal Scott. (1998). Encuesta de lesiones entre los artistas del West End. *Occupational Enviroment Medicine*; 55 (9), 585-593. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757638/pdf/v055p00585.pdf>
- Fabrizio Philip. (2009). Intervención ergonómica en el tratamiento de un paciente con extremidad superior y dolor de cuello. *Physical Therapy*, 89(4), 351-360. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/89/4/351/2737577>



- Féral Josette. (2003). *La escuela del juego: Formas de transmitir los caminos de la enseñanza teatral*. Paris. Ediciones L'entretemps
- Fernández Fairen Mariano & Busto Villarreal José María. (2009). Prevención de lesiones deportivas. *Ortho-tips*; Vol. 5 No. 1. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2009/ot091j.pdf>
- Fernández, Clarisa. (2013). Antecedentes e historia del teatro comunitario argentino contemporáneo. Los inicios de un movimiento. *Aisthesis*, N°. 54, diciembre, pp. 147-174. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/aisthesis/n54/art08.pdf>
- Fischer-Lichte Erika. (2011). *Estética de lo performativo*. Madrid. Abada editores
- Fukelman María. (2016). Aportes para la historia del teatro independiente de Buenos Aires. *Panambí: Revista De Investigaciones Artísticas*; N°2, Valparaíso jun: 47-62. Disponible en: <http://revistas.uv.cl/index.php/Panambi/article/view/534/493>
- Gené Juan Carlos. (2012). Veinte Temas De Reflexión Sobre El Teatro. *CELCIT. Teatro: Teoría y práctica*; N° 13. Centro Latinoamericano de Creación e Investigación Teatral. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.celcit.org.ar/publicaciones/teatro-teoria-y-practica/13/013/>
- Ghasemkhani Mehdi, Mahmudi Elham & Jabbari Hossain. (2008). Síntomas musculoesqueléticos en los trabajadores. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 14(4), 455-462. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10803548.2008.11076784>
- Gil Hernández, Fernando. (2005). *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson S.A.
- Gómez López Manuel & Valero Valenzuela Alfonso. (2007). Importancia de la actividad físico-deportiva en el mundo laboral y su repercusión en la empresa. *Habilidad Motriz: Revista de ciencias de la actividad física y del deporte*; N°36, 49-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3622524>
- González Velasco, Carolina (2012). *Gente de teatro Ocio y espectáculos en la Buenos Aires de los años veinte*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Gutiérrez Nieto M, Novoa Castro B, Pérez Fernández M.R, Lantarón Caeiro E.M & González Represas A. (2018). Propuesta de clasificación de las técnicas de estiramiento en fisioterapia. *Fisioterapia*; Marzo-Abril, Vol. 40. Núm. 2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-pdf-S0211563803730594-S300>
- Hans-Uwe Hinrichs (1999) *Libro de lesiones deportivas*. Barcelona, Editorial Hispano Europea. 2° ed.
- Hess Gregory, Capiello William, Poole Robert, Hunter Stephen. (1989). Prevención y Tratamiento de las lesiones por uso excesivo del tendón. *Sports Medicine*; 8:371-384. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.2165/00007256-198908060-00005>



- ICOFCV: Il-lustre Col·legi de Fioterapuetes de la Comunitat Valenciana. (2009). Soy artista y necesito un fisioterapeuta. *Fisioterapia al día. Revista del Il-lustre Col·legi de Fioterapuetes de la Comunitat Valenciana*; Vol. N°2, Juny: 14-15. Disponible en: <http://www.colfisiocv.com/sites/default/files/revistas/FAD%20VOLUM%20V%20N%20%BA2.pdf>
- Joong Ho-Jung, Fisher Matthew & Woo Savio, (2009). El papel de la biomecánica en la comprensión de lesiones normales, la curación de ligamentos y los tendones. *Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology*, 1:9. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1758-2555/1/9>
- Kapandji, A.I (1998). *Fisiología Articular; Tronco y raquis*. España, Editorial Médica Panamericana. 5ª ed.
- Kolt Gregory & Snyder-Mackler Lynn. (2007). *Fisioterapia en Deporte y Ejercicio*. Editorial Churchill Livingstone, pags: 1-5
- Kottke, Frederic J y Lehmann, Justus F. (1994). *Krusen, Medicina física y Rehabilitación*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Kumar, S. (2001). Teorías de la causalidad de la lesión musculoesquelética. *Ergonomics*, 44(1), 17-47. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00140130120716>
- Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sørensen F, Andersson G & Jørgensen K. (1987). Cuestionarios nórdicos estandarizados para el análisis de síntomas musculoesqueléticos. *Applied Ergonomics*; Vol.18, N°3: 233-237. Disponible en: http://www.academia.edu/16206335/Standardised_Nordic_questionnaires_for_the_analysis_of_musculoskeletal_symptoms
- Lanfranchi JB & Dubeau A. (2008). Modelos explicativos de trastornos musculoesqueléticos (MSD): de factores biomecánicos y psicosociales para el análisis clínico de la ergonomía. *European Review of Applied Psychology-Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 58(4), 201-213. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/8483/0fcc2f6cc1bf0df7f4c4703350817cc9a354.pdf>
- Maffulli Nicola, Wong Jason & Almekinders Louis. (2003). Tipos y epidemiología de la tendinitis. *Clinic in Sports Medicine*; Oct; 22 (4): 675-92. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/9048990_Types_and_epidemiology_of_tendons
- Mantovani Alfredo & Jara Fernández Jesús. (2006). *El actor creativo, la actriz creativa Manual para conseguirlo*. Bilbao. Editorial Artezblai.



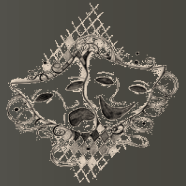
- Martín Daniela. (2010). Cuerpo en acto: El pensamiento de la actuación. *Revista Afuera*; año V. N°8, Mayo. Disponible en: <http://www.revistaafuera.com/articulo.php?id=193&nro=8>
- Maxwell Ian; Seton Mark & Szabo Marianna. (2015). Estudio de bienestar de los actores australianos: informe preliminar *Acerca del rendimiento*, N°13: 69-113. Disponibilidad: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=499926749273237;res=IELHS>
[S](#)
- Müller, Carol (2007). *El training del actor*. México: UNAM. pp. 13-28
- Murphy D, Connolly D & Beynnon B. (2003). Los factores de riesgo para lesiones de las extremidades inferiores: una revisión de la literatura. *British Journal Sports Medicine*; 37: 13-29. Disponible en: <http://bjsm.bmj.com/content/37/1/13.full>
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2013). *La prevención de las enfermedades profesionales*. Consejo de Administración 317.ª reunión, Ginebra, 6-28 de marzo Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_204788.pdf
- Palmer- Green Debbie, Fuller Colin, Jaques Rod & Hunter Glenn. (2013). El Proyecto de Lesiones Rendimiento/Enfermedades (Injury/Illness Performance Project: IIPP): Un nuevo enfoque epidemiológico para registrar las consecuencias de las lesiones deportivas y Enfermedades. *Journal of Sports Medicine (Hindawi Publ Corp)*; Noviembre, Art N°: 523974, 9 pages. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jsm/2013/523974/>
- Parola, Nora. (2006). La imagen de la inmigración en el teatro argentino en momentos de crisis económicas y políticas. *Amérique Latine Histoire et Mémoire*. Les Cahiers ALHIM, 12. Disponible en: <http://journals.openedition.org/alhim/1582>
- Pavlosky, Eduardo. *Teatros. Sobre el teatro independiente argentino*. Disponible en: <http://pavlovsky.sincensura.org.ar/>
- Pavis Patrice. (2000). *El análisis de los espectáculos*. Barcelona. Editorial Paidós.
- Pelletieri, Osvaldo. (1991). La puesta en escena argentina de los '80: Realismo, estilización y parodia. *Latin American Theatre Review*; Spring: 117-131. Disponible en: <http://journals.ku.edu/latr/article/view/882/857>
- Pelletieri, Osvaldo. (2001) *Historia del teatro argentino en Buenos Aires: Vol. 2 La emancipación cultural (1884-1930)*. Bueno Aires. Editorial Galerna. Pags: 232-233
- Pelletieri, Osvaldo (2008) *El sainete y el grotesco criollo: del autor al actor*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Prentice, William (2009). *Técnicas De Rehabilitación En Medicina Deportiva*. Madrid. Editorial Paidotribo. 4ª ed.



- Perinelli, Roberto (2014). Teatro: de Independiente a Alternativo. Una síntesis del camino del Teatro Independiente argentino hacia la condición de alternativo y otras cuestiones inevitables. *Cuadernos del Centro de Estudios en Diseño y Comunicación. Ensayos*; N°50. Ciudad Autónoma de Buenos Aires dic. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-35232014000400009
- Pianca, Marina. (1990). *El teatro en nuestra América: un proyecto continental (1959-1989)*. Minneapolis: Institute for the study of Ideologies and Literature.
- Prieto A. (2004). Promoción y prevención en salud, desde la fisioterapia. Revisión conceptual. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*; 52: 62-74. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43300/44596>
- Prieto, Adolfo (2006) *El discurso criollista en la formación de la Argentina moderna* Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Prieto Rodríguez Adriana & Naranjo Polania, Sandra. (2005). El cuerpo, en el campo de estudio de la fisioterapia. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*; Vol. 53 N°.2: 57-71 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/viewFile/43526/44825>.
- Punnett Laura & Wegman David. (2004). Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo: la evidencia epidemiológica y el debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14: 13-23. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/f938/a9e2f5b3dd676aaadf1f6102ee10fc97631a.pdf>
- Raimondi, Marta Mariasole. (2008). El teatro como espacio de resistencia en la Argentina de la postdictadura. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/37982>
- Renstrom Per (1999). *Prácticas clínicas sobre asistencia prevención de lesiones deportiva.*, Barcelona, Editorial Paidotribo.
- Ruíz, Borja. (2012). *El arte del actor en el siglo XX: Un recorrido teórico y práctico por las vanguardias*. Bilbao. Editorial Artezblai.
- Ryngaert Jean Pierre. (2004). *Introducción al análisis teatral*. Buenos Aires. Ediciones artes del sur. Pág. 110.
- Sava, Alberto. (2006). *Desde el mimo contemporáneo al teatro participativo. La evolución de una idea*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Schechner, Richard. (2000). *Performance: teoría y prácticas interculturales*. Buenos Aires: Libros del Rojas, Universidad de Buenos Aires.
- Seibel, Beatriz. (2010) *Historia del teatro argentino II, 1930-1956: crisis y cambios*. Buenos Aires: Corregidor.



- Seibel, Beatriz. (2011). *Historia del Teatro Nacional Cervantes (1921-2010)*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Teatro. 1a ed. Disponible en: <http://editorial.inteatro.gob.ar/librosPDF/historia-del-teatro-nacional-cervantes.pdf>
- Souchard Philippe Emmanuel. (2006). *RPG. Principios de la reeducación postural global*. Madrid. Editorial Paidotribo.
- Souchard Philippe Emmanuel. (2008). *Stretching global activo I: De la perfección muscular al éxito deportivo*. Madrid. Editorial Paidotribo.
- Teodori Rosana, Negri Júlia, Cruz Monica & Marques Amelia. (2011). Reeducción Postural Global: una revisión de la literatura. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 15(3):185-189. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Toapanta Zapata Ciro. (2014). *Análisis de las técnicas de teatro de calle y de sala usadas en el montaje de la obra carta abierta de un majadero*. Tesis de la Licenciatura en Actuación Teatral. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Artes Carrera De Teatro. Quito. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2541/1/T-UCE-0002-16.pdf>
- Urieta Lago Amparo. (2010). *Hacia un entrenamiento del actor*. Trabajo de investigación para el Doctorado en Artes Escénicas. Departamento de Filología Catalana. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/hdl_2072_97398/DFC_Mascaro.pdf
- Verzero, Lorena. (2009). *Teatro y militancia: del intelectual sartreano al intelectual revolucionario. En torno a la convención y la novedad*. Ed. Osvaldo Pelletieri. Buenos Aires: Galerna. Págs.: 285-293.
- Fuente de Imagen de Portada y Carátulas empleada solo con fines académicos de Beni Juano (2016) con autorización del autor. Disponible en: <https://www.facebook.com/JuanoBeniArtesVisuales/photos/a.1640429002688020.1073741858.146435685420700/1640429759354611/?type=3&theater>



LESIONES DE COLUMNA MÁS FRECUENTES EN ACTORES DE TEATRO

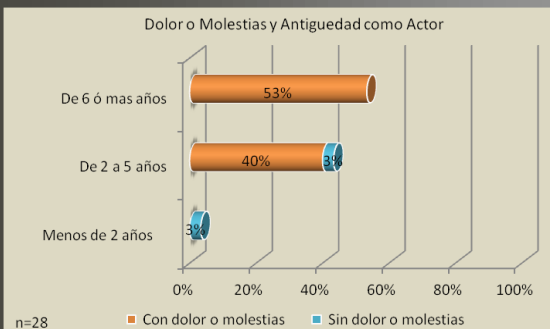
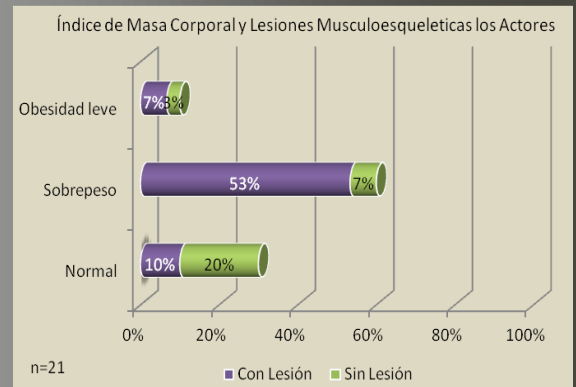
Autora: Gioe Agustina

Objetivo: Determinar los factores que provocan dolor y/o lesiones musculoesqueléticas más frecuentes, y sus características, en los Actores de Teatro.

Material y métodos: Durante el segundo trimestre del año 2018, se realizó un estudio descriptivo, no experimental, observacional y transversal, a 30 Actores de Teatro, de ambos sexos, de 18 a 65 años, que padecieron alguna lesión musculoesquelética o dolor de origen laboral en los dos últimos años, y que trabajan de diferentes salas de la ciudad de Mar del Plata. La selección de los mismos se realizó de manera no probabilística por conveniencia. El instrumento de recolección de datos fue mediante una encuesta preestablecida. La base de datos se construyó y analizó mediante la aplicación del paquete estadístico

Resultados: El 70% de los actores de teatro presentan trastornos musculoesqueléticos relacionados a la actuación. El tipo de lesiones con mayor predominio fueron músculos y tendones: contracturas (47%), esguinces (37%), calambres y desgarros (13% respectivamente) y tendinopatías (3%); además en menor grado fracturas óseas (10%) y rotura ligamentaria (3%). El 43% fueron lesiones graves o grado III, el 29% fueron de carácter moderado y en el 19% fueron leves. El 93% de los actores padecen algún tipo de dolor o molestia articular-postural relacionadas a la actividad laboral. En el 73% fue de carácter moderado, el 17% sentían dolor intenso, solo el 3% el dolor o molestia fue leve. Este dolor o molestia en el 67% se situó en cuello o columna cervical, en el 63% columna lumbar; el 33% en rodillas y tobillos, el 30% en columna dorsal. En el 86% de los casos, el evento doloroso tuvo una duración media de entre 1 a 7 días. Prevalencia de actrices mujeres con el 63%, aunque la tendencia indica mayor presencia de molestias en los actores hombres. La edad media de los actores de teatro es de 38 años.

Mayor presencia de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral, así como el padecimiento de molestias o dolores relacionados con la actividad actuarial en los actores mayores de 40 años. El 70% de los actores tienen sobrepeso u obesidad; incrementándose en este grupo las probabilidades de padecer lesiones. El 54% de los trabajadores tienen una experiencia actuarial mayor a 6 años. El 50% de los actores tiene una frecuencia semanal de ensayos de 2 veces por semana. La cantidad de veces que el actor ensaya por semana incrementa el padecimiento de dolencias de origen laboral. El 50% ensaya entre 4 a 5 horas por práctica actuarial; el 37% lo hace entre 2 y 4 horas cada vez. El 63% participa entre 2 a 4 obras por mes, el 20% actúa solo 1 vez en el mes, y el 17% entre 5 y 8 actuaciones mensuales. la presencia de dolor o molestias de origen laboral y la frecuencia mensual de actuaciones demostrándose que el 80% de los actores que participa entre 2 y 8 veces por mes en obras teatrales inciden en el padecimiento de dolores osteo-musculares. El 60% realizan ejercicios de calentamiento previo al ensayo entrar o a en escena, solo el 23% de los actores elongan su musculatura posteriormente a la presentación o ensayo. El 60% de los actores tiene hábitos de actividad física complementaria.



Conclusión: Entre los trastornos generados por la actividad desarrollada se destacan se destacan molestias y dolores de diversos grados de intensidad con localización en cuello, columna cervical y lumbar, y en menor medida, padecen dolores en rodillas y tobillos. Entre los principales factores productores de molestias o dolor que conllevan a que los actores de teatro, varían en función de aquellos con mayor índice de masa corporal, en los mayores de 40 años de edad, así como también afecta una experiencia mayor a 5 años de antigüedad actuarial; y la frecuencia mensual de actuaciones, donde se observa un incremento de lesiones y dolor en aquellos actores que se presentan en obras más de 2 veces por mes; además todos estos factores suelen estar relacionados con el mantenimiento de posturas inadecuadas, que constituyen factores determinantes en la producción de patologías. Desde nuestro rol kinésico con intervención desde la ergonomía laboral sería importante realizar un sistema de relevamiento y vigilancia de las condiciones de trabajo y de salud del actor, para así poder desarrollar programas de capacitación con ejercicios orientados a la optimización de la performance teatral y a una buena higiene postural, para que así los actores tomen mayor conciencia e identifiquen factores que predisponen lesiones de origen laboral.

Palabras claves: Trastornos músculo-esqueléticos, actores de teatro, factores ocupacionales incidentales, prevención.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre:

Tipo y Nº de Documento:

Teléfono/s

E-mail:

Título obtenido:

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación):

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

