AUTOCUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE EM Y SUS CUIDADORES

FEDEMA
Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía
Entidad Declarada de Utilidad Pública

Índice

5 Prólogo
Águeda Alonso Sánchez

7 Adherencia al tratamiento en Esclerosis Múltiple
Dr. Fernando Sánchez López

13 Alteraciones esfinterianas y sexuales en la EM
Dr. Guillermo Navarro Mascarell

37 Afrontar la enfermedad: la mejor manera de cuidarse
Reyes Valdés Pacheco

45 Cuidadores que aprenden a cuidarse
Félix Bravo González

51 Reeducación postural global
Almudena Ramírez Cabrales
Cristina Sánchez Palacios

65 Pilates adaptado
Cristina Sánchez Palacios
Almudena Ramírez Cabrales

91 Direcciones de interés
Mónica Ramón García

97 Entidades adheridas a FEDEMA

AUTOCUIDADO EN PERSONAS AFECTADAS DE EM Y SUS CUIDADORES

FEDEMA
Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía
Entidad Declarada de Utilidad Pública

Dirección
Reyes Valdés Pacheco

Equipo de Redacción
Águeda Alonso Sánchez
Félix Bravo González
Almudena Ramírez Cabrales
Mónica Ramón García
Dr. Guillermo Navarro Mascarell
Dr. Fernando Sánchez López
Cristina Sánchez Palacios
Reyes Valdés Pacheco

Edita
FEDEMA
Avda. de Altamira, 29, bl.11 – Acc. A
41020 Sevilla
www.fedema.es
fedemaem@hotmail.com
esclerosismultiple@hotmail.com
Teléfono 902 430 880

Dibujos:
Cristina Sánchez Palacios

Diseño y maquetación
José Antonio G. Álvarez

Depósito Legal
SE- 2568-2013 (I)

Prólogo

En este Manual para personas con Esclerosis Múltiple, tratamos principalmente del autocuidado, con la intervención de un importante grupo de profesionales, altamente cualificados y especializados en el tema.

Hemos dividido el material, para tratar de ayudar a cada paciente en la forma en que lo necesite, ya que la enfermedad no afecta siempre por igual, ni evoluciona de la misma forma en todos los casos.

La cultura de los autocuidados debe ser cultivada y compartida tanto por las personas afectadas como por sus familiares cuidadores, y esta publicación nace con la vocación de proporcionar algunas herramientas para ayudar a ambos colectivos a desarrollarla con éxito, favoreciendo así la mejora de la calidad de vida de las personas con Esclerosis Múltiple y de su entorno familiar.

Un año más hemos contado con la subvención de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y la colaboración de Merck Serono.

Nuestro agradecimiento a todos los que han hecho posible esta publicación y esperamos que sea de utilidad.

Águeda Alonso Sánchez
Presidenta de FEDEMA

Adherencia
al tratamiento en Esclerosis Múltiple

Dr. Fernando Sánchez López
Especialista en Neurología.
Jefe de la Unidad de Esclerosis Múltiple
Hospital Reina Sofía de Córdoba

Introducción

Según el documento de Consenso de la OMS sobre adherencia a los tratamientos a largo plazo (2003), la adherencia al tratamiento se define como: "El grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas" [1]. Esta definición incluye los conceptos de **cumplimiento** por parte del paciente del régimen terapéutico prescrito, además de **persistencia** estricta del mismo a lo largo del tiempo. Esto debe suponer la aceptación por parte del paciente, el compromiso para iniciar y seguir su tratamiento en las condiciones pautadas por su médico. En dicho documento se subraya que las barreras principales a la adherencia se relacionan con la frecuencia de dosis y los efectos adversos, enfatizando la necesidad de desarrollar tratamientos con menor frecuencia de administración, así como disminuir los efectos adversos.[1] Por lo tanto, la definición de adherencia quedaría de manera simplificada de la siguiente forma:

Adherencia= cumplimiento + persistencia

La Adherencia en Esclerosis Múltiple

El tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM) ha avanzado mucho desde la introducción de los fármacos modificadores de la enfermedad (FME) en la década de 1990. Aunque los (FME) han mostrado una eficacia significativa en EM remitente-recidivante y otras formas de la enfermedad, el grado de beneficio depende en gran medida la adherencia del paciente a los regímenes recomendados.

La Esclerosis Múltiple, precisa de un tratamiento ininterrumpido y constante para reducir la frecuencia de brotes y disminuir el avance de la discapacidad. Por lo tanto, la adherencia al tratamiento puede ser un problema para los pacientes con EM. Los datos disponibles indican que la adherencia al tratamiento no es óptima en EM, por ejemplo, las evaluaciones de los pacientes tratados con interferón (IFN) Beta indican que sólo entre el 60% y 76% de los pacientes se adhieren al tratamiento durante los primeros dos y hasta cinco años.[2 3] La falta de adherencia al tratamiento puede influir negativamente en la evolución clínica a largo plazo. En Esclerosis Múltiple, se ha visto que los pacientes con menos dosis acumulada de tratamiento tienen una mayor probabilidad de progresión de la discapacidad a largo plazo comparado con los pacientes con mayores dosis acumuladas.[4]

La Adherencia desde la perspectiva de los pacientes

Dada la importancia del problema, las **Asociaciones de Pacientes de la AGP** [5] han decidido tomar una perspectiva desde varios frentes para poder abordar la

falta de adherencia a los tratamientos crónicos. De manera resumida, estos son algunos principios que habría que impulsar para garantizar un correcto cumplimiento de los tratamientos, según se recoge en el "Documento de Posicionamiento de la Alianza General de Pacientes":

– **Centralidad:** Los tratamientos tienen que estar centrados en los pacientes.
– **Información:** Un paciente informado tiene más probabilidades de cumplir correctamente con el tratamiento.
– **Formación:** Los pacientes son los dueños de sus propios tratamientos.
– **Colaboración:** Es esencial la colaboración entre profesionales sanitarios y pacientes.
– **Multidisciplinaridad:** Hay que establecer una cooperación multidisciplinar, involucrando a todos los actores del sistema sanitario, no sólo médicos y enfermeros sino también farmacéuticos, industrias y administraciones.
– **Las asociaciones de pacientes:** Una ayuda esencial en el correcto cumplimiento de los tratamientos.
– **Industria:** Es esencial involucrar también a las compañías farmacéuticas. Ellos tienen que garantizar también una posología factible para agilizar el cumplimiento de los tratamientos. Hay que impulsar a la investigación y a nuevas fórmulas de tratamientos adaptados a las necesidades de los pacientes, intentando simplificar el tratamiento y agilizarlo.
– **Administraciones Públicas:** Hay una falta de inversión en campañas de información y de concienciación.
– **Importancia de la involucración del entorno familiar:** Los cuidadores familiares y profesionales muchas veces no tienen la formación adecuada sobre la enfermedad.
– **Nuevas tecnologías:** Radica especial importancia el impulsar las nuevas tecnologías en la facilitación del cumplimiento del tratamiento: se proponen controles informáticos de las terapias prescritas.
– **Uniformar las políticas autonómicas:** Uno de los asuntos principales que suponen una amenaza a cargo de los pacientes son las diferencias de políticas sanitarias y farmacéuticas a nivel autonómicos. Los pacientes deberían de tener los mismos derechos y las mismas garantías en todo el país, no hay diferencia entre un paciente de una Comunidad Autónoma u otra.

Cómo mejorar la adherencia en la EM

Para mejorar la adherencia hay que actuar sobre los factores que influyen en la misma. En cuanto a estrategias para mejorar la adherencia en la EM, Cohen et al (2007) [6] proponía las siguientes:
– Uso de paracetamol e ibuprofeno para reducir los síntomas flu-like.
– Nuevos dispositivos auto-inyección para hacer más fácil la inyección.
– Nuevas formulaciones sin necesidad de reconstitución.

– Tratamiento de la depresión.
– Programas de educación del profesional sanitario, incluyendo entrenamientos para optimizar las técnicas de inyección.
– Recordar con regularidad al paciente la importancia de la adherencia y su relación con la eficacia.

En referencia a lo que supone el uso de nuevos dispositivos se ha desarrollado un nuevo dispositivo de inyección electrónica. Es el primer auto-inyector electrónico que permite registrar las dosis para hacer un seguimiento correcto de la adherencia. Este dispositivo incluye varias ventajas, como supone la ayuda a los pacientes a recordar cuándo debe inyectarse, o la capacidad de personalizar la configuración de la inyección (modificar la velocidad de la inserción de la aguja, la velocidad de inyección de fluido o la profundidad de inserción de la aguja). Como decíamos, además, el registro de inyección electrónica recoge automáticamente la historia de la inyección de los pacientes permitiendo que los pacientes y los profesionales de la salud puedan, por primera vez, valorar periódicamente y con exactitud la adherencia. En general, se espera que estas ventajas puedan ayudar a los pacientes para adherirse mejor al tratamiento y por lo tanto contribuir a optimizar la eficacia del tratamiento. En la siguiente tabla se resumen los problemas y aportaciones de ventajas que supone la introducción de este dispositivo de inyección electrónica.

BARRERAS A LA ADHERENCIA Y APORTACIONES DEL DISPOSITIVO DE INYECCIÓN ELECTRÓNICO

BARRERAS A LA ADHERENCIA	CARACTERÍSTICAS DISPOSITIVO DE INYECCIÓN ELECTRÓNICO
Problemas de la inyección - Ansiedad a la inyección - Dolor en el sitio de la inyección	Aguja oculta Configuraciones para personalización de la inyección
Olvidos	Recordatorio de inyección
Incomodidad de la preparación y uso con otros dispositivos	Comodidad - Cartuchos multidosis - Instrucciones paso a paso
Monitorización continua de la adherencia	Registro preciso de datos de adherencia

En la actualidad, ya hay varios estudios en marcha valorando la utilización del dispositivo de inyección electrónico para medir la adherencia en la EMRR (BRIDGE[7] y MEASURE[8]):
• En el estudio BRIDGE, la mayoría de los 120 pacientes incluidos (el 87,5%) completaron al menos el 80% de las inyecciones programadas, al cabo de 12 semanas.
• Los resultados provisionales en el ensayo MEASURE indicaron que el 85% sobre un total de 47 pacientes tenían una adherencia al tratamiento igual o superior al 80%, al cabo de 24 semanas.

Compromiso con la adherencia: una tarea de todos

Para finalizar, las acciones a tomar para mejorar la adherencia **requerirían un enfoque integral y multidisciplinar** con la colaboración de todos los diversos actores dentro del sistema sanitario. A continuación, adjuntamos tales acciones, tal y como se recoge literalmente, en la sección de conclusiones del Documento de Posicionamiento de la Alianza General de Pacientes[2]:

1- ADMINISTRACIONES PÚBLICAS: Se piden acciones inmediatas de impulso a la información y formación de los pacientes, los profesionales y la farmacia, en el tema de la adherencia. Se requieren campañas de concienciación a nivel nacional. Se solicita una mayor representatividad de los pacientes en el sector sanitario como unos de los protagonistas reconocidos del sistema. Dedicación de mayores recursos a los colectivos de pacientes en iniciativas prioritarias como es el caso de la adherencia.

2- PROFESIONALES SANITARIOS: Se requiere un mayor esfuerzo de cooperación y colaboración con los pacientes. Los profesionales tienen que dedicar no sólo más tiempo sino también una mayor sensibilidad hacia las necesidades y exigencias individuales de los afectados, esforzándose de utilizar un lenguaje adaptado y completamente comprensible por los que no son expertos. Tendrán que acortar las distancia "profesional" y intentar "ir de la mano" de los pacientes.

3- COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS: Tienen que garantizar una posología factible para agilizar el cumplimiento de los tratamientos. Tienen que seguir invirtiendo en investigación y en nuevas fórmulas más simplificadas de tratamientos. También deberían incrementar más acciones en el área responsabilidad social en apoyo a las iniciativas de las organizaciones y ofrecerles su colaboración.[2]

En último término, el conseguir una maximización de la adherencia permitirá optimizar los resultados clínicos a largo plazo del fármaco utilizado. Porque, como dijo en los años ochenta el Dr. Everett-Koop, "los fármacos no pueden funcionar en aquellos pacientes que no los toman".

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** Edited in Geneva (Switzerland). 2003

2. O'Rourke KE. **Stopping beta-interferon therapy in multiple sclerosis: an analysis of stopping patterns.** Mult Scler 2005;11:46-50.

3. Ruggieri RM, Settipani N, Viviano L, Attanasio M, Giglia L, Almasio P, et al. **Long-term interferon-beta treatment for multiple sclerosis**. Neurol Sci 2003;24:361-64.

4. B Uitdehaag, C Constantinescu et al. **Impact of exposure to interferon beta-1a on outcomes in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: exploratory analyses from the PRISMS long-term follow-up study Ther Adv Neurol Disord** (2011) 4(1) 3_14.

5. **Documento de Posicionamiento de la Alianza General de Pacientes: LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

6. Cohen BA. Rieckmann P. **Emerging oral therapies for multiple sclerosis Int J Clin Pract**, November 2007, 61(11):1922–1930.

7. Lugaresi A, Bellantonio P, Brescia-Morra V, Centonze D, Cottone S, di Loia M, et al. on behalf of the **BRIDGE study group. BRIDGE: a 12-week, multicentre, open-label, single-arm, Phase IV study of the effect of a new electronic autoinjection device on adherence to subcutaneous interferon beta-1a treatment for relapsing–remitting multiple sclerosis.** Poster (P427) presented at the XLI Congress of the Italian Society of Neurology 23rd–27th October 2010; Catania, Italy.

8. Devonshire V, Feinstein A, Fortin K, Enciu C. **MEASURE: a Multicentre, single-arm, observational, 96-week, Phase IV study to Evaluate treatment Adherence when using RebiSmart™ for Self-injection of Rebif® in mUltidose cartridges in subjects with Relapsing multiplE sclerosis.** Poster (P920) presented at the 21st Meeting of the European Neurological Society (ENS), 28th-31st May 2011, Lisbon, Portugal.

Alteraciones esfinterianas y sexuales en la Esclerosis Múltiple

Dr. Guillermo Navarro Mascarell
Neurólogo. Servicio de Neurología.
Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.
Miembro del Consejo Médico Asesor de FEDEMA

Alteraciones esfinterianas urinarias en EM

Las alteraciones esfinterianas urinarias cobran una gran importancia en la EM fundamentalmente por cuatro motivos:
Primero. La gran frecuencia de estos síntomas que alcanza hasta el 70-80% de los pacientes, ya que son más frecuentes conforme avanza la enfermedad.
Segundo. La gran repercusión en la calidad de vida de los enfermos, ya que le limita de forma extraordinaria su vida, sobre todo en lo que se refiere a la vida de relación social, por el temor del paciente a sufrir un escape de orina en un espacio público y que hace que el paciente planifique sus actividades condicionado por la existencia y el acceso a un baño, sin mencionar la incidencia en la autoestima del paciente si sufre un episodio de incontinencia, fundamentalmente en público.
Tercero. Pueden interferir en la actividad sexual, sobre todo en las mujeres, que como es sabido sufren en mayor medida la enfermedad.
Cuarto. De no tratarse adecuadamente estas alteraciones urinarias pueden comportar graves complicaciones urológicas, que en el peor de los casos podría llegar a la insuficiencia renal, aunque actualmente por fortuna esto no sucede prácticamente nunca.

Fisiología de la micción

La micción se divide en dos fases: el llenado y el vaciado de la vejiga urinaria.

De forma simplificada existen tres centros del sistema nervioso central relacionados en el control de la micción: en la región frontal, en la protuberancia y a nivel medular bajo. Las raíces que intervienen en el proceso de recibir información de la fase de llenado de la vejiga y trasmitir la orden para el vaciado son las dorsales bajas, lumbares y sacras, que conforman los nervios hipogastrio, pélvico y pudendo, por los que se recibe la información en la fase de llenado y se trasmiten las órdenes para el vaciado.

Para la fase de llenado el esfínter uretral está contraído, impidiendo el escape de orina, mientras la vejiga se distiende con la entrada de orina por los uréteres, dependiendo de la velocidad de distensión de la vejiga o del volumen alcanzado, por los nervios antes mencionados llega la información a nivel del sistema nervioso central del deseo miccional y procedemos de forma voluntaria a la fase de vaciado que consiste en la contracción del detrusor al mismo tiempo que relajamos el esfínter uretral para permitir la salida de la orina por la uretra.

Frecuencia

Como hemos mencionado anteriormente la frecuencia de la sintomatología urinaria es muy elevada alcanzando al 70-80% [1, 2] de los pacientes, sobre todo a los que llevan más de diez años de evolución, incluso en algunas series la frecuencia llega al 90% [3].

Al inicio de la enfermedad como una manifestación más de un primer brote, la incidencia es de 5-10% y como único síntoma inicial de la enfermedad se considera que puede aparecer entre el 1-2%.

Clínica miccional

Los síntomas urinarios pueden ser muy variados desde simplemente un aumento de la frecuencia urinaria hasta dificultad para iniciar la micción.

En general se distinguen tres tipos de síndromes[1] dentro de la clínica miccional:

– *Síndrome Obstructivo:* cuyo paradigma podría corresponder al síndrome prostático, que se produce por el aumento de la presión a nivel uretral, puede comportar los siguientes síntomas:

• Disuria, entendida como dificultad para iniciar la micción.
• Chorro urinario débil.
• Cortes del chorro miccional.
• Goteo postmiccional.
• Nicturia, definida como más de una micción en la noche.
• Retención urinaria, como expresión del grado máximo del síndrome obstructivo.

– *Síndrome Irritativo*: característico de las vejigas neurógenas, se constituye por:

• Urgencia miccional, que describe la sensación imperiosa que tiene el paciente para iniciar la micción.
• Frecuencia urinaria, el paciente presenta un claro aumento del número de micciones a lo largo del día.
• Incontinencia urinaria, que se define como el escape de orina involuntario, que puede ser de forma incompleta, sólo una pequeña cantidad de orina, o completa, es decir realizando la micción de forma involuntaria totalmente.

– *Síndrome Mixto:* que presenta síntomas de los dos anteriores de forma combinada.

Un síntoma poco frecuente que no está reflejado en los anteriores síndromes es la incontinencia urinaria de esfuerzo, también llamada de estrés, que es la incontinencia que se produce al toser, reír, estornudar, coger peso o simplemente al ponerse de pie, en el caso más intenso, que es característica de las mujeres y obliga a descartar alguna alteración del aparato genitourinario y otro síntoma aún más infrecuente es la alteración del deseo miccional, es decir, que la sensación no es la habitual si no que el paciente interpreta una sensación en el hipogastrio, que suele ser como sensación de peso o distensión, como deseo miccional.

Estudio diagnóstico

En primer lugar para llegar al diagnóstico del trastorno vesical que provoca la clínica miccional hay que realizar una pequeña historia clínica centrada en los síntomas urinarios que padece el paciente, en relación con los referidos anteriormente, para intentar aclarar que síndrome miccional presenta. Como es ob-

vio, el estudio debe ser individualizado y será más o menos amplio según las circunstancias de cada paciente: edad, sexo, clínica miccional, grado de discapacidad, etc.

En nuestra unidad le facilitamos al paciente una hoja donde tiene que cumplimentar el horario y el volumen de orina de todas las micciones realizadas durante las 24 horas del día y especificar si ha tenido escapes de orina y la hora del escape, lo que tiene que repetir el mismo día de la semana siguiente, ya que es una forma práctica y objetiva de conocer la clínica del paciente, además de preguntarle de forma concreta sobre todos los síntomas urinarios que no se recogen en la hoja que cumplimenta.

En segundo lugar hay que realizar una analítica general, que incluya un análisis de orina, para conocer la función renal y descartar una posible infección urinaria, ya que es conocido que en la EM hay entre un 15-20% de infecciones urinarias que cursan de manera subclínica para los pacientes, pero que pueden estar influyendo en el comportamiento de la vejiga urinaria y una Ecografía Abdominal.

En tercer lugar y como exploración complementaria fundamental para estudiar las alteraciones vesicales que se producen en esta enfermedad, así como otras neurológicas, se puede realizar una URODINÁMICA.

La urodinámica nos permite estudiar las dos fases de la micción, la de llenado y vaciado vesical, mediante la Flujometría, la Cistomanometría y el Perfil de Presión Uretral, que son las tres fases de las que se compone el estudio urodinámico.

Dada la importancia de esta técnica considero oportuno describir someramente en que consiste de forma práctica: el paciente orina en un recipiente que esta conectado con un ordenador que mide distintas variables como el tiempo de micción, la máxima presión del chorro miccional, volumen, etc., una vez finalizada la micción voluntaria se sonda al paciente y se mide residuo miccional y por la sonda se rellena la vejiga, habitualmente con suero fisiológico, y se observa la capacidad vesical, el tono del detrusor o si se producen contracciones involuntarias del detrusor de la vejiga, etc., y en la última fase mientras se va retirando la sonda vesical se objetiva la presión a nivel uretral. Además la urodinámica nos permite observar la sincronía entre la contracción de la vejiga y la apertura del esfínter uretral, para la fase de vaciado vesical, como ya hemos comentado en el apartado de la fisiología de la micción.

Actualmente se esta utilizando de forma generalizada la Ecografía Abdominal con medición del residuo post-miccional, para cuantificar el residuo y valorar si el paciente presenta una vejiga neurógena ya establecida y la posible repercusión renal de la disfunción vesical. La medición del residuo es muy importante para decidir la actitud terapéutica a seguir como veremos posteriormente. Esta técnica menos agresiva que la Urodinámica está haciendo que se realicen menos estudios urodinámicos.

También en ocasiones, aunque no suele ser habitual en los pacientes afectos de EM, dada la edad de presentación de la enfermedad, hay que realizar estu-

dios urológicos específicos, esto es más necesario en pacientes varones mayores de 50 años donde hay que descartar que pueda existir asociada una hipertrofia de próstata que influya en las alteraciones esfinterianas y, como hemos comentado anteriormente, en la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres.

Tipos de disfunción vesical

Antes de comenzar explicando como se tratan las alteraciones urinarias en la Esclerosis Múltiple (EM) hemos de hacer referencia a las distintas disfunciones de la vejiga que podemos encontrar en EM, dada su implicación en el tratamiento, que guardan relación con el lugar donde se sitúa la lesión provocada por la enfermedad:

– Vejiga hiperrefléxica o de neurona motora superior, utilizando la clasificación más actual, localizándose la lesión por encima del centro pontino de la micción, que se sitúa en la protuberancia. Este tipo de vejiga suele estar contraída, con aumento de la presión, capacidad disminuida y con contracciones del detrusor involuntarias o mal inhibidas. Esta vejiga se corresponde habitualmente con el síndrome irritativo.

– Vejiga hiporrefléxica o de neurona motora inferior, cuando la lesión se encuentra a nivel de S2-S4 en la médula o en las raíces nerviosas. Esta vejiga suele estar distendida con capacidad aumentada, con disminución de la presión, con escasa contractilidad y que en algunos casos más intensos sólo se consigue la micción por rebosamiento, quedando un gran residuo miccional. Esta vejiga se relaciona con el síndrome obstructivo.

– Disinergia vesico-esfinteriana, cuando la lesión se sitúa entre S2-S4 medular y el centro pontino de la micción, que puede presentarse aisladamente o asociada a cualquiera de las disfunciones anteriormente mencionadas, y que realmente consiste en una mala coordinación o falta de sincronización entre la contracción del detrusor de la vejiga y la relajación del esfínter urinario al inicio de la micción o durante la misma.

En nuestra serie[2] la distribución del tipo de vejiga según el estudio urodinámico es la siguiente:

- Vejiga hiperrefléxica: 58.8%.
- Vejiga hiporrefléxica: 19.6%.
- Vejiga normal: 21.6%.

Estos hallazgos son similares a estudios urodinámicos clásicos[4, 5, 6] .

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento deben ser, normalizar las fases de llenado y vaciamiento vesical, aumentando la capacidad de almacenamiento de la vejiga y realizar un vaciamiento completo de la vejiga, evitando el residuo post-miccional, normalizar la frecuencia urinaria y restaurando la continencia de la vejiga, con todo ésto se pueden prevenir complicaciones urogenitales como las infecciones urinarias de repetición, daño del tracto superior urinario, pielonefritis, litiasis vesical o renal y alteración de la función renal.

Para prevenir posibles complicaciones urinarias es muy importante tomar una cantidad adecuada de líquido a lo largo de todo el día, que debe ser alrededor de dos litros, desechando la idea muy extendida entre los pacientes de restringir el consumo de líquido para evitar los escapes urinarios, ya que al disminuir la ingesta de líquidos lo que podemos conseguir es mayor número de infecciones urinarias que van a ocasionar más incontinencia urinaria además de las molestias propias de las cistitis.

Por otro parte en pacientes con propensión a sufrir infecciones urinarias de repetición una medida clásica, aunque no bien estudiada, es acidificar la orina mediante la ingesta de Vitamina C, ya que los gérmenes se desarrollan con mayor facilidad en medio alcalino mientras que el medio ácido dificulta su crecimiento y la ingesta de arandonos que disminuye la frecuencia de infecciones urinarias secundarias a Escherichia Coli, como se ha demostrado en algunos estudios.

Por norma general las infecciones urinarias se deben tratar cuando presentan síntomas, aunque un síntoma puede ser el aumento de la espasticidad de miembros inferiores, y/o determinadas alteraciones analíticas con antibioterapia específica según el antibiograma y por el contrario no siempre un urocultivo positivo debe ser tratado con antibioterapia específica, ya que muchas bacteriurias no van a ocasionar problemas. Por otra parte el tratamiento preventivo de forma regular y periódica de infecciones urinarias de repetición con un determinado antibiótico no es un método aceptado por todos los autores, aunque se sigue practicando en muchos casos.

Hay que tener presente que muchos fármacos pueden alterar la micción y por lo tanto ocasionar síntomas urinarios. Entre los fármacos más empleados que pueden modificar la fisiología miccional se encuentran:

- Diuréticos.
- Antidepresivos, especialmente los tricíclicos.
- Anticolinérgicos.
- Alfa y Beta Bloqueantes.
- Antipsicóticos.
- Analgésicos opiáceos.
- Antiparkinsonianos
- Antidiarreicos.
- Antagonistas del calcio.

Para evitar o disminuir los síntomas urinarios también se pueden realizar medidas higiénico-dietéticas como llevar ropa no muy ajustada y fácil de quitar, la mencionada acidificación de la orina, evitar el consumo de alcohol, estimulantes y especias, ingerir abundantes líquidos durante el día, procurando no beber unas tres horas antes de acostarse para disminuir el número de micciones nocturnas, realizar micciones frecuentes de forma periódica, como máximo cada tres horas, adelantándose a la urgencia e incontinencia urinaria, lo que si se hace de forma constante se podrá conseguir tener una disciplina orinando de forma regular, en el caso que no se tenga deseo miccional se pueden utilizar pequeños “trucos” para desencadenar la micción como pellizcarse en la parte

interna y superior del muslo, tirar del vello púbico o estimular el esfínter anal, para ayudar a completar el vaciado vesical se emplea la maniobra de Credé, que consiste en apretar con fuerza el hipogastrio para aumentar la presión abdominal, y realizar ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico. La maniobra de Credé no se debe emplear si existe un aumento de la presión uretral y una posible insuficiencia del esfínter ureteral que podría ocasionar reflujo urinario desde la vejiga al riñón.

Los ejercicios de suelo pélvico han demostrado de forma clara su eficacia en el mejor control de la clínica miccional.

Para tratar la nocturia importante, sobre todo si éste es prácticamente el único o preponderante síntoma urinario de la enfermedad, no permitiendo el descanso del paciente por repetidas interrupciones del sueño debido a las micciones, se puede emplear la Desmopresina[7], en forma de inhalador nasal, que en nuestro medio es poco utilizada debido a potenciales efectos secundarios, fundamentalmente puede ocasionar hiponatremia y trastornos de osmolaridad.

Para tratar los síntomas de la vejiga hiperrefléxica, por otro lado la más prevalente en la Esclerosis Múltiple, se emplean los Anticolinérgicos[8, 9] de los que de los más usados probablemente hoy en día es la Tolterodina (Urotrol o Detrusitol), actualmente en una sola toma al día de 4mg, además también se utilizan, pero de una forma mucho menor, la Oxibutinina (Ditropan), probablemente más eficaz pero con mayor intensidad de efectos secundarios, y el Cloruro de Trospio (Uraplex), estos medicamentos provocan fundamentalmente como efectos secundarios sequedad de mucosas, boca y ojos primordialmente, alteración visual y estreñimiento. Los fármacos incorporados para este tipo de vejiga son la Solifenacina a dosis de 5 y 10 mg y la Fesoterodina a la dosis de 4 y 8 mg, en dosis única diaria, si no mejora el paciente con la Tolterodina que es más económica.

Para la vejiga hiporrefléxica no existe en la actualidad un fármaco especialmente indicado, ya que se retiró del mercado español, hace ya algunos años, el Betanecol (Myo-Hermes), que aunque de eficacia limitada, en nuestra experiencia si mejoraba los síntomas de este tipo de vejiga en algunos casos. En esta alteración vesical se puede utilizar el sondaje intermitente, que comentaremos posteriormente.

La Disinergia vesico-esfinteriana se puede tratar con Alfa-Bloqueantes como Alfuzosina, Terazosina, Doxazosina, Tamsulosina, etc., y anteriormente también se ha utilizado la Nicergolina.

En el caso de que la terapia anterior no fuera efectiva o persistiera un residuo post-miccional elevado, siempre por encima de 100cc, se puede emplear el autocateterismo intermitente, que consiste en realizar el sondaje por parte del propio paciente tras una micción espontánea, para lo que se requiere una aceptable habilidad manual, varias veces al día para así eliminar el residuo, vaciando totalmente la vejiga. El número de ocasiones que se tenga que realizar el cateterismo vendrá determinado por el residuo miccional, se suele iniciar el autosondaje dos o tres veces al día, una de ellas siempre antes de iniciar el sueño.

Esta técnica es muy importante porque en ocasiones es el único tratamiento eficaz para mejorar la clínica miccional que provoca la vejiga neurógena en Esclerosis Múltiple y su objetivo es:

• Evitar la sobredistensión vesical.

• Vaciar regularmente la vejiga, con lo que se eliminan los gérmenes con mayor rapidez de la que se reproducen, disminuyendo las infecciones urinarias.

Empleando esta técnica de forma regular y constante podemos observar como disminuye el residuo tras la micción. En la actualidad contamos con sondas lubrificadas en su totalidad, llamadas de baja fricción, algunas precisan el contacto con el agua, con lo que la fricción con el epitelio de la uretra se reduce de forma espectacular y también disminuyen de una manera muy importante las clásicas complicaciones de las sondas convencionales como las uretritis, estenosis uretrales y epididimitis en el varón.

En nuestra experiencia con un adecuado aprendizaje por parte del paciente, por personal sanitario especialmente formado para ello, los resultados son excelentes.

En este punto hemos de comentar que, sin que podamos dar una razón contrastada, los varones no siguen en general adecuadamente esta terapia y en cambio las mujeres la practican de forma correcta y constante. El autosondaje se puede realizar de pie, en decúbito o sentado en el caso del varón y normalmente se realiza en sedestación o en bipedestación en las mujeres e inicialmente con la ayuda de un espejo para identificar la localización de la uretra.

Si estas alternativas terapéuticas no son eficaces o no se pueden realizar, como es el caso del autosondaje, aunque hemos de decir que algunas pacientes nos han sorprendido al ser capaces de poder practicar esta técnica, a pesar de tener una clara discapacidad en los brazos, se puede recurrir al uso de colectores conectados a bolsa en el caso de los varones o bien se emplean pañales absorbentes en ambos sexos. Hoy en día el uso de una sonda vesical permanente no se recomienda en general debido a los múltiples problemas que pueden acarrear como infecciones urinarias, uretritis, gran interferencia en la esfera sexual, etc., y sólo se utilizan en algunos casos en que no se puede por diversos motivos ofrecer otra alternativa terapéutica.

En algunos casos se pueden realizar esfinterotomías, que consiste en realizar una incisión para disminuir la presión del esfínter y cistotomía suprapúbica.

Para finalizar comentaré algunas terapias que pueden ayudar a mejorar la patología urinaria en EM, pero que en nuestro país no se suelen aplicar:

• Infiltración de Toxina Botulínica Tipo A a nivel vesical para la vejiga hiperrefléxica o hiperactiva, que tiene una limitación importante porque hay que realizarla por vía endoscópica uretral y se tiene que repetir la aplicación cada cierto tiempo, pero su efecto puede durar hasta 6-9 meses. El inconveniente de esta técnica es que puede aumentar la necesidad del autosondaje al incrementar el residuo post-miccional. Esta terapia estaría especialmente indicada en pacientes con autocateterismo intermitente que presentan incontinencia urinaria, a pesar del tratamiento.

• La Neuroestimulación vesical que consiste en colocar un neuroestimulador conectado a las raíces sacras, primordialmente S3 que emita un estímulo para la contracción de la vejiga.

En la práctica diaria en muchos pacientes cuando presentan alteraciones esfinterianas urinarias, sobre todo si la clínica miccional es irritativa, se les indica un tratamiento con anticolinérgicos, mayoritariamente Tolterodina 4mg en dosis única diaria, y se valora la respuesta. Si el paciente no mejora o presenta infecciones urinarias de repetición, se aconseja la práctica de Ecografía Abdominal con medición del residuo post-miccional, ya que la existencia y cantidad del residuo nos determinaran la actitud terapéutica a seguir, valorando la posibilidad del autocateterismo intermitente si el residuo es mayor de 100ml. Si la sintomatología urinaria es de tipo obstructiva se puede emplear terapia alfa bloqueante, aunque hay que destacar que un mismo síntoma urinario puede ser debido a diversas disfunciones vesicales, por lo que en esta situación muy probablemente estaría indicada la realización de un estudio urodinámico, que nos puede informar adecuadamente de la alteración vesical que presenta el paciente y consecuentemente el tratamiento a instaurar, y no debemos olvidar que, según la edad del paciente, habría que descartar un posible prostatismo en los varones.

Alteración intestinal

Los trastornos del transito intestinal son también muy frecuentes en esta enfermedad, aunque en general se les presta escasa atención, y consisten fundamentalmente en estreñimiento e incontinencia fecal y aunque la primera puede ser muy molesta para el paciente es esta última la que realmente altera la vida del paciente, ocasionándole un aislamiento social evidente.

La frecuencia de esta disfunción es también muy alta y suele aumentar a lo largo de la evolución de la enfermedad. La frecuencia se estima según diversas series entre el 40% [10] hasta el 68%[11] en lo que respecta al estreñimiento y hasta el 25% [12] en la incontinencia fecal y de forma muy esporádica hasta el 50% [11].

Esta disfunción se relaciona con los trastornos esfinterianos urinarios, con el tiempo de evolución de la enfermedad y con el grado de discapacidad valorado con la EDSS[12].

La disfunción intestinal viene determinada fundamentalmente por el enlentecimiento del transito intestinal y la pérdida o disminución del reflejo gastrocólico, consistente en el aumento de la motilidad del colon tras la ingesta alimenticia. Y aunque se pueden realizar diversas exploraciones diagnósticas, como los estudios manométricos en el recto o estudios del peristaltismo intestinal, en la práctica habitual no se suelen practicar, ya que en general no aportan información relevante para el tratamiento. No obstante no quisiéramos dejar pasar la oportunidad para llamar la atención que ante un estreñimiento muy severo con distensión abdominal y pobre respuesta al tratamiento habitual, hay que des-

cartar de forma exhaustiva otra causa distinta de la Esclerosis Múltiple como responsable del estreñimiento, ya que existe la tendencia generalizada de atribuir siempre a esta patología la disfunción intestinal, con el consiguiente retraso de un diagnóstico correcto de distinta etiología, como vólvulos intestinales u otras causas de obstrucción o pseudoobstrucción intestinal, como hemos podido comprobar en nuestra serie.

No hay que olvidar que algunos tratamientos pueden provocar o acentuar la disfunción intestinal, como por ejemplo los anticolinérgicos, utilizados de forma mayoritaria en los trastornos vesicales, que como ya hemos comentado se asocian en gran medida con las alteraciones intestinales.

El tratamiento del estreñimiento en la EM suele ser el tratamiento estándar de esta disfunción en otras patologías:

- Medidas higiénico-dietéticas consistentes en ingerir abundantes líquidos, dieta rica en resíduos, realizar ejercicio moderado, etc.
- Uso de laxantes de forma ocasional o pautada. Se recomienda el empleo de Lactulosa o Lactitiol.
- Estimulación ano-rectal con supositorios de glicerina o estimulación digital.
- Enemas en los casos que sean necesarios.

Se aconseja que el estreñimiento se resuelva en el plazo máximo de 3-4 días.

En ocasiones se ha usado tratamiento con procinéticos para mejorar el peristaltismo intestinal con una respuesta en general poco satisfactoria.

El problema de la incontinencia fecal es más difícil de tratar y realmente en ocasiones sólo podemos adelantarnos a la incontinencia vaciando la ampolla rectal de forma preventiva para evitar la incontinencia antes de que se produzca en el momento más inoportuno y otras veces podemos indicar el empleo de obturadores anales, que son útiles para una correcta continencia de las heces, siempre que éstas no sean líquidas. En general los “tapones” anales no suelen ser bien aceptados por los pacientes. En esta sintomatología el paciente tiende a recurrir a la medicina alternativa, sobre todo a tratamientos de herboristería, para mejorar el estreñimiento, dada la pobre respuesta que en muchas ocasiones le brinda la medicina clásica.

Alteraciones sexuales

Introducción

La actividad sexual es una parte importante de la vida del ser humano y más si cabe en la edad de presentación de la enfermedad, fundamentalmente entre 20 y 40 años, donde se desarrolla la edad fértil de la mujer y cuando se mantiene una mayor actividad sexual. Es por ello que una merma en la esfera de la sexualidad repercute claramente en la calidad de vida de los pacientes y en su relación de pareja, existiendo un mayor porcentaje de separaciones, que aunque no se pueda atribuir exclusivamente a esta causa, es indudable que la alteración sexual es uno más de los factores que están implicados.

Realmente la problemática sexual de los pacientes de EM es difícil de abordar ya que es un tema muy poco tratado en las consultas por parte de los pacientes, incluso hoy en día, debido a diversos motivos de diferente índole: religiosa, cultural, social, etc., siendo muy difícil poder conocer la incidencia real de esta alteración, ya que los pacientes no contestan, de forma amplia, a esta cuestión al ser interrogados sobre este tema y si lo hacen en muchas ocasiones la respuesta no es del todo sincera. Las mujeres en un alto porcentaje no suelen responder, a pesar de que esta patología predomina de forma clara en la mujer, sobre todo por debajo de los 40 años.

En una encuesta que realizamos de forma voluntaria sobre la actividad sexual en los pacientes de EM que revisamos en una consulta especializada sobre alteraciones esfinterianas en EM, sólo respondieron a la encuesta el 57%, contestando el 70% de los hombres y el 30% de las mujeres, a pesar de que como veremos posteriormente estas manifestaciones clínicas están muy relacionadas y se dan en una elevada frecuencia en el mismo paciente. Por otra parte hay un gran desconocimiento de las alternativas terapéuticas existentes actualmente en este campo, por parte de los pacientes y del personal sanitario, y además los pacientes presentan un temor, en muchas ocasiones injustificado, a emplear los tratamientos adecuados en esta patología a pesar de que su indicación sea correcta y realizada por profesionales con experiencia en este ámbito.

Por otro lado no queremos dejar pasar la ocasión para reseñar que existe un importante número de pacientes y sus parejas, sobre todo en el sexo femenino, que muestran una evidente "resignación" ante la pérdida de la función sexual, que resulta difícil comprender dada la edad de los pacientes y las posibilidades terapéuticas reales de las que disponemos actualmente.

Hay que destacar que si realmente queremos conseguir mejorar la vida sexual de los pacientes de EM es imprescindible que éstos modifiquen la "mentalidad" ante la sexualidad, que es algo en muchas ocasiones muy difícil de lograr, no considerando el coito como la única alternativa de disfrutar de la sexualidad.

Hay que señalar que según se recoge en algún trabajo[14] la mujer, tanto como paciente como pareja de un enfermo de EM, está más satisfecha con su vida sexual que el varón, sin que se especifiquen los motivos de esta aseveración, aunque lo que se constata claramente es que las pacientes consultan muy excepcionalmente por esta patología, en tanto que el varón expresa cada vez con más frecuencia su problemática en este terreno, buscando soluciones.

Fisiología de la sexualidad

Los estímulos sexuales pueden ser considerados como "centrales", es decir psíquicos, visuales, olfatorios, etc., o "periféricos", es decir locales, por estimulación de zonas erógenas, que no se tienen que circunscribir exclusivamente a la región perineal.

Ante estímulos "centrales" se activan diversas regiones cerebrales, como la corteza y el sistema límbico, que trasmiten por la médula el estímulo hasta los centros autonómicos, tanto a nivel de dorsolumbar (D11-L2) como sacro (S2-S4)

para que se produzcan en el caso de la mujer la lubricación vaginal, aumento de la tumescencia del clítoris y con el aumento de la excitación sexual el orgasmo y en el caso del hombre inicialmente la erección, que se produce por el relleno vascular de los cuerpos cavernosos con aumento de la resistencia del drenaje venoso del pene, y posteriormente coincidiendo con el punto de mayor excitación sexual el orgasmo y la eyaculación.

En el caso que los estímulos sean locales se produce un reflejo segmentario medular de los centros medulares, que hemos mencionado anteriormente, desencadenando las respuestas ya comentadas.

Prevalencia

Las cifras que se manejan de incidencia de las alteraciones sexuales en la EM son dispares aunque en general se sitúan entre el 50-75% de los pacientes[15], considerándose que es algo mayor en los varones, y aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad[16], estos datos provienen mayormente de estudios anglosajones.

Es interesante destacar que en algún estudio se hace referencia a que el porcentaje de pacientes afectados por una disfunción sexual, antes de manifestarse la enfermedad, se sitúa alrededor del 10% [17], que es muy similar a los datos que se manejan para la población general, sin una patología conocida previamente.

Por otra parte la disfunción sexual en la EM se relaciona de forma clara, siendo a su vez un factor que condiciona la actividad sexual de los pacientes, con los trastornos esfínterianos[18, 19, 20], fundamentalmente urinarios, ya que aproximadamente la mitad de los pacientes con patología vesical presenta algún trastorno en la esfera sexual, secundarios a la afectación medular[20]. El miedo a presentar un escape urinario durante la relación sexual puede condicionar de una forma muy importante la actividad sexual. Esta evidente relación también se da con la afectación de la vía piramidal[20], fundamentalmente localizada en miembros inferiores, y con la carga lesional en Resonancia Magnética[21, 22], de forma predominante a nivel de la protuberancia y región frontal. Sin embargo esta relación se discute, en algún estudio, aunque en nuestra modesta opinión esta relación es evidente con:

– La Depresión, más habitual en la EM que en otras enfermedades crónicas discapacitantes, ya que la depresión puede manifestarse de por si con alteraciones sexuales.

– La Fatiga, que es una sintomatología frecuente en estos pacientes y que puede condicionar e incluso imposibilitar una relación sexual satisfactoria, por la falta de energía que experimenta el paciente con este síntoma y la acentuación de la clínica que en ocasiones provoca la fatiga.

– Tiempo de Evolución y Grado de Discapacidad, que pueden estar interrelacionados entre sí, siendo la discapacidad que presente el paciente en algunos casos un claro obstáculo para la realización de una actividad sexual “normal”, aunque este concepto de normalidad cuando se habla de sexualidad sería muy discutible.

Es importante señalar que algunos fármacos muy utilizados de forma general y más específicamente en EM pueden ocasionar una disfunción sexual o acentuar una ya preexistente, provocando una disminución de la libido, una dificultad en la erección o retrasando la eyaculación.

Los fármacos más implicados son:

– Antihipertensivos, como diuréticos tiacídicos, betabloqueantes, espironolactona, bloqueadores de canales del calcio, simpaticolíticos.
– Antiespásticos, usados de forma amplia para tratar la espasticidad, como el baclofen.
– Anticolinérgicos, utilizados para el tratamiento de la patología urinaria en la vejiga hiperactiva, que como hemos comentado anteriormente está muy relacionada con la alteración sexual, como la oxibutinina.
– Antagonistas de receptores H2, usados para tratar diversas afecciones gástricas.
– Antidepresivos, como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, salvo trazodona, Antidepresivos tricíclicos e Inhibidores de la monoaminaoxidasa.
– Tranquilizantes y Neurolépticos.
– Antiepilépticos como el fenobarbital, actualmente menos recomendado.
– Beta-bloqueantes, que en la EM se utilizan para disminuir el temblor fundamentalmente.
– Tóxicos como cocaína, alcohol, tabaco, marihuana, heroína.

Alteraciones propias de la mujer

Las fundamentales alteraciones de la sexualidad en las mujeres que padecen EM son las siguientes:

– Disminución de la libido.
– Disminución de la lubricación vaginal.
– Alteración de la sensibilidad en el área genital, que puede encontrarse: disminuida, ausente o ser incluso dolorosa.
– Limitaciones debidas a la propia EM: espasticidad, alteración postural, fatiga y alteración esfinteriana.

La disminución de la libido, es decir, la disminución del deseo sexual, es frecuente en las pacientes de EM y se puede atribuir a diversas causas: la disminución de la autoestima por padecer una enfermedad crónica discapacitante, alteración de la propia imagen corporal que le cree parecer menos atractiva, la disminución de la satisfacción en la relación sexual, la depresión, miedo a un escape de orina durante la relación sexual, en las pacientes que presentan alteraciones esfinterianas y en menor medida a la propia enfermedad.

En muchas ocasiones relacionada con la anterior, las pacientes presentan disminución de la lubricación vaginal, ya que para que ésta exista debe haber un deseo sexual adecuado. Aunque en ocasiones se mantiene el deseo sexual y la lubricación vaginal no se produce de forma adecuada, a lo que pueden contribuir diversos condicionantes independientes de la enfermedad, como la edad,

cambios hormonales, etc. No obstante esta alteración es escasamente referida por las pacientes, manifestándolo en la anamnesis dirigida.

Las alteraciones de la sensibilidad en el área genital pueden ocasionar que no se pueda alcanzar un orgasmo satisfactorio, ya que el grado de excitación es menor, si la sensibilidad está disminuida o incluso ausente. En ocasiones la sensibilidad en el área sexual se encuentra alterada provocando una sensación de disconfort, que incluso puede ser intensamente dolorosa, en lugar de satisfactoria durante la relación sexual, pudiendo coincidir el momento del previsible máximo grado de satisfacción con una sensación de dolor intenso de tipo neurálgico.

Entre las limitaciones propias de la enfermedad que afectan de forma clara la relación sexual se encuentran:

– La espasticidad que puede dificultar el adoptar determinadas posiciones o ser aumentada por la excitación o incluso presentar espasmos musculares sobre todo en los miembros inferiores, durante o al finalizar la relación sexual.

– La alteración postural que presentan algunas pacientes, en la mayoría de los casos debida a la espasticidad, es una dificultad añadida a la relación sexual, aunque casi siempre superable con un poco de imaginación y colaboración de la pareja.

– La fatiga, que es una sensación de falta de energía subjetiva que limita claramente la actividad tanto física como psíquica de los pacientes, siendo además un síntoma muy frecuente en la EM, puede, si es intensa, impedir, sobre todo a los varones, el completar de forma adecuada la relación sexual, por lo que es muy importante que los pacientes planifiquen sus actividades diarias para "ahorrar" la máxima energía posible, por lo que parece lógico que la actividad sexual se desarrolle por las mañanas, cuando los pacientes, por regla general, se encuentran más descansados.

– Las alteraciones esfínterianas, sobre todo urinarias, se asocian con una elevada frecuencia a las alteraciones de la sexualidad en la EM, siendo probablemente la asociación más clara entre las manifestaciones clínicas de la EM, lo que provoca que los pacientes, fundamentalmente del genero femenino, se inhiban ante la sexualidad, debido al temor de que se pueda producir un escape de orina involuntario durante el "juego" sexual. En un reciente estudio[19] se ha encontrado una clara relación en las mujeres en general que padecen síntomas de alteración de tracto urinario e incontinencia urinaria con la disfunción sexual que alcanza hasta el 46%.

Alteraciones propias del varón

– Disfunción de la erección.
– Alteración de la percepción orgásmica y la eyaculación.
– Disminución de la libido.
– Limitaciones secundarias a la propia EM.

La Disfunción Eréctil es la alteración por la que más consultan los pacientes de EM, pudiéndose clasificar, desde un punto de vista simple y práctico, en tres

estadios (aunque no sigamos la Clasificación Internacional de la Disfunción Eréctil):
– Fugaz, consistente en una erección completa pero de breve duración, que no permite conseguir un coito adecuado.
– Incompleta, con una tumescencia menor de la necesaria para una penetración correcta.
– Ausente, es decir, que no se produce erección de forma voluntaria, ya que en ocasiones se pueden producir erecciones involuntarias, sobre todo nocturnas, que no siempre indican que la disfunción eréctil sea de origen psíquico.

La alteración de la eyaculación en la EM, que suele asociarse a un trastorno de la percepción orgásmica y de la sensibilidad en la zona genital, puede dividirse de forma simplista en:
– Eyaculación Precoz, que no es una alteración propia de la EM y que se produce en la misma frecuencia que en la población general y que puede tratarse con Antidepresivos IRSS como la Fluoxetina.
– Eyaculación Retardada, consistente en un retraso importante de la eyaculación, en general como hemos comentado relacionado con un trastorno de la sensibilidad y de la sensación orgásmica, debido a la dificultad para conseguir el estado de excitación que se requiere para la eyaculación normal.
– Eyaculación Ausente.

La Sensación Orgásmica puede ser no satisfactoria, estar ausente o incluso ser dolorosa.

La Disminución de la libido no suele ser referida espontáneamente por los pacientes, que tienden a atribuirla a los tratamientos empleados, pero si se les pregunta específicamente por este aspecto se observa que está presente en muchos pacientes.

En lo que se refiere a las alteraciones propias de la enfermedad en lo que respecta al varón son superponibles a las que sufren las mujeres, aunque haciendo mayor hincapié en la fatiga, la espasticidad y las alteraciones posturales.

Estudio diagnóstico

Para realizar un diagnóstico correcto de la alteración sexual en la EM se pueden realizar los siguientes estudios, que en la práctica asistencial habitual en muchas ocasiones no se suelen realizar, ya que es improbable que esta alteración sea motivada por una causa distinta a la EM o que no esté directamente relacionada con la misma:
– Potenciales Evocados Somésthesicos del Pudendo[23], que nos permite estudiar la vía nerviosa que está implicada en la función sexual y su posible anomalía.
– Electromiografía de la musculatura bulbo cavernosa y Reflejo bulbo cavernoso.
– Doppler de Pene, que nos permite descartar alguna causa vascular de disfunción eréctil y a la vez podemos comprobar la respuesta al tratamiento, ya que habitualmente este estudio se realiza inyectando en el pene Prostaglandina E, que es uno de los tratamientos de la disfunción eréctil, como más tarde veremos.

– Estudio Psicológico, que en ocasiones es necesario realizar para descartar un síndrome depresivo u otro trastorno psíquico como causa de la alteración sexual.

No haremos mención expresa de otros estudios que se suelen realizar para diagnosticar disfunciones sexuales de causa no conocida como son analítica, incluyendo determinaciones hormonales, estudio urológico, registro de tumescencia del pene, bien nocturna o mediante estímulos visuales, visionado de escenas eróticas, etc., ya que nos ceñimos al estudio de los pacientes diagnosticados de EM.

Tratamiento de la disfunción sexual en EM

Lo primero que hay que decir que la sexualidad en la pareja es cosa de dos y que por lo tanto cualquier alteración en este campo, en uno de los miembros de la pareja, repercute en el otro miembro y las alternativas de tratamiento han de ser valoradas y aceptadas por los dos, sabiendo además que en muchas ocasiones los problemas comienzan a resolverse cuando se hablan con total "confianza" y sinceridad con la pareja, ya que por otro lado no es infrecuente en nuestro medio que las parejas no puedan expresar con absoluta claridad sus deseos y problemática en este ámbito[24]. Es por todo ello muy importante estimular a los pacientes a que tengan una intensa comunicación con su pareja en este campo.

En segundo lugar hay que señalar que en ocasiones será necesario adoptar un cambio claro de mentalidad en lo referente a la sexualidad y no centrar la sexualidad prácticamente de forma exclusiva en el coito y pensar que existen otras formas gratificantes de desarrollar la sexualidad distintas al coito. Esto como es lógico precisará en ocasiones de un apoyo psicológico para la pareja.

Como normas generales para ambos sexos es fundamental descartar causa iatrogénica que esté interfiriendo en la función sexual, revisando el tratamiento que realiza el paciente y si es necesario suprimir, si es posible, o sustituir algún fármaco concreto que esté tomando el paciente, prestando especial atención al tratamiento antidepresivo, ya que en ocasiones se pueden sustituir los antidepresivos del grupo de los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina por Trazodona o Venlafaxina, que presentan menos repercusión a nivel de la actividad sexual.

Es muy importante realizar una correcta evaluación de la higiene y calidad del sueño, para disminuir en lo posible la fatiga, ya que como todos conocemos un sueño no reparador incrementa la fatiga, siendo en ocasiones necesario tratar de forma adecuada las posibles causas de la alteración del sueño, como pueden ser los espasmos musculares nocturnos o la nicturia. Así mismo debemos hacer especial hincapié en conservar la mayor energía posible durante la actividad sexual, por lo que se deben adoptar las posiciones más adecuadas en cada caso concreto y por supuesto mantener la relación sexual cuando la fatiga sea menor, lo que habitualmente suele ocurrir al despertar por la mañana.

Por otro lado debemos optimizar el tratamiento de la espasticidad para dis-

minuirla en lo máximo posible, para que no dificulte la actividad sexual y también tenemos que tratar la alteración urinaria, muy relacionada con la patología sexual en los pacientes con EM, como ya hemos comentado, puede ser la urgencia e incontinencia miccional, antes de la relación sexual, sobre todo en la mujer, mediante el vaciado vesical, empleándose si es necesario el tratamiento con anticolinérgicos o incluso el autosondaje.

Tanto la mujer como el varón pueden presentar una disminución de la sensibilidad en la zona genital o una dificultad mayor para alcanzar el grado de excitación requerido para alcanzar el orgasmo, por lo que en muchas ocasiones éste no se consigue con el coito exclusivamente, siendo necesario previamente a la penetración una estimulación intensa y prolongada para poder tener un alto nivel de excitación cuando se produce la copulación y conseguir el orgasmo durante el coito.

La estimulación puede ser realizada por la pareja o por el propio paciente, siendo en la mayoría de las ocasiones más efectiva si la práctica el propio paciente, aunque en ocasiones esta estimulación ha de ser tan prolongada en el tiempo que le puede provocar cansancio al paciente, por lo que para evitar esta limitación se pueden emplear vibradores, que permiten calibrar el grado de la estimulación.

Mujer

Entrando ya en temas concretos para cada miembro de la pareja, en el caso concreto de la mujer, cuando exista una disminución o ausencia de la lubricación vaginal se aconseja el uso de lubricantes vaginales, lógicamente aplicados antes del coito, que deben ser estériles e hidrosolubles como por ejemplo gelatinas estériles, que se pueden adquirir fácilmente en las farmacias, y no emplear la "famosa" vaselina, que puede provocar infecciones vaginales.

Habrá que, en casos concretos, realizar una consulta con el Ginecólogo, para valorar la posibilidad de tratamiento hormonal sustitutivo, dependiendo de la edad de la paciente, a pesar de que actualmente es una alternativa terapéutica muy en discusión.

En lo que respecta a la disminución de la libido las posibilidades de tratamiento son en general escasas y hay que insistir en crear un ambiente adecuado desde el punto de vista psicológico que estimule la relación sexual, evitando al máximo los estímulos negativos como estrés, cansancio, rutina, etc. Se esta estudiando la posibilidad del uso de parches de testosterona en la mujer para aumentar el deseo sexual, lo que ya se está llevando a cabo en mujeres con extirpación ovárica, y hace ya unos años se informó de una sustancia denominada PT 141, un agonista de Melanocortin, en forma de inhalador nasal, que había resultado efectiva en estudios con ratas para tratar la disminución del deseo sexual, pero hasta la fecha no ha sido comercializada en nuestro país, aunque se anuncia profusamente en Internet y que también podría ser efectivo para mejorar la

disfunción sexual del varón y actuaría a nivel del sistema nervioso. También se están realizando estudios con prostaglandinas para mejorar la libido.

Cuando el problema radica en que la sensación orgásmica no sólo no es satisfactoria sino que es molesta o incluso dolorosa se pueden utilizar fármacos que modifican el umbral del dolor, como por ejemplo Carbamazepina, Fenitoína, Antidepresivos Tricíclicos, Gabapentina u otros anticomiciales, etc.

Cuando en una misma paciente concurran la depresión, la urgencia urinaria y la sensación dolorosa durante el coito, el tratamiento con Antidepresivos Tricíclicos puede ser una buena opción terapéutica, ya que con un mismo fármaco cubriríamos la posibilidad de tratar las tres manifestaciones clínicas anteriormente mencionadas.

Varón

Lo primero que hay que decir es que existen más alternativas terapéuticas en el campo de la sexualidad para el varón que para la mujer y que son especialmente efectivas en la disfunción eréctil, que por otro lado como ya hemos señalado es la principal queja de los pacientes.

El primer tratamiento que se puede emplear en el caso de que el paciente presente una erección prácticamente completa pero breve en el tiempo es el Constrictor, que consiste en una banda elástica, que debe ser ancha, que se coloca en la base del pene cuando se consigue la erección y que permite mantenerla al impedir que el pene pierda la irrigación. El Constrictor no debe mantenerse durante más de quince minutos, para no presentar problemas debido a la falta de riesgo vascular. El Constrictor se puede adquirir, aunque parece que los que mejor funcionan son los que "fabrican" de forma casera.

Relacionado con el anterior está la Bomba de Vacío que se trata de un aparato donde se coloca el pene y se produce el vacío, con lo que se consigue que el pene se rellene de sangre, lo que provoca la erección y para mantenerla se coloca el Constrictor. Realmente tanto el Constrictor como la Bomba de Vacío no son prácticamente utilizados por los pacientes y más aún desde que han aparecido los tratamientos orales para la disfunción eréctil.

El siguiente tratamiento es la Infiltración intracavernosa de sustancias vasoactivas como la Papaverina, la Fentolamina y la Prostaglandina E[25], que es la que actualmente se utiliza, que evidentemente presenta el inconveniente de que debe ser inyectada en el pene, en los cuerpos cavernosos, lo que inicialmente cuenta con un cierto rechazo por parte de los pacientes, hasta que son instruidos por los Servicios de Urología, que son los que pueden indicar y recetar este tratamiento, ya que esta opción terapéutica esta pensada para la autoinyección, que es la que da autonomía al paciente para poder utilizar el tratamiento cuando lo desee. La infiltración a de realizarse en la cara lateral del pene para evitar lesionar el paquete vasculonervioso que se sitúa en la cara dorsal. La dosis empleada suele ser 5-10 mcg de Alprostadil[25], más pequeña que

las que se utilizan en otras patologías que cursan con disfunción eréctil. El tratamiento comienza a manifestar su eficacia alrededor de 15-20 minutos tras la inyección y mantiene su eficacia entre 2 y 4 o incluso 6 horas, como máximo. La frecuencia de uso que se aconseja es de una vez por semana, ya que una mayor frecuencia puede producir fibrosis vascular. En cuanto a efectos secundarios, no suele tenerlos a nivel general, ya que su efecto es fundamentalmente local, y como efecto secundario local más grave que puede ocasionar se encuentra de forma verdaderamente excepcional, dadas las dosis que se emplean en EM, el Priapismo, que es una erección mantenida que puede ser dolorosa y que puede constituir realmente una urgencia médica, ya que puede provocar una reacción vegetativa importante.

El gran avance en el tratamiento de la disfunción eréctil ha consistido en la introducción del tratamiento por vía oral con el uso de los Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5, que comenzó con el Sildenafilo, principio activo de la "famosa" pastilla azul (Viagra), que ha revolucionado el campo de la disfunción eréctil, llegándose a hacer incluso un uso indebido del tratamiento.

En la actualidad, Octubre de 2008, existen tres inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 en el mercado, que comparten el mecanismo de acción pero que se diferencian fundamentalmente en el tiempo de acción de cada uno de ellos.

Además del Sildenafilo actualmente se dispone del Tadalafilo, denominado comercialmente Cialis y del Vardenafilo de nombre comercial Levitra.

Como hemos comentado anteriormente lo que les distingue principalmente es el tiempo de acción, que es de 3-4 horas, incluso hasta 6 horas, en el Sildenafilo, de algo menos en el Vardenafilo, pero con la contrapartida que es más rápido en iniciar su efecto, alrededor de 15-20 minutos, mientras que el Sildenafilo tarda entre 30-60 minutos y el Tadalafilo el tiempo de acción es en la mayoría de las ocasiones de 24 horas e incluso en algunos pacientes de hasta 36 horas, como se recoge en la actualización de la información de su ficha técnica, aunque algunos pacientes refieren que su eficacia no es mayor de 12-14 horas y su acción comienza a manifestarse a partir de los 30 minutos.

Por otra parte es importante comentar que aunque el mecanismo de acción a grandes rasgos es similar, se ha comprobado que pacientes que no responden al Sildenafilo pueden responder al Tadalafilo, en algún estudio indican que hasta en el 30% de los casos. La dosis a emplear inicialmente en los pacientes con EM es la menor en cada uno de ellos, ya que muchos pacientes consiguen una relación satisfactoria con dosis pequeñas de inhibidores de Fosfodiesterasa 5 y en caso de no ser efectiva dicha dosis se ascenderá a la inmediatamente superior.

La frecuencia de uso que se recomienda en general es de 2-3 veces por semana para evitar posibles efectos secundarios a largo plazo sobre la circulación del pene, aunque Tadalafilo ha incorporado una nueva presentación que puede ser usada de forma diaria combinada con las ya comercializadas, como veremos posteriormente.

Los efectos secundarios, que en general son similares en los tres fármacos, más frecuentes, debido a su acción vasodilatadora, son cefalea, opresión torá-

cica, que puede hacer pensar de forma errónea en patología cardiaca, rubor facial, alteración de la visión cromática, confundiendo el verde y el azul, hormigueos en manos, dispepsia y congestión nasal, que no suelen revestir ninguna gravedad y que desaparecen en alrededor de 20-30 minutos.

Las contraindicaciones fundamentales de estos tratamientos son la Hipertensión Arterial no controlada, la Insuficiencia Hepática y Renal Severa y la Cardiopatía Isquémica en tratamiento con Nitritos, ya que por si sola la Cardiopatía Isquémica no sería una contraindicación absoluta, pero si al asociar Nitritos, que son vasodilatadores y no deben asociarse a otro vasodilatador como en este caso son los inhibidores de la Fosfodiesterasa 5.

Es necesario saber que para que el tratamiento para la disfunción eréctil sea eficaz tiene que haber un deseo sexual adecuado, ya que ante la ausencia de libido esta terapia esta abocada al fracaso. Actualmente estas sustancias activas no están cubiertas por el sistema público sanitario y precisan de receta médica para su dispensación.

La dosis media eficaz de Sildenafilo es 50 mg y la presentación comercial en comprimidos de 25, 50 y 100 mg.

Tadalafilo se presentaba hasta ahora en comprimidos de 10 y 20 mg y actualmente se ha incorporado un nuevo comprimido de 5 mg que permite de forma combinada su uso diario.

Vardenafilo tiene también tres presentaciones de 5, 10 y 20 mg.

De forma práctica recomendamos a los pacientes, por motivos económicos, que si inicia tratamiento con Sildenafilo adquirir el comprimido de 50 mg y dividirlo por la mitad para que pueda con el precio de un comprimido tener dos dosis, ya que el precio de los comprimidos de 25 mg y de 50 mg son bastante similares. Algunos pacientes también realizan la misma práctica con el Tadalafilo.

Otro tratamiento que aunque inicialmente, por su mecanismo de acción a nivel del circuito encefálico de la sexualidad, no parecía que pudiera ser demasiado efectivo en la disfunción eréctil secundaria a EM, ya que las vías medulares en muchas ocasiones suelen estar afectadas, es la Apomorfina, comercialmente conocida como Uprima, que en algunos pacientes es muy efectiva, siendo sus efectos secundarios más frecuentes y causa de abandono en ocasiones, las nauseas y vómitos.

Otras alternativas para la disfunción eréctil son la aplicación tópica de nitritos, que como ya hemos comentado son vasodilatadores, pero que actualmente no son de uso habitual, también existen cremas tópicas que mezclan prostaglandinas y oxido nítrico y las Prótesis que sería la última opción a recurrir en el caso del fracaso de todas las anteriores terapias. Las prótesis, que pueden ser de distintas características, no son una alternativa a la que realmente recurra el paciente con EM, por diversos motivos como los referidos al inicio de este capítulo en relación a la resignación de los pacientes a disfrutar de una vida sexual activa.

El tratamiento de la alteración de la percepción orgásmica y la eyaculación es en general difícil y con pobres resultados.

Como comentábamos con anterioridad en muchas ocasiones la disminución

de la sensibilidad en la región genital, lo que conlleva una clara dificultad para alcanzar el orgasmo de forma adecuada, está asociada a la alteración de la eyaculación, por lo que una de las alternativas de tratamiento es aumentar la excitación hasta conseguir que ésta sea máxima para que se alcance el orgasmo y la eyaculación. Este aumento de la excitación se puede realizar mediante la estimulación refleja espinal, que como hemos descrito en el apartado de fisiología de la sexualidad, mediante una vía "periférica" por medio de un circuito medular se puede conseguir una respuesta sexual con la estimulación de la zona genital. Esta estimulación se puede realizar manualmente por el propio paciente o por su pareja, aunque suele ser el paciente el que la realiza de forma más eficaz en cuanto a intensidad y frecuencia, existiendo los denominados vibradores que pueden realizar esta función sustituyendo a la persona.

En lo referente al tratamiento medicamentoso en ocasiones se ha empleado la Yohimbina, no comercializada en España y si en el Reino Unido, que es de difícil manejo por los efectos secundarios que puede ocasionar de tipo vegetativo con alteración de la tensión arterial, mareo, sudoración, arritmia etc., y porque la posología no esta bien establecida, tanto en lo referente a la dosis mínima eficaz, como si la medicación se debe emplear de forma continua o sólo ocasionalmente antes de la relación sexual. La Yohimbina se suele emplear asociada a antidepresivos, fundamentalmente Trazodona.

En el supuesto que en lugar de conseguir un orgasmo satisfactorio se desencadene una sensación desagradable e incluso muy dolorosa, que en ocasiones es de tipo neurálgico, se pueden administrar fármacos modificadores del umbral doloroso, como hemos referido con anterioridad, en nuestra experiencia hemos conseguido buenos resultados con la Carbamazepina.

La forma de tratar la disfunción eréctil en el varón sería inicialmente descartar alguna causa iatrógena, optimizar el tratamiento de la fatiga, la espasticidad, la higiene del sueño, etc., que puedan interferir en la sexualidad, y si con ello no mejora la disfunción emplear tratamiento con algún inhibidor de la Fosfodiesterasa 5, que puede ser elegido por el propio paciente según sus circunstancias personales, en dosis progresivas hasta llegar a la dosis máxima, pudiendo cambiar de Inhibidor de la Fosfodiesterasa 5 si no hay una adecuada respuesta y si no se obtienen los resultados esperados pasar a sustancias vasoactivas de infiltración local como el Alprostadil, que si esta cubierta por la Seguridad Social.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández-Fernández, O. Editor: **Esclerosis Múltiple. Una aproximación multidisciplinaria**, Ed. AEDEM, Barcelona 1994.

2. Gimeno Álava, A. Editor: **Esclerosis Múltiple. Guía Práctica**. Ed. Acción Médica, Madrid 1997.

3. Hulter BM, Lundberg PO: **Sexual function in women advanced multiple sclerosis.** J Neurol Neurosurg Psychiatry 1995 Jul; 59(1):83-6.

4. Awad S A, Gajewski J B et al: **Relationship betwen neurological and urological status in patients with Multiple Sclerosis**. J Urology, 1984; 132: 499-502.

5. McGuire E J, Savastano J A: **Urodinamic finding and long-term outcoume management of patients with Multiple Sclerosis-induced lower urinary tract dysfunction**. J Urol, 1984; 132: 102.

6. Blaivas J G, Kaplan S A: **Urologic dysfunction in patients with Multiple Sclerosis. Seminars in Neurology**, 1988; 8: 2.

7. Tubridy N, Addison R, Schon F. **Long term use desmopressin for urinary symptoms in multiple sclerosis** Mult Scler 1999 Dec;5(6):416-7.

8. Fowler CJ. **The cause and management of bladder, sexual and bowel symptoms in multiple sclerosis.** Baillieres Clin Neurol 1997 Oct;6(3):447-66.

9. DasGupta R, Fowler CJ. **Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: better understanding and improved therapies.** Curr Opin Neurol. 2002 Jun; 15(3):271-8.

10. Bakke A, Myhr KM, Gronning M, Nyland H. **Bladder, Bowel and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis—a cohort study**. Scand J Urol Nephrol Suppl 1996; 179:61-6.

11. Hinds JP, Eidelman BH, Wald A. **Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis. A population survey.** Gastroenterology 1990 Jun;98(6):1538-42.

12. Munteis E, Andreu M, Téllez MJ, Mon D, Ois A, Roquer J. **Anorectal dysfunction in multiple sclerosis** Mult Scler 2006; 12:215-18.

13. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA: **Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis**. J Neurol 1999 Nov; 246(11):1027-32.

14. McCabe MP. **Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis**. J Sex Res. 2002 Nov; 39(4):302-9.

15. Valleroy ML, Kraft GH. **Sexual dysfunction in multiple sclerosis** Arch Phys Med Rehabil 1984 Mar; 65(3):125-8.

16. Stenager E, Stenager EN, Jensen K. **Sexual function in multiple sclerosis. A 5 year follow-up study**. Ital J Neurol Sci 1996 Feb; 17(1): 67-9.

17. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A et al **Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups**. Mult Scler 1999 Dec; 5(6):418-27.

18. Borrello-Franco D, Leng W, O'Leary M et al. **Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis.** Mult Scler. 2004 Aug; 10(4):455-61.

19. Salonia A, Zanni G, Nappi RE et al. **Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinente: results of a cross-sectional study**. Eur Urol. 2004 May; 45(5):642-8.

20. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, et al. **Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis**. Mult Scler 1999 Dec;5(6):428-31.

21. Zorzon M, Zivadinov R, Locatelli L, et al. **Correlation of sexual dysfunction and brain magnetic resonance imaging in multiple sclerosis.** Mult Scler. 2003 Feb;9(1):108-10.

22. Zivadinov R, Zorzon M, Locatelli L, et al. **Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a MRI, neurophysiological and urodinamic study.** J Neurol Sci. 2003 Jun 15;210(1-2):73-6.

23. Yang CC, Bowen JR, Kraft GH et al. **Cortical evoked potentials of the dorsal nerve of the clitoris and female sexual dysfunction in multiple sclerosis**. J Urol. 2000 Dec; 16(6):2010-3.

24. Mattson D, Petrie M et al: **Multiple Sclerosis Sexual dysfunction and its response to medication.** Arch Neurol, 1995; 52: 862-868.

25. Staerman F, Veilhan LA, Guiraud P et al. **Dose adaptation Turing training of intracavernous self-injection of prostaglandina E1**. Prog Urol 1996 Aug-Sep; 6(4): 564-8.

Afrontar la enfermedad: la mejor manera de cuidarse

Reyes Valdés Pacheco
Psicóloga de FEDEMA

La Esclerosis Múltiple supone un gran impacto a nivel personal, social, familiar y laboral en la vida de la persona afectada. Además presenta una sintomatología muy diversa como fatiga, problemas de equilibrio, coordinación, alteraciones visuales, déficits cognitivos, etc., por lo que pueden verse dañadas las capacidades funcionales y aparecer dificultades en el desarrollo de la actividad diaria.

Ante este panorama surgen multitud de dudas, miedos e incertidumbres relacionadas con el miedo al futuro, a los efectos secundarios de los tratamientos, a la pérdida de la autonomía personal, etc. Todo esto influye en la base emocional de la persona, estrechamente relacionada con la autoestima, que puede verse muy mermada en estas situaciones.

No todas las personas afectadas se enfrentan ante este nuevo reto de la misma forma, ni tienen las mismas habilidades para hacerlo ni el mismo grado de eficacia.

Se plantea por tanto una nueva situación y el/la afectado/a deberá aprender a convivir con la enfermedad y la mejor manera de hacerlo es afrontándola.

Etapas del afrontamiento

Ante el diagnóstico de la EM la persona pasa por unas etapas de ajuste. Si bien es verdad que no siempre se tienen que pasar por todas las etapas ni todas tienen la misma duración e intensidad, dependerá del/al afectado/a y su situación personal. Estas etapas son:

- **Negación:** negar la enfermedad porque es muy normal que el/la afectado/a no está preparado para presentar un déficit de salud.
- **Ira:** la persona afectada se enfada con todo y con todos, por no sentirse comprendido, por la sobreprotección familiar, etc.
- **Desánimo:** cuando se toma conciencia del problema y la persona siente pena por su situación, apatía hacia todo, falta de ilusión,…lo que puede conducir a la depresión. Esta fase es autodestructiva.
- **Negociación:** el/la afectado/a intenta negociar con la enfermedad, el problema es que ésta no acepta sobornos.
- **Aceptación:** la persona afectada acepta la EM como parte de su existencia y debe vivir con ella. Para conseguir un bienestar emocional y un mejor futuro debe comprender su condición e implicarse en la misma y en su tratamiento.

A lo largo de estas etapas la persona afectada puede poner en práctica algunas actitudes y formas de ver la enfermedad muy negativas que se convierten en estrategias desadaptativas y que no ayudan en nada al afrontamiento:

Generalización

No es útil cuando no permite ver nada más, cuando lo único y el centro de nuestra vida es la Esclerosis Múltiple. De esta forma no se consiguen ver las soluciones a los problemas que van surgiendo, no se piensa con claridad y desaparece todo lo demás.

Hay que centrarse en el problema para buscar soluciones a él, pero no dejar que lo invada todo. Hay que "Aprender a vivir con Esclerosis Múltiple, pero no vivir para la Esclerosis Múltiple".

Pensamiento mágico
Es cuando se piensa en cosas como "Que ocurra un milagro", "Que un día despierte y no tenga la enfermedad".

Estos pensamientos no son útiles porque nos hacen perder un TIEMPO PRECIOSO para encontrar soluciones. Mientras estos pensamientos nos invaden estamos de brazos cruzados esperando que suceda algo, en vez de trabajar para conseguir una mejora de la situación.

Buscar culpas o culpables
Se puede buscar la culpa en si mismo, es decir pensar en cosas como "Algo he tenido que hacer para tener la enfermedad o para estar así". También se pueden buscar culpables externos en la familia, amigos, profesionales.

La culpa nos hace ser víctimas y nos provoca impotencia ante el problema, no nos permite tener una actitud activa ante el mismo.

Conductas de evitación y/o negación
Pensar o mejor dicho no pensar en lo que pasa, "Si no pienso en el problema es que no existe", "Mejor no pensar en esto".

Evitar pensar en un problema o negarlo no hace que éste desaparezca o no esté sucediendo. Al igual que las conductas anteriores, nos hace perder un tiempo que podría estar dedicado a mejorar nuestra situación personal.

Pensamiento catastrofista
Ponerse en lo peor, pensar que "Seguro que a mi me va a pasar lo peor o voy a acabar en una situación muy mala".

Estos pensamientos hacen que vivenciemos una hipotética situación futura que puede incluso no suceder nunca, como si estuviese sucediendo en el presente, con todas las connotaciones negativas que pudiera tener. Así la persona se autolimita en todos los aspectos. Por ejemplo, las personas que sin síntomas en la marcha viven como si estuviesen en silla ruedas.

Y si se han producido cambios importantes, los pensamientos catastrofistas hacen que se incrementen las sensaciones negativas, aumentando las limitaciones.

Generalización
Compararse con otras personas afectadas de Esclerosis Múltiple. Normalmente estas comparaciones se hacen en negativo, cuando la EM es una enfermedad que afecta de muy diversa forma a una u otra persona, no existen dos personas iguales con los mismos síntomas y el mismo desarrollo de la enfermedad, por lo que estas comparaciones producirán desánimo y pensamientos negativos.

Ineficacia
Pensar en "Es que yo no puedo hacer nada", "Estaría bien ir al cine, pero es que como estoy así, todo es un problema". Estas conductas hacen que nos centremos en las limitaciones y no en las capacidades que tenemos. Hay muchos/as afectados/as de Esclerosis Múltiple que como no pueden hacer las cosas como las hacían antes, dejan de hacerlas, no son capaces de adaptarlas a la situación y prefieren sacrificar la realización de las mismas a buscar una forma adecuada de realizarlas.

Ignorancia
No poseer la información adecuada sobre el problema, impide saber manejarlo correctamente. A veces no es sólo falta de información, puede ser también tener una información excesiva sobre el asunto y de fuentes no fiables. Esto hace que la persona tenga cada vez más dudas, que no sepa bien qué hacer y que camino es el más adecuado para afrontar la situación.

Al mantener este tipo pensamientos y conductas, la persona con Esclerosis Múltiple puede llegar a sentirse una carga para los demás, que el problema le desborda, que no es capaz de afrontar ni adaptarse a su nueva situación vital. Ante esto llega el momento de pedir ayuda para aprender estrategias de afrontamiento adecuadas y realizar una autogestión eficaz de la enfermedad.

¿Cómo manejar la Esclerosis Múltiple?

Lo más importante es que la persona tome las riendas de su enfermedad y la gestione de la forma más eficaz, debe hacerse cargo de la gestión médica, emocional y social de la misma. El/la afectado/a es el/la responsable del manejo efectivo de la enfermedad y hay una serie de herramientas que podemos utilizar para que esto sea así:

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
La información sobre la EM es fundamental, pero esta información debe ser veraz y provenir de fuentes fiables, ya que una información inadecuada únicamente generará más dudas e incertidumbres.

Por lo tanto, el conocimiento de la EM, su sintomatología y los tratamientos existentes, así como de todos los aspectos que puedan rodear a la enfermedad, será imprescindible para comenzar el proceso de afrontamiento.

Cuando el/la afectado/a tiene información detallada sobre los síntomas es capaz de establecer unas pautas de actuación que lo llevarán a tomar las medidas oportunas para mejorar la situación conociendo el límite de su actividad. No sólo a nivel físico sino también en el aspecto emocional ya que en función del control que ejerza sobre las mismas así será su comportamiento y sus conductas.

La información clínica nos puede dar un punto de vista real y cierto para saber cómo luchar y superar los obstáculos.

INSTAURAR ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

Conocer que utilizamos una serie de pensamientos, sentimientos y conductas negativas que nos obstaculizan en el afrontamiento de la EM y tener como hemos dicho antes, un conocimiento sobre su estado de salud real, hará que la persona asuma una actitud activa ante la enfermedad y luche contra ella.

Para empezar hay que tener muy claro en que consiste la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Por lo que podemos añadir también, la consideración de algunos autores, que complementan o la interpretan diciendo que es "una adaptación ante las dificultades que se nos pueden presentar a nivel físico, mental y social".

Hay una serie de estrategias adaptativas que ayudarán positivamente en el proceso de afrontamiento:

Actitud Proactiva

Es cuando la persona asume el control pleno de su conducta de un modo activo, tomando las decisiones que le ayudan a mejorar la situación y su calidad de vida.

"Decidir qué queremos hacer y cómo queremos hacerlo".

Muchas personas exponen que por ejemplo, la sobreprotección que en muchos casos les "brindan" sus familiares, padres, pareja, etc., hacen que se sientan anuladas, que no se les deja decidir sobre lo que les pasa, sobre lo que sucede a su alrededor con respecto a la enfermedad o incluso su vida. Exponen que se sienten como "un cero a la izquierda", "no pinto nada ni en mi propia vida". Los familiares, amigos, profesionales deben comprender que una persona con Esclerosis Múltiple, sigue siendo persona, con capacidad para decidir y pedir ayuda siempre que lo necesite.

Para tomar las decisiones adecuadas, tómese su tiempo, no todo el mundo tiene el mismo ritmo, vaya al suyo dándose tiempo para pensar, centrándose en uno mismo, valorando todos los aspectos de la situación y no dejándose llevar por el miedo o por otras emociones que puedan paralizar.

Empoderamiento

Se refiere al proceso mediante el cual la persona aumenta su fortaleza y su confianza para impulsar cambios positivos ante las situaciones que vive, ejerciendo un control sobre su vida.

Resiliencia

"Es la capacidad de una persona para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves". Es decir, de sobreponerse a un estímulo adverso, en este caso la Esclerosis Múltiple, afrontarlo, superarlo, e incluso construir un nuevo futuro.

Las personas resilientes son aquellas que ante hechos vitales negativos parecen tener más control sobre los acontecimientos que suceden y están más abiertas a los cambios de la vida, así mismo tienen un gran sentido del compromiso y a la vez tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Por lo tanto hay tres aspectos fundamentales, compromiso, control y reto.

Optimismo

Es una característica disposicional de la personalidad que sirve como mediadora entre los acontecimientos y la interpretación que hacemos de los mismos.

Con una actitud pesimista nos centramos en las dificultades y en los aspectos negativos, lo que provoca desánimo. En cambio, con una actitud ante la vida optimista, nos centramos en las posibilidades y en encontrar soluciones. Así, hay dos caminos a seguir ante la EM, "vivir amargado o vivir lo mejor posible dentro de las dificultades", es una decisión personal que hay que tomar.

Inteligencia Emocional

"Es la habilidad que nos permite percibir, comprender y regular nuestras emociones y las emociones de los demás".

La satisfacción personal y la felicidad dependen más de las habilidades emocionales, de saber entender a los demás y a nosotros mismos, de interesarse por las personas y de construir redes sociales estables, que de cualquier inteligencia entendida en el sentido clásico de la misma.

Algunas de las fortalezas personales que forman parte de la inteligencia emocional y que las personas que la potencian poseen, son:

- Conocimiento y curiosidad por aprender, nos hacer estar activos.
- Pensamiento crítico y una mente abierta, para intentar corregir nuestras debilidades y estar dispuestos mejorar siempre.
- Coraje para conseguir metas, siempre asequibles, incluso con las dificultades, mostrando un afán de superación continuo, a pesar de lo intenso, lleno de obstáculos y largo en el tiempo que pueda ser el proceso de la enfermedad.
- Valentía para no dejarse vencer por los cambios.
- Autocontrol para regular los propios sentimientos e impulsos.
- Esperanza y proyección hacia el futuro, trabajando todo lo que esté en nuestras manos para tener el mejor posible.

Utilizando estas estrategias, la persona empezará a cambiar y se dará cuenta que su situación vital ha cambiado, y que no puede evitarlo, pero la interpretación que haga de esa situación y como actúe en consecuencia será decisión suya.

"Luchar contra la enfermedad y contra la manera de verla".

ALCANZAR UNA RENOVACIÓN EMOCIONAL

El afrontamiento de la EM y su aceptación es una tarea difícil, ya hemos visto que conlleva un proceso largo y que supone mucho esfuerzo personal y emocional. Además la persona afectada de EM tienen que lidiar diariamente con

los cambios que pueden producirse, con lo inestable que es, ya que como muchos/as afectados/as exponen "no sé cómo me voy a levantar cada día", y con las limitaciones que puedan aparecer.

Toda esta situación es la lógica y normal teniendo EM, por lo que asumir que ésta es su "normalidad vital" es fundamental para elaborar estrategias dirigidas a mejorar su situación.

La renovación y reorganización emocional no hará que la persona deje de padecer la enfermedad ni niega la realidad, pero si hará que la padezca desde una posición de afrontamiento y convivencia con la misma.

Conclusiones

Como resumen de todo lo que hemos expuesto, los/as afectados/as de Esclerosis Múltiple deben tener presente los siguientes aspectos en la prevención de la salud, en la autogestión eficaz de la enfermedad y en el proceso de afrontamiento de la misma:

- Informarse adecuadamente y por canales fiables sobre la EM.
- Involucrarse en el cuidado de la propia salud.
- Conocer el propio cuerpo para identificar las necesidades y lo que nos hace sentirnos mejor.
- Mantener una vida y una mente activa.
- Aprender a vivir con EM, superando y adaptándonos a las posibles consecuencias de la misma.
- Hablar y expresarse si miedo sobre lo que sentimos.
- Separar lo que es la persona de la enfermedad, ésta no debe anular y aislar al resto de los aspectos que forman parte de la personalidad.
- Ser positivo, es contagioso, tanto para uno mismo, como para los que nos rodean.
- No dejar de tener ilusión por el futuro.
- **Aprender a vivir con EM, no para la EM.**

Cuidadores
que aprenden a cuidarse

Félix Bravo González
Antropólogo y sociólogo.
Cuidador Familiar

La repercusión de los cuidados en la salud de los familiares cuidadores ha llevado a las instituciones sanitarias andaluzas a la elaboración del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas[1]. En él, las personas cuidadoras son valoradas al mismo tiempo como **un recurso valioso y como población objeto de atención prioritaria**[2]. Así, su salud tiene un doble interés, por una parte es una herramienta imprescindible para el desarrollo de su actividad de cuidados. Por otra parte, esta actividad supone una amenaza para la propia salud y la calidad de vida de la persona cuidadora.

Para conseguir equilibrar la balanza de las capacidades y los riesgos en la tarea de cuidar es necesario obrar con mesura. **De la dosificación de esfuerzos y del control en el desempeño de las labores de los cuidados nace la excelencia en los cuidados** y la garantía para cuidar más y mejor.

En el caso de pacientes con Esclerosis Múltiple, el deterioro progresivo exige unos cuidados en intensidad y complejidad crecientes. Pero al mismo tiempo, las personas cuidadoras evolucionan de manera similar, sufriendo una merma en sus capacidades y un notable quebranto en su propia salud. **Cuidar sin medida aboca a la frustración en el desarrollo de los cuidados y al mismo tiempo a un abandono y desgaste prematuros**. Los autocuidados no son rivales de los cuidados. Además, se debe tener en cuenta que lo más importante en términos de salud no siempre le ocurre a la persona cuidada.

"El objetivo de una persona que está cuidando es ayudar a otra, pero no haciendo todo por ella, sino tratando de estimular, de guiar, de acompañar y de orientar."[3] Esta frase encierra **la verdadera esencia de los cuidados** y la finalidad que deben perseguir los cuidadores y cuidadoras familiares.

El agravamiento de la salud de la persona enferma puede provocar también el de la persona cuidadora, arrastrándola en sus consecuencias. Pero también puede causar el mismo efecto una situación inversa, ya que la dispensación de cuidados y su recepción se mueven en un contexto espacio-temporal tan estrecho e íntimo que origina **una burbuja en la que tanto los éxitos como los fracasos en salud son compartidos**. De ahí la importancia de los autocuidados.

Según la OMS, "**La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**"[4]. Consecuentemente, las principales variables para evaluar la salud de las personas cuidadoras son las condiciones físicas, psíquicas y sociales. A estas debemos añadir la situación económica, por la gran influencia que tiene esta faceta en las desigualdades que se producen en salud.

Examinando estos aspectos podremos hacer una valoración de conjunto de la salud de las personas cuidadoras y saber si éstas se encuentran amenazadas. En cada una de dichas variables podemos destacar los siguientes condicionantes[5]:

– **Físicas:** fatiga o cansancio, alteraciones del sueño, sobreesfuerzo físico y desordenes de salud.
– **Psíquicas:** depresión, ansiedad, estrés y trastornos afectivos.
– **Sociales:** disminución de actividades de ocio y participación social, exclusión y soledad.

– Económicas: reducción de ingresos e incremento de gastos por consumo de recursos en cuidados.

Los principales riesgos que sobrevienen a los cuidadores y cuidadoras familiares en el desarrollo de sus actividades de cuidados se concretan en[6]:
– Asumir cargas de trabajo y responsabilidades excesivas.
– Desaprovechar potenciales ayudas.
– Tomar decisiones en contra de la propia salud.
– Disminuir tiempos de descanso y ocio.
– Descuidar la alimentación.
– Abandonar la práctica regular de ejercicio.

Por ello, es conveniente aprender distinguir **las señales de alerta que avisan de una amenaza para la salud** de las personas cuidadoras. Entre ellas podemos destacar[7,8]:
– Agotamiento físico.
– Insomnio.
– Aislamiento.
– Irritabilidad o apatía.
– Cambios frecuentes de humor o estado de ánimo.
– Consumo excesivo de medicamentos, tabaco, cafeína o alcohol.
– Aumento o disminución de apetito.
– Problemas físicos.
– Dificultad de concentración o atención.

Para poder manejar las situaciones adversas que se producen en los cuidados, las personas cuidadoras deben trabajar en especial los siguientes aspectos y habilidades[3,9]:
– La autoestima.
– La asertividad.
– La escucha activa y la empatía.
– El cuidado del cuerpo y de la mente.
– La gestión de sentimientos.
– La implicación familiar y social.

La autoestima se pone de manifiesto cuando la persona cuidadora sabe que es valiosa y que lo que hace también es apreciado por los demás. Cree en su trabajo y sabe la importancia que tiene para otras personas. Acepta sus sentimientos y reconoce los sentimientos ajenos. Se quiere y obra según sus valores. **El desprecio por la propia salud en las personas cuidadoras está muy relacionado con la pérdida de autoestima**. "Con demasiada frecuencia los familiares cuidadores tienden a aprovechar los espacios y actividades grupales con otros cuidadores para buscar la oportunidad de ratificarse como tales, de intercambiar vivencias y sentimientos y de conseguir reconocimiento y respeto por lo que hacen."[10]

La asertividad permite a los familiares cuidadores expresar sus ideas y opiniones sin temor a ser rechazados por ello. La clave es el respeto y la argumentación, no la imposición. Es una habilidad de comunicación que fomenta el diálogo y la petición de ayuda y al mismo tiempo enseña a decir "no". En ocasiones los

"Derechos de las personas cuidadoras" se presentan como garantes de su calidad de vida, como protectores de su salud y como estímulo para la práctica de los autocuidados. Pero en realidad, "Los cuidadores y cuidadoras en el ámbito familiar no necesitamos tener derechos. En este espacio, el cariño y la vocación de proteger no pueden ni deben ser sustituidos por leyes. Además, los que les son atribuidos a las personas cuidadoras no se recogen en textos legales ni normativos. Se recopilan en trípticos, documentos informativos y demás publicaciones a modo de declaración de intenciones con un claro objetivo retórico y estético. En nuestras sociedades avanzadas parece que el único lenguaje que parece dar seguridad es el de la Ley, que otorga derechos y exige deberes. Nosotros y nosotras nos movemos en el ámbito de la institución familiar, y apelar a legalismos sería, en cierto modo, reconocer el fracaso de su cohesión y de la esencia de los cuidados familiares."[11]. Incluso se puede ejercer el **derecho "a no hacer uso de estos derechos"**[3], lo que ratifica la situación de vacío en la que se encuentran.

La escucha activa implica atención manifiesta y no requiere ni interpretar ni juzgar lo escuchado. Facilita la empatía, entendida como la capacidad de percibir y comprender los sentimientos de otras personas, es "ponerse en lugar de…". Las dos son herramientas esenciales en la comunicación entre las personas cuidadoras y las cuidadas.

El cuidado del cuerpo y de la mente debe ser simultáneo y permanente. Los cuidadores y cuidadoras familiares deben buscar el equilibrio de ambos. El cuidado postural y el ejercicio físico son tan importantes como la relajación y la prevención del estrés.

La gestión de sentimientos como el enfado, el silencio y la hostilidad resulta muy útil para las personas cuidadoras. No se trata tanto de reprimirlos como de adquirir las estrategias para su abordaje razonable.

La implicación familiar y social se basa en la búsqueda de apoyos en estos entornos para que los cuidados sean compartidos. Hay que poner límites a los cuidados y es recomendable participar en actividades de formación y autoayuda. "**Los miembros que componen un Grupo de Ayuda Mutua tienen una intencionalidad clara de rehabilitación emocional para reconstruir sus relaciones en los ámbitos tanto familiar como social**. En ellos se comparten principalmente dos tipos de acciones: unas relacionadas con aspectos informativos y de asesoramiento (en las que se intercambian conocimientos y consejos) y otras vinculadas a la esfera afectiva (en las que fluyen las emociones y las experiencias personales)."[10]

"Con demasiada frecuencia, los familiares cuidadores de personas afectadas de Esclerosis Múltiple, pensamos que todos los apoyos deben venir de actores sociales de nuestros entornos cercanos y de los profesionales de la salud. Pero no es menos cierto que **algunas de las soluciones que necesitamos están en nuestras manos y provienen de nuestra actitud proactiva, de nuestras decisiones de afrontamiento optimistas y del creciente compromiso con nuestras personas dependientes**."[10]. Con esta reflexión podemos llegar a la conclusión de que las principales herramientas de autocuidados las pueden inclu-

so fabricar los mismos familiares cuidadores, ajustadas al molde de su realidad y sus necesidades.

Las personas cuidadoras pueden percibir la progresión del deterioro de la salud de la persona cuidada como **un fracaso en los cuidados**. Así, los sentimientos negativos derivados de la penalidad de los cuidados y la percepción de vacío existencial lleva a la persona cuidadora a anteponer cualquier actividad relacionada con la persona dependiente a la observación de su propia salud y el autocuidado, relegando estos al último escalón de sus prioridades. **Esta inmolación simbólica de la persona cuidadora, arrastra en su caída la calidad de cuidados y de vida de la persona cuidada, provocando de esta forma el efecto perverso de dañar a quien se quiere beneficiar.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/d1.pdf

2 Plan de Atención a cuidadoras familiares en Andalucía (2005). Dirección General de Desarrollo e Innovación en cuidados. SAS. Consejería de Salud. http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/planacfamiliares.pdf

3 VVAA (2009). **Cuidar y cuidarse. Guía para personas cuidadoras.** Escuela de Pacientes, Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: http://www.escuelade-pacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Personas_cuidadoras/Guias_Informativas/Guia_Informativa_Personas_Cuidadoras

4 Web de la OMS. Disponible en: http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html

5 VVAA "**Cómo cuidar mejor? Manual para cuidadores de personas dependientes"**. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/como_cuidar_mejor.pdf

6 Web SerCuidador/a el Portal de las cuidadoras y los cuidadores (2010). Guía de Cuidados. Quiero cuidarme mejor. Cruz Roja e IMSERSO. http://www.sercuidador.es/Guia-cuidados.html

7 BARBIER I., Marta (2011). **Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia.** Diputación de Vizcaya. Disponible en: http://www.muskiz.org/accion-social/publicaciones/guia-de-autocuidado-y-cuidado-para-personas-cuidadoras-familiares-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia-1.pdf

8 VVAA de Obra Social Fundación "la Caixa" (2008). **Un cuidador. Dos vidas.** Barcelona: Fundación "la Caixa".

9 VVAA (2009). **Guía Didáctica para la Formación de Formadores/as en el Aula de Personas Cuidadoras.** Escuela de Pacientes, Escuela Andaluza de Salud Pública.

10 BRAVO G., Félix (2011). "**La Ayuda Mutua para familiares de cuidadores de personas con esclerosis múltiple**" en Manual de Formación para cuidadores de FEDEMA. Disponible en: http://www.fedema.es/downloads/manual%20cuidadores%202011.pdf

11 BRAVO G., Félix (2012). "**¿Quiénes son y qué hacen los familiares cuidadores?**" en FEDEMA Informa. Disponible en: http://www.fedema.es/downloads/FEDEMA%20INFORMA.pdf

Reeducación
postural global

Almudena Ramírez Cabrales
Cristina Sánchez Palacios
Fisioterapeutas de la Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple (ASEM)

Introducción

La Reeducación Postural Global (RPG) nace en Francia y fue creada por el fisioterapeuta Philippe Souchard en 1981. Se trata de una terapia manual que consiste en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de patologías del aparato locomotor, principalmente corrección de alteraciones posturales y cuadros sintomáticos de origen biomecánico. Las retracciones de los tejidos miofasciales pueden ser la causa de las alteraciones de la postura estática, las que a su vez pueden determinar los cuadros dolorosos tanto a nivel de la columna como de las extremidades.

Los objetivos del método son recuperar la flexibilidad muscular, modificar el estado de retracción del sistema miofascial, liberar las articulaciones bloqueadas, eliminar el dolor y restablecer la función.

Para que el sistema músculo-esquelético funcione bien, es necesario mantener una **buena flexibilidad**. El músculo es parte de ese sistema y su actividad nunca es aislada, tanto generando movimiento como manteniendo una postura. Esa integración se la da el **sistema miofascial**.

El cuerpo humano está constituido por huesos, músculos, órganos, glándulas, nervios y vasos, todos estos elementos dependen de un sistema complejo que asegura la cohesión del conjunto. Este sistema recibe el nombre de miofascial y está formado por una amplia red de tejido conjuntivo. Posee una multitud de funciones: proporciona soporte, protección, integridad, sostén, amortigua, permite la fijación de otros elementos, nutre a los tejidos, es responsable de la coordinación hemodinámica (manteniendo el bombeo circulatorio) junto con el sistema linfático y vascular con los que está íntimamente unida y da un equilibrio natural al organismo cohesionando todas las estructuras.

Tres aspectos son los que condicionan la flexibilidad:

1. Extensibilidad muscular: es la capacidad de estiramiento o de elongación del músculo.
2. Elasticidad muscular: es la capacidad del músculo de volver a su estado original, una vez que haya cesado la fuerza que lo estira.
3. La movilidad articular.

La pérdida de flexibilidad es definida como la disminución en la capacidad de un músculo para deformarse, resultando con ello una reducción del rango de movimiento en una o varias articulaciones. Con este método de tratamiento donde la premisa fundamental son los estiramientos se permite mantener y mejorar de forma notable la flexibilidad.

Una mayor flexibilidad, conlleva una mejora en la movilidad cuando se ha integrado esta nueva fisiología del músculo, ya que un músculo rígido es un músculo débil y esa debilidad se traduce en desequilibrios.

Podemos decir que una mejora de la flexibilidad reduce la incidencia de lesiones musculares y tendinosas y minimiza los dolores musculares.

Como punto clave del tratamiento tenemos que **mantener y mejorar la forma (estructura del sistema musculo-esquelético), para conservar y mejorar la función.**

Nuestro cuerpo funciona como una unidad, cada vez que movemos un músculo necesitamos la contracción de otros grupos musculares para dar estabilidad al resto de nuestro cuerpo, siempre que hacemos cualquier movimiento necesitamos mover una o varias cadenas musculares, y esto es lo que propone la reeducación postural global, tratar nuestro sistema muscular por cadenas musculares y no por músculos y articulaciones aisladas.

El método de RPG a pesar de sus buenos resultados en la actualidad sigue siendo bastante desconocido. Se basa en **tres principios fundamentales**:

1. Individualidad:
Cada persona presenta una organización postural diferente como respuesta a múltiples adaptaciones y compensaciones que tienen el objetivo de mantener la función y permanecer libre de dolor.

Somos diferentes unos de otros. No hay una lesión idéntica a otra; tampoco pueden encontrarse dos formas idénticas de responder ante una agresión. **Se trabaja con enfermos y no con enfermedades**, ya que las manifestaciones de la enfermedad son diferentes en cada individuo. De ahí que la evaluación sea muy exhaustiva comenzando y finalizando cada sesión con la misma.

2. Causalidad:
Toda agresión física es automáticamente compensada por mecanismos destinados a suprimir el dolor y mantener las funciones. Estas compensaciones son muchas veces las que con el tiempo provocan sintomatologías diversas.

La causa que originó el síntoma por el que consulta el paciente no siempre es evidente y puede estar alejada de la zona en que se manifiesta y/o ser lejana en el tiempo.

Mediante una completa evaluación postural, el método RPG se dirige a buscar la causa para tratarla y así eliminar la sintomatología.

3. Globalidad:
El sistema músculo esquelético se organiza en cadenas musculares y presenta una interrelación que determina que lo que sucede en una de sus partes, afecta al conjunto.

El trabajo en globalidad es imprescindible para tratar con eficacia todo lo que se encuentre involucrado en un mismo problema.

Bases fisiológicas

Nuestro sistema muscular está constituido por músculos dinámicos fásicos y músculos estáticos tónicos. A continuación os mostramos las principales diferencias:
Musculatura estática-tónica:
a. Formada mayoritariamente por fibras de contracción lenta, también conocidas como fibras tipo I, “slow twitch” (ST) o fibras rojas.

b. Sus fibras (predominantemente ST) están adaptadas a contracciones de baja intensidad y larga duración. La gran cantidad de mitocondrias y mioglobinas las hace eficiente básicamente al metabolismo aeróbico.
c. Su función es claramente de sostén de estructuras y mantenimiento del equilibrio de la posición bípeda.
d. Tiene tendencia a la hipertonía y acortamiento.

Musculatura dinámica-fásica:
a. Formada mayoritariamente por fibras de contracción rápida, también conocidas como fibras de tipo II, "Fast twitch" (FT) ó fibra blanca.
b. Sus fibras están adaptadas a contracciones de corta duración y alta intensidad. Las reservas elevadas de ATP y fosfato de creatina las hace que estén más adaptadas al metabolismo anaeróbico.
c. Su función es claramente dinámica, tratándose de una musculatura activada fundamentalmente de forma dinámica.
d. Tiene tendencia hacia la hipotonía o laxitud.

Tanto una como otra musculatura también contienen fibras de contracción mixta, con posibilidades de transformarse en una u otra.

Ejemplo de los dos tipos de músculos:
Músculos fásicos: Glúteo mediano, glúteo mayor, vasto externo, recto del abdomen, paravertebrales y tríceps.
Músculos Tónicos: Aductores, sartorio, pectíneo, psoas iliaco, bíceps femoral, semimenbranoso, semitendinoso, tensor de la fascia lata, recto anterior, cuadrado lumbar, gemelos y dorsal ancho.

¿Por qué esas diferencias? Porque los músculos estáticos deben asegurar la función estática, y si ante una agresión se relajaran, nos vendríamos abajo. Cuanto mayor es la agresión, más rígidos se vuelven. En cambio los dinámicos no tienen esa responsabilidad, y pueden permitirse estar flácidos sin poner en peligro ninguna función vital.

Con el progresivo acortamiento los músculos estáticos van perdiendo su elasticidad y, en consecuencia, su fuerza, van coaptando cada vez más las articulaciones ocasionando dolores y cambios degenerativos y, al existir siempre una cadena muscular más acortada que su antagonista complementaria, ocasionan cambios postulares que al sobrecargar articulaciones y músculos con funciones para las que no están preparados terminarán, más pronto o más tarde, provocando patologías.

Uno de los aportes más importantes de la Reeducación Postural Global es el descubrimiento de que los músculos estáticos se asocian en cadenas funcionales, unidos entre sí por sistemas de fascias y aponeurosis, de manera que no se puede tirar del extremo de un músculo sin alterar el resto de la cadena. Cuando se produce una lesión ésta queda fijada en forma de acortamiento muscular, y se "diluye" a lo largo de las cadenas musculares que tiene más próximas, pu-

diendo dar síntomas a distancia. Para poder remontarnos a la causa tendremos que poner en tensión toda la cadena muscular afectada.

Ahora bien, en cuanto aparezca el dolor cambiaremos ligeramente nuestra postura para alejarlo, es lo que llamamos compensación. Sin embargo, todos estos cambios se van inscribiendo en nuestra postura y nuestro aparato locomotor y llegará un día en que no podamos cambiar más nuestra postura o simplemente el dolor sea demasiado grande para escapar de él, entonces aparece el problema en un punto determinado aunque el origen esté en otro punto distinto.

Hay que trabajar de forma diferente músculos que son diferentes.

Teniendo esto presente podemos determinar que la musculatura tónica responderá mejor al *trabajo excéntrico* en *amplitud total* (contracción completa y estiramiento completo) y/o *amplitud externa* (contracción incompleta y estiramiento completo), con un predominio del *metabolismo aeróbico* (ej. alto número de repeticiones,…). Mientras que la **musculatura fásica** deberá trabajarse con predominio de las *contracciones concéntricas* en *amplitud interna* (contracciones completas y estiramientos incompletos) y/o *amplitud media* (contracciones incompletas y estiramientos incompletos), con un predominio del *metabolismo anaeróbico* (ej. bajo número de repeticiones, intensidad alta, descansos cortos,…).

No debemos ejercitar nunca los músculos estáticos con contracciones concéntricas, sino con contracciones isométricas en una posición cada vez más excéntrica, combinando de este modo el trabajo activo y el estiramiento.

Mecanismos de defensa de nuestro organismo

1º No sufrir:

Nuestro cuerpo está preparado para olvidar los procesos dolorosos; a nivel del sistema músculo-esquelético para ocultar un dolor haremos compensaciones ya que todo el sistema automático intenta evitar que aflore a la consciencia ese dolor.

2º Respetar las hegemonías:

Las hegemonías son funciones vitales sin cuyo cumplimiento peligra la vida. La mayoría de ellas están bajo el dominio automático-inconsciente, como la circulación, la digestión, la respiración. Pero existen funciones hegemónicas sobre las que podemos tener una cierta intervención consciente. La respiración es una muestra de ello: a pesar de estar regulada por el sistema vegetativo, podemos aumentar o disminuir a voluntad la frecuencia o amplitud respiratoria.

Hay cuatro funciones hegemónicas que dependen del sistema músculo-esquelético:

– Respiración.
– Manos libres.
– Pies en el suelo.
– Mirada horizontal.

El cuerpo intentará guardar estas funciones a cualquier precio. Sin embargo, este preciso mecanismo que asegura las grandes hegemonías presenta inconvenientes:

Primer inconveniente: las agresiones contraen los músculos estáticos.
Hemos dicho que los músculos estáticos organizados en cadenas funcionales, no pueden permitirse estar débiles porque si así fuera, nuestro edificio óseo se vendría abajo. Por lo tanto, ante cualquier agresión reaccionan aumentando el tono muscular. Cuando más agredidos, más rígidos. Si la agresión es leve no dejará secuelas, pero si es importante o repetitiva se traducirá en un acortamiento permanente. Y un músculo, una vez acortado, no devuelve espontáneamente la longitud perdida. Sólo mediante un alargamiento global y simultáneo puede recuperar toda o parte de esa longitud. En cambio, un estiramiento local no hará otra cosa que trasladar el acortamiento, camuflar la lesión. Así pues, las lesiones en lugar de resolverse se fijan en acortamiento muscular permanente, creando desequilibrios de tensiones que se irán propagando a lo largo de las cadenas musculares, pudiendo dar problema a distancia y al cabo de un tiempo.

No sólo las lesiones acortan los músculos. El sobreesfuerzo debido a trabajos físicos duros o repetitivos actúa también como una agresión y acaba acortando los músculos más solicitados. A mayor esfuerzo, mayor acortamiento y rigidez. De ahí la importancia preventiva de la Reeducación Postural Global en profesiones que entrañan sobreesfuerzo muscular.

Segundo inconveniente: círculo vicioso.
La sarcómera es la unidad contráctil del músculo. Consta de filamentos proteicos de actina y miosina que se interpenetran. Durante la contracción aumenta el grado de penetración, y en la relajación vuelven a su posición inicial. Pero cuando un músculo es sometido a un esfuerzo prolongado, la sarcómera ya no vuelve a la posición inicial en la fase de relajación. El músculo se ha hecho más resistente, pero ha perdido elasticidad.

Al perder elasticidad, también pierde fuerza contráctil, por lo que deberá esforzarse más. A mayor esfuerzo, mayor acortamiento, cerrándose así el círculo vicioso que es el causante de todo tipo de lesiones musculares, tendinosas, articulares y óseas. La artrosis, tendinitis, protusiones discales y deformaciones, no son más que la expresión de la rigidez de los músculos estáticos.

Tercer inconveniente: los músculos que nos erigen, nos aplastan.
La gravedad es una fuerza vertical hacia abajo. Como nuestra línea de gravedad cae por delante de la articulación del tobillo, nuestra tendencia es la de caer hacia delante. Para evitarlo necesitamos un dispositivo muscular posterior que contrarreste esta tendencia. Lo ideal sería disponer de un músculo que traccionara nuestra cabeza en sentido vertical hacia arriba, como los hilos de una marioneta. Pero no sólo carecemos de él, sino que además los músculos encargados de luchar contra la gravedad (músculos antigravitatorios) tienen que erigirnos tomando como punto fijo su inserción inferior, coaptando las ar-

ticulaciones. Cuando mayor sea la rigidez muscular, mayor será la compresión sobre las articulaciones.

Así con todo lo expuesto anteriormente resumimos los principios de corrección que establece la Reeducación Postural Global:
1. Tratar enfermos, no enfermedades.
2. No limitarse al síntoma, buscar la causa.
3. Trabajo global y simultáneo, no analítico.
4. No tonificar músculos estáticos, sino alargarlos.
5. Trabajo activo, no pasivo.
6. Trabajo en espiración, no en inspiración.
7. Trabajo en posturas, no en alternancias.

Contraindicaciones y límites

Son contraindicaciones relativas o limitantes para el tratamiento: procesos infecciosos, neoplásicos, pacientes psiquiátricos, personas sin control voluntario de su actividad muscular.

Método de tratamiento

Con el método de RPG vamos a tratar dos grandes grupos de problemas de origen biomecánico: las **alteraciones posturales** y los **cuadros sintomáticos** (dolorosos).

Comenzaremos por elaborar a través de un protocolo de evaluación una hipótesis de causalidad sobre el problema que presenta el paciente, para luego por medio de posturas de tratamiento y con las correcciones manuales que realiza el terapeuta durante las mismas, lograr modificar la situación, tanto morfológica como funcional, identificada como responsable del problema.

Ya hemos dicho que en RPG no se habla de músculos aislados, sino de cadenas musculares, unidas entre ellas por medio de fascias a través de músculos y articulaciones y que siempre actúan conjuntamente, por lo que también las trataremos conjuntamente.

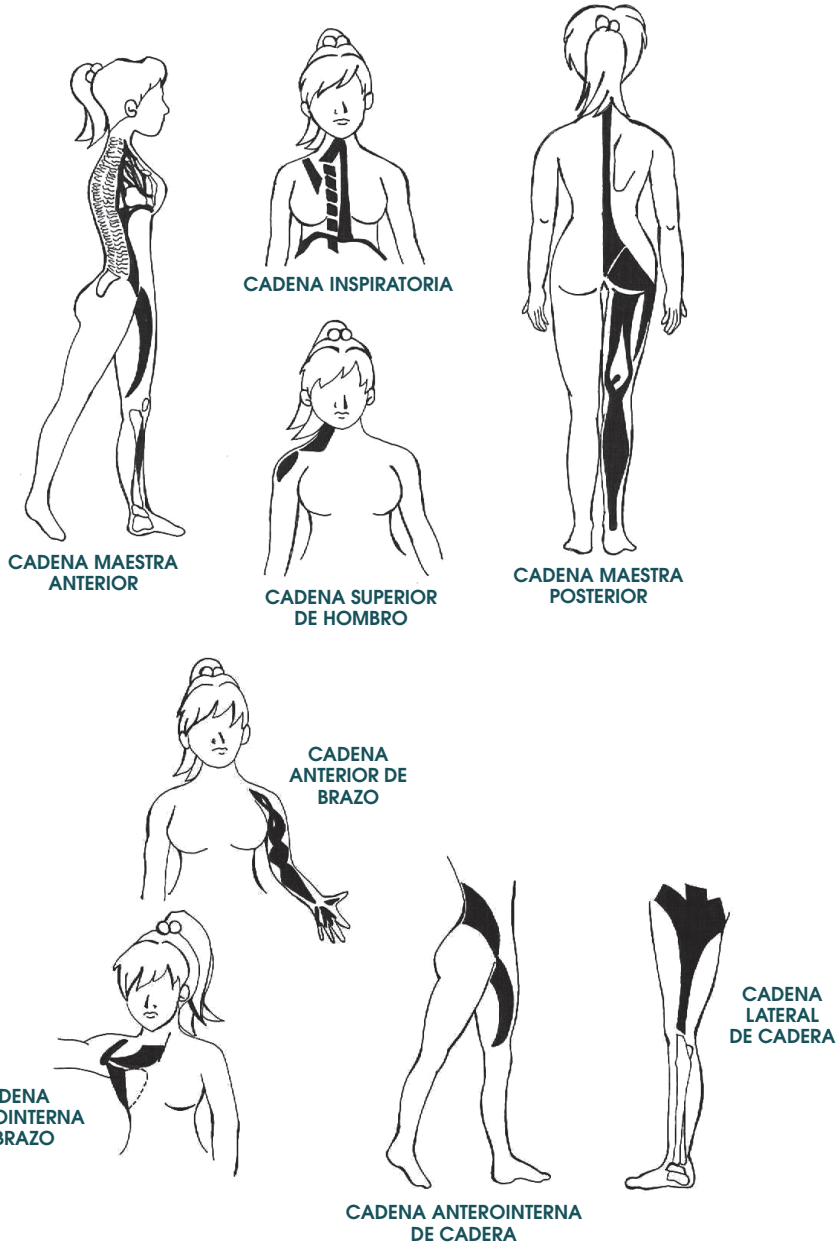
Una cadena muscular es la expresión de la coordinación neuro-motriz organizada en función de un objetivo. En tal sentido una cadena muscular tiene más de concepto funcional que de estructura anatómica, su descripción y análisis permite aproximarse al estudio y comprensión del complejo funcionamiento del Sistema Neuro-Músculo-Esquelético.

Cuando por motivos funcionales o asociados a una patología una cadena muscular actúa en exceso, tiene posibilidad de fijar un patrón o comportamiento funcional alterado. Esto se traducirá inmediatamente en una desorganización de la postura y una alteración en la función del sistema.

Nuestro propio sistema nervioso voluntario se ocupa de patrones de movimientos y no de función de músculos individuales.

Si en una fila de personas que se dan la mano hay una que tropieza, su desequilibrio será transmitido a los otros. De la misma manera, cualquier tracción efectuada a una extremidad de una cadena muscular se traducirá inmediatamente con una compensación en algún punto de la cadena.

La RPG considera 8 organizaciones musculares básicas de la biomecánica corporal:



Para poder determinar qué posturas son necesarias en cada paciente y qué correcciones habría que realizar en ellas, la RPG desarrolló un sistema de evaluación que consta de cuatro pasos:
– Impresión General.
– Anamnesis: Interrogatorio.
– Examen morfológico: Examen local de las retracciones.
– Reequilibración.

Estos pasos permiten elaborar una hipótesis de diagnóstico sobre la cual se va a desarrollar el tratamiento, utilizando las posturas que mejor se adaptan a ese objetivo.

Anamnesis

Deberá incluir necesariamente, además de las preguntas generales (edad, profesión, aficiones, modo de vida, antecedentes traumáticos, etc.), las siguientes:
– Fecha y modo de aparición del problema.
– Localización y descripción de éste.
– Problemas asociados (cefaleas, mareos, vértigos, acúfenos, braquialgias, etc.).
– Actividades y posturas que desencadenan el problema.

Examen morfológico

Se hará al principio y al final de cada sesión. El paciente se coloca en bipedestación, con los pies paralelos y separados unos 20 cm, en la postura que le resulte cómoda. Consta de:
– Examen morfológico: vista posterior.
– Examen morfológico: vista anterior.
– Examen morfológico: vista lateral.

Sirve para determinar el predominio de las cadenas musculares anteriores o posteriores.

A grandes rasgos los dos tipos morfológicos según predomine la retracción de uno u otro grupo musculofascial son:
– Tipo anterior (predominio de cadenas anteriores): nuca muy corta con la cabeza muy adelantada, cifosis dorsal, hiperlordosis lumbar y lumbodorsal, ilíaco en anteversión, adducción-rotación interna de fémur, genu valgo y pie pronado.
– Tipo posterior (predominio de cadenas posteriores): nuca corta y cabeza adelantada, dorso plano, borramiento de la lordosis lumbar, ilíaco en retroversión, genu varo, calcáneo varo y pie cavo.

Lo habitual es encontrar tipos mixtos, aunque siempre habrá más rasgos de uno que de otro.

Si al menos tres localizaciones de las seis posibles por cadena, están en la situación que acabamos de describir, esta cadena deberá ser tratada.

Reequilibración

Una vez determinado cuáles son los problemas posturales de cada paciente tras analizar cuando aparece el dolor o aumenta, si es en postura abierta (es

decir, con apertura del ángulo coxofemoral) o cerrada (con cierre del ángulo coxofemoral) y también cuál de las dos posturas lo hace disminuir o desaparecer, le indicaremos con nuestras manos (sin forzarle) las correcciones que debe realizar para acercarse a la postura ideal. Al intentar la corrección se dará una de estas tres situaciones:
– Puede realizar las correcciones sin problemas y sin dolor. Lo más probable es que no tenga problemas en esta cadena.
– Realiza las correcciones con dificultad o aparece un ligero dolor. Esta cadena estará afectada, aunque no tiene porqué ser la principal responsable.
– No puede realizar las correcciones o las realiza con mucho dolor. Es prioritario el trabajo en esta cadena.

El tratamiento se realiza una vez por semana; sólo en los casos agudos dolorosos se realiza con mayor frecuencia.

Dependiendo lo que queramos tratar utilizaremos unas posturas de tratamiento u otras.

Tenemos a nuestra disposición varias posturas que se pueden ordenar en dos secciones principales:
a) Posturas de cierre del ángulo coxofemoral.
b) Posturas de abertura del ángulo coxofemoral.

A estas dos grandes orientaciones opuestas se vienen a incorporar dos subsecciones que son:
– Abducción de los miembros superiores.
– Aducción de los miembros superiores.

Pero estas dos posiciones sólo especifican y afinan el trabajo. Una vez definida la elección de una de las dos grandes orientaciones (cierre o abertura del ángulo).

La elección de una de estas cuatro familias de posturas depende en primera línea de la observación global del paciente (examen morfológico) vista posterior, vista lateral y vista anterior del mismo.
1) Las posturas en cierre del ángulo coxofemoral:
Todas estas posturas clasificadas en la sección «cierre del ángulo coxofemoral», actúan más particularmente en los «músculos posteriores» (músculos cortos del pie, tríceps y posteriores de la pierna; isquios, glúteos y espinales en su conjunto) y consisten en cerrar de forma cada vez más importante el ángulo entre el tronco y los miembros inferiores para lograr de forma más intensa el alargamiento de estos músculos. Tenemos las siguientes posturas:
– Rana con piernas en el aire.
– Sentada.
– De pie, inclinado hacia delante (en carga).
2) Posturas en abertura del ángulo coxofemoral
Estas posturas actúan particularmente en los «músculos anteriores» (psoas, aductores pubianos y diafragma), y consisten en abrir cada vez más en ángulo coxofemoral para actuar de manera más intensa sobre el alargamiento de estos músculos. Tenemos las siguientes posturas:

– En descarga: rana tendida en el suelo.
– En carga: postura de pie.

A continuación pasamos a describir algunas de las posturas citadas con anterioridad:

Postura de Cierre Coxo-Femoral: Brazos Juntos (Postura Sentado)

Esta postura, permite insistir específicamente sobre la cadena maestra posterior, la cadena superior hombro y anterior de brazo.

Se utiliza preferentemente para tratar aquellos problemas morfológicos que se encuentran en la región dorsal o dorso lumbar. Las imágenes ilustran la progresión en la postura.

Posición de partida: el paciente se encuentra sentado con los miembros inferiores en flexión de cadera y rodilla y los pies en contacto por sus plantas. El tronco se encuentra en autocrecimiento manteniendo la alineación entre el sacro, la región dorsal y el occipital.

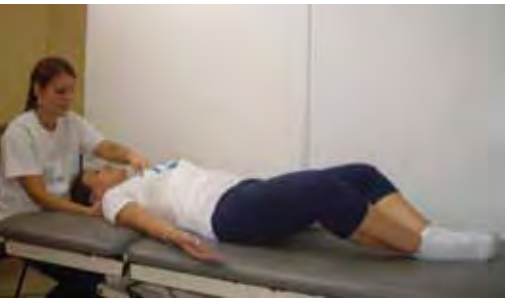
Como cualquier postura la posición de inicio puede modificarse para respetar las posibilidades del paciente.

Progresión: esta postura como las demás que son en carga, se realizan por secuencias de 3 a 5 minutos seguidas de una pausa de unos 30 segundos.

La progresión se hace de dos maneras, una es durante la ejecución de la postura, se progresa inclinando el tronco hacia adelante, sin perder la alineación occipital, mediodorsal y sacro. Al finalizar la secuencia durante la pausa se puede progresar mediante la modificación de las piernas, llevándolas paulatinamente y de acuerdo a las posibilidades del paciente a la flexión de las caderas, extensión de las rodillas y a la flexión dorsal de los pies.

Los miembros superiores se mantienen desde el inicio junto al cuerpo.

Nota: Las progresiones en las posturas son realizadas por el terapeuta y la colaboración del paciente, con el objetivo de ser más exigentes en las correcciones.



Postura de Apertura Coxo-Femoral: Brazos Juntos (Rana en el suelo)
Esta postura, permite insistir específicamente sobre la cadena maestra anterior, la cadena superior hombro y la anterior de brazo. Las imágenes ilustran la progresión en la postura.
Posición de partida: en decúbito dorsal, con flexión y abducción de cadera, flexión de rodillas y los pies en contacto por sus plantas. Los brazos se encuentran en una abducción de aproximadamente 45°.
Progresión: Se lleva paulatinamente y de acuerdo a las posibilidades del paciente a la extensión de las caderas, y rodillas y a la flexión dorsal de los pies, mientras que los miembros superiores se aproximan al cuerpo.
Nota: Las progresiones en las posturas son realizadas por el terapeuta y la colaboración del paciente, con el objetivo de ser más exigentes en las correcciones.

Conclusiones

Esta terapia se fundamenta en el análisis minucioso, estudio y observación de la anatomía, la fisiología y la manera en la que enferma el ser humano.

Con el paso del tiempo y el tipo de vida que en muchas ocasiones llevamos, vamos acumulando tensiones y perdiendo elasticidad. Todo ello se agrava en caso de existir algún factor añadido: accidente, enfermedad, etc.

En conclusión, la RPG sirviéndose de posturas de estiramiento o micro ajustes posturales activos, progresivos, suaves y globales devolverá longitud y elasticidad a nuestros músculos estáticos, amplitud a nuestras articulaciones y como consecuencia alivio al dolor y al mismo tiempo a lograr una morfología más perfecta y armoniosa.

BIBLIOGRAFIA

Libros:

Principios de la reeducación postural global, Philippe Souchard, Editorial Paidotribo 2005, 1° edición.

Artículos de Internet:

http://free-news.org

http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC045769.pdf

http://rpgl.org/ar/que_es_la_RPG

http://www.yogakai.com/articulos/rpgyoga.htm

http://www.itgbilbao.org/reeducacion-postural-global/art%C3%ADculos-r-p-g/

http://www.fisioterapiacolmenarejo.com/terapias/reeducacion-postural-global

Pilates
adaptado

Cristina Sánchez Palacios
Almudena Ramírez Cabrales
Fisioterapeutas de la Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple (ASEM)

Introducción

Joseph Pilates nació en Alemania en 1880. En su infancia fue un niño enfermizo que sufrió serios problemas de salud; como consecuencia de ello en su juventud se convirtió en un apasionado de la forma física. Le entusiasmaban las filosofías orientales por lo que fue un estudioso del yoga y el Karate, creando un método gimnástico completo que combinaba las disciplinas de Occidente y Oriente, los principios de la gimnasia y el yoga por un lado y los ejercicios físicos y psíquicos que fortalecen el cuerpo y liberan la mente por otro.

Como ya hemos mencionado en su juventud, Pilates fue desarrollando su método. Durante la primera guerra mundial estuvo preso en Inglaterra y en su confinamiento, ideó los aparatos precursores de su método a partir de lo que tenía a su disposición (sillas, literas, correas,…); es lo que hoy día conocemos como Pilates máquinas, pero el alma de su método proviene de lo que llamó ejercicios de suelo.

Las enseñanzas de su método se propagaron por todo el campo de prisioneros, dando muy buenos resultados, por lo que se convirtió en una actividad obligatoria para todos los reclusos. Se vio que los prisioneros enfermaban menos y por este hecho, Pilates fue contratado para entrenar a las élites de las tropas británicas.

Tal fue la fama que adquirió Joseph Pilates que numerosos bailarines y atletas recurrieron a él para entrenarse; de esa manera es como su método fue extendiéndose por todo el mundo.

¿En qué consiste el método pilates?

El método Pilates es un sistema de acondicionamiento físico muy completo donde se trabaja el cuerpo como un todo. No es un ejercicio mecánico, es una actividad muy reflexiva, donde se logra realizar lo que se conoce como conexión cuerpo-mente. Se trabaja desde la musculatura más profunda hasta la más periférica.

Básicamente consiste en una serie de posturas y ejercicios que están relacionados entre sí con el fin de mejorar la flexibilidad y circulación y fortalecer áreas específicas de nuestro cuerpo. Su objetivo es lograr un control preciso del cuerpo de la forma más saludable y eficiente posible. En definitiva, conseguir un equilibrio muscular, reforzando los músculos débiles y alargando los músculos acortados. De esta manera podemos alcanzar un estado de armonía puesto que todas las partes del cuerpo se ejercitan como una unidad. No consiste en la frecuencia, ni la intensidad con que se realice, sino en la conciencia del trabajo simultáneo de las diferentes partes del cuerpo. Jamás se debe dejar de hacer un movimiento por creer que es demasiado difícil; se aconseja modificar el movimiento para poder continuar, puesto que la fluidez y la continuidad del mismo es lo más importante.

El método Pilates trabaja especialmente lo que se denomina “centro de ener-

gía" o "central eléctrica", constituido por los abdominales, la base de la espalda y los glúteos. Fortaleciendo estas partes del cuerpo se trabaja la energía "desde dentro hacia fuera", permitiendo realizar libremente los movimientos del resto de la anatomía.

Los resultados son visibles a corto plazo, se consigue una notable tonificación muscular, se mejora el sistema sanguíneo y el linfático, se corrige la postura corporal y se estiliza la figura. También se desarrolla aptitudes como la atención y la disciplina en quienes lo practican, logrando además un dominio total de la motricidad y un mayor conocimiento del propio cuerpo, lo que aumenta la autoestima y refuerza nuestra capacidad de concentración y control.

IMPORTANTE
El método Pilates se practica con máquinas muy específicas o en el suelo en colchonetas, en clases individuales o en grupos pequeños. Las sesiones se realizaran bajo la supervisión de un fisioterapeuta a fin de conseguir resultados óptimos y evitar posibles daños derivados de una mala ejecución de los ejercicios.

Principios básicos del método pilates

Existen una serie de elementos que aplicados en la realización del método Pilates van a optimizar los beneficios del mismo:

1. Concentración
Se debe prestar atención a los movimientos que se están haciendo. Piensa en cada paso que das y empezarás a darte cuenta de lo interrelacionados que están entre sí los movimientos del cuerpo. Haz que la mente intervenga en cada movimiento. Visualiza el siguiente paso, esto hará que el sistema nervioso elija la combinación de músculos correcta para hacer el ejercicio Pilates. A medida que desarrollamos la habilidad para concentrarnos en un área específica de nuestro cuerpo, mejorará de forma evidente la calidad de nuestros movimientos. Cuando el cuerpo y la mente trabajen de forma armoniosa y efectiva alcanzarás un programa de ejercicio Pilates ideal.

2. Control
En el método Pilates es muy importante el control, puesto que es la clave para conseguir la calidad del movimiento. No se realizarán movimientos vigorosos porque este ejercicio se ejecuta mediante la respiración, la concentración y el estiramiento. En otras palabras, el movimiento y la actividad descontrolados producen un régimen de ejercicios fortuito y contraproducente. Si no se da importancia a este control, es muy probable que podamos sufrir lesiones.

3. Movimiento fluido
Se suele definir el método Pilates como "un movimiento fluido que va desde un centro fuerte hacia el exterior". El ejercicio Pilates hace que realices una gran cantidad de movimientos de una manera fluida y controlada. Cada ejercicio tiene un punto específico de inicio y otro donde finaliza y tenemos que hacer que estos puntos se difuminen y conseguir enlazar con el siguiente ejercicio de forma imperceptible en su conjunto. Para realizar una correcta secuencia de estos ejercicios hay que disponer de tiempo puesto que hay que hacerlos de una manera suave y uniforme, pues un movimiento rápido puede causar lesiones. Se tiene que pasar al ejercicio de Pilates siguiente en cuanto se siente el esfuerzo, debiéndose evitar los movimientos rígidos o espasmódicos.

4. Precisión
La precisión va unida al segundo principio, el "control". Joseph H. Pilates decía: "Cada vez que hagas ejercicio, concéntrate en los movimientos correctos, si no los harás mal y no servirán para nada". Hay que coordinar todos los movimientos y, en cuanto se conocen los pasos de cada ejercicio de Pilates y uno se siente cómodo, se debe tomar el control del cuerpo e intentar hacer los movimientos correctos.

5. Respiración
Joseph H. Pilates hace hincapié en la importancia que tiene la pureza del flujo sanguíneo. Esta pureza se mantiene respirando correctamente mientras se hacen los ejercicios; para ello hay que ser muy conscientes del modo en que respiramos para que se oxigenen correctamente los músculos que estamos utilizando y se expulsen una serie de toxinas contenidas en los mismos. Pilates llegó a la conclusión de que la mejor técnica respiratoria para expulsar lo malo y absorber lo bueno es una exhalación plena forzada seguida de un hinchado completo de los pulmones mediante una inhalación profunda. Con el tiempo podrás coordinar la respiración con los movimientos de cada ejercicio. Por regla general, se inspira previamente a la realización de un movimiento y se espira durante la ejecución del mismo.

6. Relajación
Debemos aprender a movernos sin generar tensiones en zonas del cuerpo que no están siendo ejercitadas. Con cada uno de los ejercicios se fortalece una parte específica del cuerpo por separado y las otras partes no implicadas en el movimiento participan en él, pero no están en tensión. De esta forma todo el cuerpo participa de forma global y es lo que ayuda a eliminar la tensión corporal.

7. El centro de energía
Nos hemos referido anteriormente a este apartado porque es de vital importancia, tanto para entender la filosofía del método como para la correcta ejecución del mismo; es el principio fundamental.

El cuerpo humano tiene un centro físico en el que se originan todos los movimientos. Joseph H. Pilates llamó a esta zona "Centro de energía". Lo localizamos rodeando la zona del ombligo, formando una especia de faja: músculos abdominales, lumbares, glúteos y piso pélvico. A través de la contracción rítmica y conjunta de esta musculatura, en el momento de la exhalación se genera tono y fuerza intrínseca disponible para actuar en relación de sinergia: en el vaciado del aire, en la estabilización del torso, apoyando el trabajo de todas las cadenas musculares, realizando un trabajo ergonómico a través de la sensación de centro. Todos los movimientos se inician y se sostienen desde esta zona, cuya utilización debe estar siempre presente durante la práctica de los ejercicios. Su ubicación y su función son para muchas técnicas el punto de origen y motor de todo movimiento. La contracción muscular de esta área refuerza el control de la respiración, enderezan la columna vertebral y estimulan los plexos nerviosos, las glándulas y el organismo en general.

Desde el punto de vista biomecánico, el centro de gravedad del cuerpo se ubica justo allí, alrededor de la vértebra L3, siendo el ápice lordótico y lugar de inserción del músculo psoas y diafragma. Esto le da mucha relevancia al segmento lumbar en cuanto a la estabilidad y conlleva un especial interés al trabajo de movilidad y manejo de cargas. El método Pilates presta especial atención al reforzamiento de este centro puesto que genera todos los movimientos, es el lugar del que proviene toda la fuerza que se ejerce. Los músculos que están relacionados con el centro de energía sujetan la columna vertebral, los órganos internos y la postura que se adopta por lo que si lo fortalecemos se van a corregir la postura y la alineación que se adopta con el fin de prevenir tanto el dolor de espalda como mejorar nuestro estado de salud en general.

Otros conceptos básicos del método pilates

1. Alineación

Una correcta alineación nos permite un trabajo seguro, eficiente y economiza el gasto energético innecesario.

El torso se debe trabajar estabilizado, alineado según los ejes anatómicos naturales. Percibimos un eje vertical, axial, que atraviesa longitudinalmente y por el centro, todo el cuerpo. Penetrando por la coronilla y saliendo del cuerpo por entre ambos pies y viceversa. Ejes horizontales, que transitan de hombro a hombro y de cadera a cadera. Entre estos ejes queda comprendido el marco o caja.

La columna, al nivel de la cadera debe trabajar en posición neutra. Es decir, respetando las curvas naturales propias de la columna lumbar, creando para este fin reconocimiento y conciencia d los segmentos, sus curvas y puntos de apoyo, y desarrollando el tono muscular y flexibilidad necesarios para sostener y articular la columna respetando estas curvas. Es vital el apoyo del sacro, para liberar las vértebras lumbares de la rectificación.

La respiración es un factor fundamental en la estabilización del torso. La musculatura comprometida en la respiración contribuye a estabilizar, sustentar sinérgicamente el trabajo de las extremidades y dar conciencia de integración. En la respiración se dirige el aire hacia la zona posterior y alta del cuerpo y este se expande lateralmente hacia las costillas. La inhalación es intercostal y la exhalación es total, el aire es empujado por toda la musculatura involucrada en la espiración.

2. Pelvis Neutra

La pelvis y columna neutra se considera la posición más segura para la zona lumbar principalmente, dando así un lugar estable, desde el cual podrán tener lugar los movimientos eficientes y seguros.

Para poder llegar a ella, el trabajo comienza desde la concienciación del piso pélvico, el trabajo de los abdominales, específicamente los transversos y los oblicuos. Progresivamente se irá entonces hacia los ejercicios de estabilidad espinal.

Realizamos un repaso sobre los músculos que influyen tanto en la pelvis como en la columna. En la parte anterior de la cadera hay que destacar: Recto femoral y Psoas-Iliaco, que son flexores de cadera. El Psoas trabaja con los músculos erectores profundos de la columna, los multífidos, para lograr la estabilidad en todos los planos. Los músculos abdominales son el recto abdominal, los oblicuos externos, los oblicuos internos y los transversos. Si bien no tienen acción sobre la articulación de la cadera, tienen un papel muy importante puesto que van a estabilizar el tronco, y así la cadera pueda moverse de forma más libre.

El concepto de Pelvis Neutra se puede definir como la posición en que la espina iliaca antero superior (EIAS) está en el mismo plano que la sínfisis púbica. Ni rectificada, ni hiperlordótica. Tanto estabilidad como movilidad son importantes a nivel de la columna vertebral en la salud postural. Estas necesidades variaran de persona a persona, no se pueden realizar los ejercicios de forma indiscriminada. El profesional deberá valorar de forma individual y adaptar la postura del individuo según las necesidades que presente (una persona con hiperlordosis, por ejemplo, no la podemos forzar a que sus E.I.A.S. estén al mismo nivel que su sínfisis púbica).

En resumen, es una forma inteligente de trabajo, siempre y cuando sea aplicable a la individualidad de la persona que lo realiza. La importancia de la pelvis o columna neutra y el posicionamiento de la pelvis en relación al trabajo muscular y al manejo de carga sobre la zona lumbar son indiscutibles.

3. Suelo pélvico

Los músculos del piso pélvico juegan un rol importante en nuestra estabilización pélvico-espinal. Estos músculos también van a sostener los órganos pélvicos, aseguran la resistencia a bruscos incrementos de la presión intraabdominal y controlan la continencia. El trabajo de esta musculatura debería ser inte-

grado siempre en la globalidad del cuerpo y en todos los ejercicios, especialmente para las mujeres.

Existe una relación vital en el trabajo de la musculatura del suelo pélvico y de los abdominales. Cuando los abdominales se contraen, comprimen fuertemente la masa abdominal. El volumen reducido de la cintura, se encuentra forzosamente desplazado hacia abajo: apoyado contra el periné, por ejemplo en las acciones de expulsión. Si ejercitamos los abdominales, podemos generar una hiperpresión sobre el periné, sobre todo si insistimos en la reducción circular de la cintura sin reparar previamente sobre el tono de la zona inferior del abdomen (abdominales inferiores, suelo pélvico). Esta compresión no es siempre bien tolerada por la musculatura del suelo pélvico, especialmente en el embarazo, durante las semanas que siguen al parto, si el suelo pélvico no tiene tono y en caso de prolapsos. En todos estos casos, reforzar la musculatura abdominal será perjudicial para el periné si crea presión hacia abajo. Siempre es conveniente reforzar los abdominales empezando por la contracción del suelo pélvico, y después se podrá continuar con el reforzamiento abdominal. El reconocimiento, aislamiento y sincronización eventual del piso pélvico con los abdominales es un trabajo complejo que conlleva tiempo y la supervisión profesional.

4. El transverso del abdomen en los ejercicios de abdominales

Es excluyente para realizar un buen trabajo abdominal, el reclutamiento central de fibras. La correcta sinergia de los músculos abdominales ayudará a reducir tensiones innecesarias musculares en músculos secundarios (Flexores del cuello).

Se recomienda comenzar desde los grupos más difíciles de aislar. La isometría de los transversos del abdomen es el primer paso. Tendidos sobre la espalda, se iniciará desde las sensaciones, palpaciones, estimulaciones kinestésicas.

Puede pedírsele a la persona que tosa, o que se imagine un cinturón o faja, que acerca el ombligo hacia la columna. En cuadripedia intentaremos lo mismo, evitando cualquier movimiento desde la articulación de la cadera o las vertebras lumbares.

Se aplicará gradualmente a partir de allí, el trabajo concéntrico lento y finalmente uniremos a estos dos el trabajo excéntrico, insistiendo en un descenso lento y controlado. Esto redundará en un mayor tiempo de trabajo, la utilización del recorrido excéntrico y de la isometría.

El trabajo realizado demasiado rápido (que vemos muchas veces en clases de gimnasia), no será eficaz, ya que se utilizará la inercia. El tiempo real y efectivo de trabajo muscular será poco y se perderá la posibilidad de utilizar la excentricidad al regresar demasiado rápido. Finalmente, pero no menos importante: conllevará a flexiones bruscas a nivel de la columna cervical.

La concentración o focalización, es un aspecto fundamental en el entrenamiento de la musculatura abdominal y también será parte del entrenamiento. En definitiva, se trata de excitar el SNC para facilitar una contracción más fuerte y desarrollar conexiones a nivel neural (Tous y Balagué, 1999).

Sesión de pilates

Iniciaremos la rutina con algunos ejercicios de calentamiento y despertar muscular.

Se debe de realizar los ejercicios de forma guiada. Cada profesional elaborará una tabla de ejercicios específicos para cada persona; es decir deben estar adaptados al nivel de cada uno, de acuerdo a su aptitud física en ese momento.

Los ejercicios propuestos a continuación en su mayoría están dirigidos a principiantes en el método, es decir, pueden ser realizados por personas que no tengan una adecuada forma física e incluso personas con algún tipo de patología siempre que dicho ejercicio se adapte a la persona en cuestión. Vamos a clasificarlos según su dificultad de realización: Dificultad Baja, Dificultad Media y Dificultad Alta.

EJERCICIOS DE SUELO

1. (Dificultad Media). Decúbito supino, con las piernas elevadas y los brazos extendidos, mueva los brazos hacia arriba, soltando aire por la boca y abajo cogiendo aire por la nariz. La columna siempre bien apoyada en el piso y la pelvis en posición neutra. Realice 10 repeticiones.

Nota: A medida que vayamos avanzando en la práctica podemos realizar este ejercicio pero despegando los hombros y sin forzar la zona cervical.

2. (Dificultad Baja). Decúbito supino, inspiramos y durante la espiración levantamos la pierna derecha en extensión. La bajamos inspirando. Vamos alternando las piernas. Se realizan 10 repeticiones.

3. (Dificultad Media). En decúbito supino y despegando de la colchoneta la zona cervical y dorsal alta, fortaleciendo los glúteos, tome la otra pierna con ambas manos. Este ejercicio modela el tren muscular superior (por encima de las caderas). Se alternan las piernas. Se realizarán 10 repeticiones.

4. (Dificultad Baja). De pie, lleve una pierna hacia atrás, con los brazos hacia adelante, casi a punto de perder el equilibrio. Realice con la pierna movimientos cortos hacia arriba, sintiendo el trabajo en los glúteos y con la pelvis en posición neutra. Realice 10 repeticiones con cada pierna.

5. (Dificultad Alta). En este ejercicio los pies no deben tocar el suelo. No se utiliza el impulso para reincorporarse; el equilibrio sobre los huesos de la cadera se alcanza a través del control del centro de energía.

Sentada en el suelo con las piernas flexionadas hacia el pecho y abrazando los muslos por debajo con ambas manos. La espalda debe estar relajada. Balancea el cuerpo hacia atrás y adelante como si se estuvieses rodando como una pelota. Mantén esta posición contrayendo el centro de energía y curvando aún más la columna para adoptar una posición como de pelota. Se arquean los pies.

Inspira lentamente; inicia el movimiento de rodar hacia atrás contrayendo el vientre hacia la columna. Espira lentamente. El movimiento debe ser lento y sentir como se va estirando la columna. Sirve para masajear la espalda y relajar las tensiones. Hacer 10 repeticiones.

6. (Dificultad Media). Este ejercicio se llama "el cien".
Acostada boca arriba, con las piernas flexionadas y elevadas, los brazos extendidos y paralelos al costado del cuerpo. No se debe elevar la parte superior del cuerpo por encima de la base de los omóplatos. La región lumbar se presiona contra la colchoneta contrayendo el abdomen, siendo este el punto de apoyo para la columna. Los brazos se deben mantener rígidos moviéndose rápidamente hacia arriba y abajo como un aleteo. Empezar haciendo 10 "aleteos" y vaya incorporando series de 10 por cada sesión. Cuando se alcance un nivel más avanzado podrás ir extendiendo las piernas y bajarlas de forma gradual.

7. (Dificultad Alta). Este ejercicio se llama "crisscross".
Decúbito supino con la espalda bien apoyada sobre el suelo (recuerde que la columna no debe despegarse). Con una pierna extendida con una angulación de 45° y la otra flexionada hacia el pecho y las manos detrás de la nuca. Elevar el torso hasta los hombros. Utilizando en centro de energía nos impulsaremos desde la cintura para girar el torso hacia la rodilla de la pierna flexionada. El torso se debe mover como una unidad. Con movimiento lento y continuo se debe cambiar volviendo a la posición inicial, flexionando la pierna estirada y extendiendo la pierna flexionada y repetimos la secuencia. Hacer 10 repeticiones.

8. (Dificultad Baja). Decúbito supino con las piernas extendidas y los brazos a lo largo del cuerpo, sin despegar la zona lumbar de la colchoneta contrayendo la musculatura abdominal. Elevar una pierna (hasta donde llegue sin flexionarla), sosténgala y comience a hacer círculos en el aire, haga 10 círculos y baje la pierna. Levante la otra pierna y haga otros 10 círculos en la misma dirección. Ahora repita el ejercicio pero haciendo círculos hacia el otro lado. Haga 10 repeticiones.

9. (Dificultad Baja). Este ejercicio se llama "swan".
Decúbito prono (boca abajo) con las manos apoyadas a los lados de los hombros y las piernas estiradas. Presionar contra el suelo levantando el torso y estirando la espalda lo más posible. Repetir 10 veces.

Nota: Cuando se domina este ejercicio se puede realizar levantando al mismo tiempo los pies del suelo.

10. (Dificultad Baja).
Partimos de la posición de sentados, con las piernas extendidas, pies en dorsiflexión (punta hacia nosotros), pelvis neutra, espalda recta y brazos extendidos con la palma de la mano mirando hacia el suelo. Dirigir la coronilla hacia el techo.

Partiendo de esta posición giramos nuestro tronco (naciendo el movimiento en la zona lumbar) hacia el lado derecho, volviendo lentamente a la posición de inicio y se gira hacia el lado izquierdo. Se debe a su vez tener en cuenta que caderas y piernas permanecen estabilizadas.
Repetir el ejercicio 10 veces.

11. (Dificultad Baja). Partiendo de la posición de inicio del ejercicio anterior, flexionamos la columna para extender vertebra por vertebra al mismo tiempo que el brazo rota internamente y se extiende en dirección al pie del lado opuesto. Regresen suavemente y giren hacia el otro lado. Se debe realizar el ejercicio con respiraciones fluidas.
Puntos a tener en cuenta:
- Estabilizar glúteos al suelo.
- Colocar las escapulas en V.
- Alejar los hombros de las orejas.
- Hacer el movimiento fluido.
- Mantener pies flexionados.

Los ejercicios nº 10 y 11 ofrecen múltiples beneficios, tales como desarrollar los pulmones al girar el torso, movilizar la columna vertebral de manera segura al estabilizar la pelvis al suelo, relajar la zona lumbar al estirar y mejorar la flexibilidad en los esquiotibiales (musculatura situada en la parte posterior de las piernas). El sumar ambos beneficios nos da como resultado un abdomen y una espalda más fuerte.

EJERCICIOS CON ACCESORIOS DE PILATES

Los accesorios para la práctica del método Pilates, son utilizados tanto en las clases de Pilates que se desarrollan en el suelo, como también en las clases del método Pilates con aparatos. De los accesorios existentes en el mercado, algunos son fundamentales para la práctica de Pilates, otros van surgiendo aprovechando la fama del método siendo de menor relevancia.

1. EJERCICIOS CON MINI-BALL

La aplicación de este complemento contribuye a incrementar la intensidad del ejercicio mediante el trabajo de los aductores de los muslos y glúteos, además de ayudar a estabilizar la zona lumbar durante el mismo permitiendo de este modo articular y colocar correctamente la columna en el movimiento de retorno al suelo.

1.1. (Dificultad Media). El objetivo de este ejercicio es tonificar el abdomen, y la parte posterior del muslo y ejercitar la movilidad de la columna. Es bueno para la cifosis y la hiperlordosis.

Posición de inicio: en decúbito supino con la pelvis neutra y miembros inferiores en extensión mantenemos el miniball entre los tobillos. Las piernas lo van a presionar firmemente, activando de esta manera los músculos aductores de los muslos y los glúteos. Los tobillos en dorsiflexión con los talones apoyados en la colchoneta y los brazos extendidos hacia atrás por encima de la cabeza.

Se elevan los brazos hacia el techo en línea con tus hombros y, acercando el mentón hacia su esternón, eleva secuencialmente la cabeza, el cuello, los hombros y los omóplatos separándolos de la colchoneta.

Se continúa el movimiento de flexión del tronco hacia delante utilizando tu centro de energía, se elevan ligeramente ambas piernas mientras presionas el miniball entre los tobillos y pon atención en mantener tus hombros relajados y escápulas conectadas.

Vuelve a la posición de inicio lentamente.

Para poder realizar este movimiento sin caer bruscamente sobre la colchoneta concéntrate en bascular tu pelvis y apretar firmemente el miniball entre los tobillos; así estabilizarás la zona lumbo-pélvica de tal modo que puedas apoyar progresivamente sobre la colchoneta cada segmento de tu columna desde la zona lumbar hacia la cabeza.

1.2. (Dificultad Baja). Posición de inicio: decúbito supino con las plantas de los pies pegadas a la pared. Las piernas deben formar un ángulo de 45º (la pierna respecto al muslo). Colocamos el miniball entre ambas rodillas ejerciendo una presión moderada. Partiendo de la posición de pelvis neutra inspiramos; elevamos las caderas de forma que borremos la curvatura lumbar contrayendo la musculatura glútea dirigiendo la pelvis hacia nuestra cara durante la espiración; volvemos a la posición de inicio. El radio de movimiento no debe ser superior a los 7 centímetros. Realizamos 10 repeticiones.

2. EJERCICIOS CON BALÓN

El balón utilizado en Pilates normalmente es de algún tipo de plástico. Los más antiguos se realizaban en vinilo y caucho. Inicialmente todos tenían unas medidas que oscilaban entre los 60 y los 80 cm de diámetro. Actualmente poseen diferentes diámetros que van desde los 20 cm a los 120 cm, en diferentes colores (según el tamaño) y diferentes calidades. La calidad de los balones es muy importante ya que si no posee un buen grosor que soporte a una persona pesada (ya que se suele rebotar sobre ellas), pueden llegar a explotar con la consecuente lesión.

El trabajo con balón es muy adaptable y escalable. Permite trabajar distintos objetivos, desde la estabilidad articular, la tonificación muscular, el ejercicio aeróbico, el entrenamiento del equilibrio dinámico a través de la resistencia, la estabilidad de la postura y el tiempo de reacción y son muy efectivos para la mejora de la flexibilidad.

Últimas investigaciones afirman que el trabajo del equilibrio ya sea con balón o con otro material deportivo para niños y niñas con dislexia está dando buenos resultados.

Como ya hemos comentado, estos balones ofrecen muchísimas posibilidades para el entrenamiento de Pilates, ya que permiten realizar distintos ejercicios para el trabajo de equilibrio dinámico y coordinación e introducen variabilidad en los ejercicios de fuerza y estiramiento. Una de las mejores utilidades es el trabajo para los abdominales, que muchas veces se vuelve aburrido al realizar siempre el mismo tipo de ejercicios en el suelo.

2.1. (Dificultad Media). Elevación de una pierna:

Siéntese en el balón, manteniendo la columna neutra y respirando correctamente. Separe los pies a la altura de las caderas.

Mientras espira, levante una pierna manteniendo la rodilla flexionada y en línea con el tobillo. Los brazos pueden situarse sobre el balón.

Baje la pierna mientras inspira.

Alterne ambas piernas, hasta que transfiera el peso de la una a la otra con comodidad. No olvide concentrarse en el centro, mantener la contracción y el alineamiento postural.

Repítalo unas 10 veces, alternando las piernas.

Nota: Si se quiere aumentar el esfuerzo se colocan las manos detrás de la cabeza mientras levanta las piernas.

2.2. (Dificultad Baja). Control y movilidad de la columna:

Siéntese en el balón, sobre los huesos adecuados para ello, con los pies separados a la altura de las caderas y los brazos a la altura del pecho apoyando un brazo sobre otro.

Compruebe la posición neutral de la pelvis y la contracción de la musculatura. Los hombros deben estar caídos y relajados. Inspire para prepararse.

Inspire y mientras espira, gire la parte superior del cuerpo hacia un lado, con ambas manos colocadas en la nuca o bien con los brazos en cruz. Recuerde mantener la cabeza erguida.

Inspire mientras vuelve al centro, y repita hacia el otro lado.

Repita el ejercicio 5 veces para cada lado.

2.3. (Dificultad Media). De lado a lado:

Túmbese en el suelo, con el balón situado entre los glúteos y los pies. Compruebe que tiene las rodillas alineadas verticalmente con las caderas. Compruebe la posición neutral de la columna, la respiración, y contraiga la musculatura abdominal. Extienda los brazos y sitúelos ligeramente separados del cuerpo.

Espire girando el balón hacia la derecha haciendo uso de la musculatura del

centro de energía e inspire mientras vuelve al centro. Haga lo mismo pero realizando el giro hacia la izquierda.

Realice el ejercicio de un lado a otro 10 veces.

Nota: Intente dirigir el movimiento con la cintura, y no con las piernas o la espalda.

2.4. (Dificultad Baja). Inclinación lateral:

Siéntese en el balón, con la columna y pelvis en posición neutral. Estírese erguido y contraiga la musculatura abdominal. Mientras inspira, levante el bra-

zo izquierdo. Espire, eleve el brazo por encima de la cabeza, hacia el lado derecho. Inspire y vuelva al centro. Repita con el brazo derecho.

Repita de 4 a 6 veces con cada lado.

Nota: el estiramiento se hace con la parte lateral del cuerpo, por lo que la espalda no debe girarse en ningún sentido. Recuerde mantener la cabeza en línea con la columna vertebral.

2.5. (Dificultad Alta). Giro oblicuo:

Túmbese en el suelo con las rodillas flexionadas, sosteniendo el balón con fuerza entre ambas. Compruebe su alineación y contraiga la musculatura abdominal. Coloque las manos detrás de la cabeza y mantenga separados los codos. Inspire para prepararse.

Mientras espira, flexione la parte superior del cuerpo hacia el balón, inspire y mantenga la posición.

Mientras espira, dirija el lado izquierdo del pecho hacia su rodilla derecha, apretando el balón y manteniendo activados los músculos abdominales mientras hace el movimiento.

Inspire mientras vuelve al centro.

Espire mientras dirige el lado derecho del pecho hacia la rodilla izquierda.

Inspire mientras vuelve al centro.

Repita de 5 veces con cada lado.

2.6. (Dificultad Baja). Sentadilla con piernas separadas contra la pared:

De pie contra una pared, con el balón alojado en arco de la zona lumbar. Separe los pies a una distancia superior a la de las caderas con las piernas separadas.

Compruebe que la pelvis está en posición neutral, y que los músculos abdominales están contraídos. Inspire mientras flexiona las rodillas, con los talones firmemente pegados al suelo y los brazos elevados a la altura del pecho.

Espire lentamente, mientras se estira y vuelve a la posición de pie.

Repita el ejercicio 10 veces.

3. EJERCICIOS CON BANDAS ELÁSTICAS

Existen en el mercado muchos tamaños, longitudes y de distintas resistencias a la elongación. Esto hace que se pueda trabajar de una forma sencilla tanto la resistencia, como la fuerza o incluso la potencia de los diferentes músculos del cuerpo.

Las bandas elásticas que usamos en Pilates permiten aumentar la intensidad de los ejercicios y el trabajo de estabilidad necesario en el tronco para controlar la tensión de la banda.

Principalmente las podes encontrar de dos tipos:

– Las tubulares: vienen con dos agarres de mano, lo cual permite tomarlas de una manera más precisa y cómoda. Estos agarres permiten anclar la banda elástica tubular a cualquier punto fijo, lo cual las hace mucho más versátiles que las bandas planas.

– Las bandas elásticas para rehabilitación planas o también conocidas por una marca: “Theraband”.

Ejercicios:

3.1. (Dificultad Media). Con este ejercicio conseguiremos trabajar el abdominal profundo. Es de los pocos ejercicios de este método que sube realmente las pulsaciones.

Tumbado sobre la colchoneta y con hombros, brazos y cabeza pegados al suelo. Las rodillas, situadas sobre la cadera en flexión de 90º.

Se sujeta con los pies la parte central de la banda elástica y se coge los extremos con las manos tensando ligeramente la banda. Inspiramos con los brazos estirados y paralelos al suelo y espiramos al tiempo que estiras tus piernas hacia delante. En este ejercicio hay que mantenerse erguido contrayendo fuertemente la musculatura abdominal para proteger la zona lumbar. Posteriormente espiramos flexionando las piernas.

Nota: Si queremos añadir mayor complejidad al ejercicio despegaremos la zona cervical y dorsal alta sin forzar el cuello en la flexo-extensión de las piernas.

3.2. (Dificultad Media). Con este ejercicio mejoramos el tronco, la movilidad de la columna y la fuerza. La banda la cogemos entre el pulgar y el resto de los dedos pero sin cerrar el puño con una leve tensión y una separación entre ambas manos correspondiente con el ancho de hombros.

Inspiramos y llevamos la banda hacia arriba a la altura de los hombros, espiramos y llevamos los brazos hacia delante sin flexionar la espalda. Inspiramos y vol-

vemos a la posición de inicio. Recordamos mantener la espalda erguida los glúteos contraídos y la tensión de la banda sin subir los hombros ni la parrilla costal.

3.3. (Dificultad Baja). La posición de inicio es la misma que en el ejercicio anterior, pero en lugar de ir hacia delante, haremos rotaciones de columna. Inspiramos y durante la rotación hacia un lado espiramos. Es importante mantener la mano en la línea del hombro y que la cabeza acompañe el movimiento. No debe moverse la pelvis ni los talones manteniendo contraído el abdomen y glúteos y la tensión de la banda.

4. OTROS APARATOS PARA LA PRÁCTICA DEL MÉTODO PILATES

Aros para la práctica de Pilates

Estos aros, ideados por Joseph Pilates a partir de los aros de barriles de cerveza, normalmente suele ser de goma siendo totalmente flexibles y provistos de unos agarres laterales, de modo que pueda adaptarse con facilidad a los contornos del cuerpo siendo así el complemento ideal para lograr un adecuado control del centro de energía y una mayor tonificación de los músculos (en especial de la musculatura aductora y abductora de las piernas).

El aro de Pilates es simplemente una ayuda para conseguir los objetivos que perseguimos con las rutinas de entrenamiento, ya que aumentamos la intensidad y resistencia de los ejercicios y permite ampliar la variedad de los mismos.

Ante todo el uso del aro de Pilates es una forma de aumentar la resistencia de los ejercicios. Por eso no se recomienda su uso a los principiantes o personas con alguna patología.

Rodillos para la práctica de Pilates

Los rodillos incrementan la fuerza, flexibilidad y el equilibrio; además permite disfrutar de sesiones aún más placenteras al proporcionar un masaje de la musculatura más profunda de tu cuerpo y espalda mientras se ejecutan los ejercicios, ayudando con ello a liberar tensiones y eliminar molestias y dolores musculares.

Es un accesorio muy versátil que se usa en varios tipos de terapias.

RELAJACIÓN

La relajación o vuelta a la calma después de una sesión de Pilates es fundamental. Los últimos minutos de la clase serán dedicados a la relajación.

En el deporte de competición esta fase del entrenamiento es llamada vuelta a la calma; permite al organismo recuperar el equilibrio de forma progresiva ayudando a que los efectos del entrenamiento sean más llevaderos y también ayuda a prevenir lesiones.

En el método Pilates, la relajación es parte fundamental de la filosofía de trabajo. No solo se tiene que hacer una vez terminado el entrenamiento, sino que se pueden dedicar sesiones completas al aprendizaje de las distintas técnicas de relajación.

Ejercicios de relajación

Describimos a continuación un ejercicio de relajación mediante la concentración y el control de la respiración:

Tumbado boca arriba, con los brazos estirados y un poco abiertos. Las piernas de la misma manera estiradas y un poco abiertas. Empezar a controlar el

ritmo de respiración. Se cuenta hasta tres mientras se inspira. Se cuenta hasta cinco mientras se espira.

Cuando llevamos así unos cuatro minutos nos concentramos y aislamos del entorno para focalizar nuestro pensamiento en los pies, intentando que cada musculo se relaje. Luego en los muslos, luego en manos y brazos, para terminar con el tronco y la cabeza.

Esta técnica es considerada una técnica básica de relajación. Con la práctica y el tiempo veremos como poco a poco notamos que los pies o las manos dejan de pesar, como si la gravedad no hiciera fuerza en nuestras extremidades. Llegaremos a notar una sensación parecida a la flotación.

Para relajarnos es importante estar en su sitio con la temperatura correcta, una posición cómoda y alejada de ruidos y perturbaciones externas.

Es importante sobre todo al inicio no pensar. Es lo más difícil de cualquier técnica de relajación. Por esto muchas técnicas se basan en abstraernos a lugares o situaciones idílicas tales como una playa.

Las técnicas de vuelta a la calma o de relajación también pueden incluir ejercicios de estiramientos sencillos o incluso de equilibrio. Si estamos concentrados en mantener una postura podemos liberar nuestra mente de otros pensamientos que sólo aumentan nuestro estrés.

Conclusión

Recordar que Pilates es un método global, basado en una serie de principios, donde se mejora de forma eficaz la fuerza, la flexibilidad, el control, la postura corporal y el equilibrio pudiendo beneficiar tanto a principiantes como a expertos. Con la práctica regular del método se puede cambiar la apariencia y el modo en la persona se sienta consigo misma.

BIBLIOGRAFIA

Libros:

Pilates el centro de energía. Autor: Winsor, Mary. Editorial Paidotribo S.L. 2005.

Pilates sin riesgo. Autores: Calais-Germain, B. - Raison, B. Febrero 2011. Editorial La libre de marzo.

Anatomía del Pilates: Guía ilustrada para trabajar la estabilidad del segmento somático central y mejorar el equilibrio. Autores: Isacowitz, R. - Clippinger, K. Editorial Tutor, noviembre 2011.

Libro-guía de entrenamiento Método Pilates con balón". Autor: Knight Lucy. 2004.

Artículos de internet:

http://www.planetapilates.com/principiospilates.html

http://www.metodo-pilates.com/transverso-del-abdomen/

Direcciones
de interés

Mónica Ramón García
Trabajadora Social de FEDEMA

Consejería De Igualdad, Salud Y Políticas Sociales

DIRECIÓN GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Avda. Hytasa, 14 – 41071 - Sevilla
Tlf. 955 04 80 00 / Fax. 955 04 82 34
http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypoliticassociales/consejeria.html

Delegación Territorial de Almería

Salud
Ctra. de Ronda, 101.
04071 Almería
Teléfono: 950 01 36 00
Fax: 950 01 36 11

Bienestar Social
C/ Tiendas, 12. 04071 Almería
Teléfono: 950 00 61 00
Fax: 950 00 61 30

Delegación Territorial de Cádiz

Salud
Avd. María Auxiliadora, 2.
11071 Cádiz
Teléfono: 956 00 90 00
Fax: 956 00 91 20

Bienestar Social
Plaza Asdrúbal, 6. 11071 Cádiz
Teléfono: 956 00 70 00
Fax: 956 00 70 01

Delegación Territorial de Córdoba

Salud
Avd. de la República Argentina, 34.
14071 Córdoba
Teléfono: 957 01 54 62
Fax: 957 01 54 80

Bienestar Social
(Delegación, Secretaría General, Gestión de centros de mayores, Prevención y Apoyo a la Familia)
Pza. Ramón y Cajal, 6. 14071 Córdoba
Teléfono: 957 00 54 00
Fax: 957 00 54 48

Bienestar Social
(Ley de Dependencia, Pensiones)
C/ Sevilla, 14. 14071 Córdoba
Teléfono: 957 00 51 00
Fax: 957 00 54 48

Bienestar Social
(Salario Social)
C/ Doce de Octubre, 8. 14071 Córdoba
Teléfono: 957 00 56 00
Fax: 957 00 56 24

Bienestar Social
(Protección al Menor y Adopción Internacional)
C/ Blanco Soler, 4. 14071 Córdoba
Teléfono: 957 24 90 21

Delegación Territorial de Granada

Salud
Avda. del Sur. 13. 18071 Granada
Teléfono: 958 02 70 00
Fax: 958 02 70 33

Bienestar Social
C/ Ancha de Gracia, 6.
18071 Granada
Teléfono: 958 02 46 00
Fax: 958 02 46 94

Bienestar Social
(Inspector de Servicios Sociales Coordinadora y Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia)
C/ Buenos Aires, 1.
18071 Granada
Teléfono: 958 53 64 29 / 63 45
Fax: 958 53 66 13

Bienestar Social
(Servicio de Valoración a la Dependencia)
C/ Marqués de la Ensenada, 1.
18071 Granada
Teléfono: 958 89 50 32 / 958 89 50 53
Fax: 958 02 61 34 / 958 02 61 32

Delegación Territorial de Huelva

Salud
C/ Martín Alonso Pinzón, 6.
21071 Huelva
Teléfono: 959 01 06 00
Fax: 959 01 07 26

Bienestar Social
C/ Mora Claros, 4 y 6.
21071 Huelva
Teléfono: 959 00 57 00
Fax: 959 00 57 72 / 73

Delegación Territorial de Jaén

Salud
C/ Paseo de la Estación, 15.
23071 Jaén
Teléfono: 953 01 30 00 / 01
Fax: 953 01 30 13

Bienestar Social
Paseo de la Estación, 19
3ª, 5ª y 6ª planta
23071 Jaén
Teléfono: 953 01 30 84 / 85
Fax: 953 01 31 18

Delegación Territorial de Málaga

Salud
C/ Córdoba, 4. 29071 Málaga
Teléfono: 951 039 800
Fax: 951 03 99 30

Bienestar Social
(Inspectora de servicios sociales coordinadora, Servicios de prevención y apoyo a la familia, parejas de hecho, familia numerosa)
C/ San Jacinto, 7. 29071 Málaga
Teléfono: 951 04 09 69
Fax: 951 04 09 76

Bienestar Social
(Delegada, Secretaría Gral, Sº de Administración General y Personal, Sº de Acción e Inserción Social, Sº de Gestión económica de Pensiones, Intervención)
Avd. Manuel Agustín Heredia,26 - 4ª planta. 29071 Málaga
Teléfono: 951 03 64 00
Fax: 951 03 65 58

Bienestar Social
(Servicio de valoración de dependencia, Administración General de Bienestar Social)
Alameda de Colón, 17. 29071 Málaga
Teléfono: 951 03 65 02
Fax: 951 03 65 00

Bienestar Social
(Gestión de Servicios Sociales, Personas mayores y discapacitadas, Protección al menor)
C/ Tomás de Heredia, 18. 29071 Málaga
Teléfono: 951 93 21 89 / 61
Fax: 951 93 21 95

Delegación Territorial de Sevilla

Avd. Luis Montoto, 87-89. 41071 Sevilla
Teléfono: 955 00 68 00
Fax: 955 00 68 47

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Avda. de la Constitución, 18. 41001 Sevilla
Teléfono: 95 501 80 00 / Fax: 95 501 80 37

Teléfonos de Interés

Salud Responde
Teléfono: 902 505 060

Teléfono de Atención a las Personas Mayores
Teléfono: 900 858 381

Teléfono de Atención a la Mujer
Teléfono 900 200 999

Información sobre Salud Sexual y Reproductiva
Teléfono 900 850 100

Centros de Valoración y Orientación

Almería
Ctra. de Ronda, 226. Edf. Bola Azul,
4ª planta. 04009 Almería
Teléfono: 950 01 72 50 / 950 01 73 24
Fax. 950 01 72 79
cvoalmeria.csbs@juntadeandalucia.es

Cádiz
Plaza Madrid, Estadio Ramón de Carranza
Fondo Sur, bajo.
11004 Cádiz
Teléfono: 956 00 74 00
Fax: 956 00 74 20
cvoca.csbs@juntadeandalucia.es

Algeciras
C/ Rincón de Luna, s/n.
11204 Algeciras (Cádiz)
Teléfono: 956 66 50 66
Fax: 956 66 12 84
cvoalgeciras.csbs@juntadeandalucia.es

Córdoba
Pasaje Ronda de los Tejares, 16.
14008 Córdoba
Teléfono: 957 00 53 00
Fax: 957 00 53 40
cvoco.csbs@juntadeandalucia.es

Granada
Ctra. de Alfácar, 13. 18011 Granada
Teléfono: 958 02 49 00
Fax: 958 02 49 49
cvo.gr.csbs@juntadeandalucia.es

Huelva
C/ Hermandades, s/n.
21006 Huelva
Teléfono: 959 00 59 00
Fax: 959 00 59 28
cvohuelva.csbs@juntadeandalucia.es

Jaén
C/ Linares, 2-4.
23008 Jaén
Teléfono: 953 00 29 00
Fax: 953 00 29 34
centro.valoracion.orientacion.ja@
juntadeandalucia.es

Málaga
Plaza Diego Vázquez Otero, 5.
29007 Málaga
Teléfono: 951 03 67 00
Fax: 951 03 67 27
info.cvoma.csbs@juntadeandalucia.es

Sevilla
C/ Japón, 37 esquina calle Palestina.
41020 Sevilla
Teléfono: 955928880
Fax: 955928944
cvo.dpse.csbs@juntadeandalucia.es

Entidades adheridas a FEDEMA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE EM DE ANDALUCÍA (FEDEMA)

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29 – Blq.11 – Acc. A. 41020 Sevilla
Tlf. / Fax: 902 430 880 / móvil 664 255 235
e-mail: fedemaem@hotmail.com
web: www.fedema.es
Presidenta: Águeda Alonso Sánchez.

ASOCIACIÓN DE EM DE ALMERÍA

C/ Chafarinas, 3. 04002 Almería
Tlf.: 950 106 343 - Fax: 950 100 620
Móviles: 606 741 277 / 675 808 758
e-mail: aemalmeria@hotmail.es
web: www.aemaalmeria.es
Presidenta: Isabel Esperanza Martínez Sánchez.

ASOCIACIÓN GADITANA DE EM Y UED "ALFONSO PERALES"

Plaza del Arroyo, 40 Dup.
11403 Jerez de la Frontera (Cádiz)
Tlf.: 956 335 978 / Fax: 956 344 484
e-mail: agdem2@yahoo.es
Presidente: Ramón Rojas León.

ASOCIACIÓN CORDOBESA DE EM

Edificio Florencia. Plaza Vista Alegre, 32. 14004 Córdoba
Tlf. / Fax: 957 468 183 / Móvil: 685 846 563
e-mail: acodem@alcavia.net
web: www.alcavia.net/acodem
Presidente: Antonio Galindo Caballero.

ASOCIACIÓN GRANADINA DE EM

Quinto Centenario, 1, Bajo. 18100 Armilla (Granada)
Tlf. / Fax: 958 572 448
e-mail: emgranada5@hotmail.com
web: www.agdem.es
Presidenta: Mª Nieves Sánchez Sánchez.

ASOCIACIÓN DE EM ONUBENSE

C/ Hélice, 4. 21006 Huelva
Tlf. / Fax: 959 233 704 - Móvil: 660 424 179
e-mail: ademo@esclerosismultiplehuelva.org
web: www.ademohuelva.blogspot.com
Presidente: Enrique Rodriguez Hernández.

ASOCIACIÓN JIENENSE DE EM "VIRGEN DEL CARMEN"

Acera de la Trinidad, s/n – Bajo. 23440 Baeza (Jaén)
Tlf. / Fax: 953 740 191 / Móvil: 675 250 989
e-mail: esclerosismultiplejaen@yahoo.es
web: www.ajdem.weboficial.com
Presidente: Juan Gámez Carmona.

ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE EM

C/ Nicolás Maquiavelo, 4 - Blq.2 - Local 2. 29006 Málaga
Tlf. / Fax: 952 345 301 / Móvil: 662 187 579
e-mail: amem94@terra.com
Presidente: Baltasar del Moral Majado.

ASOCIACIÓN MARBELLA–SAN PEDRO DE EM "NUEVO AMANECER"

Centro Cívico Divina Pastora.
C/ Presbítero Juan Anaya, s/n. 29601 Marbella (Málaga)
Tlf. / Fax: 952 859 672 / Móvil: 627 025 490
e-mail: ampemna@yahoo.es
Presidenta: Dulce Córdoba del Rey.

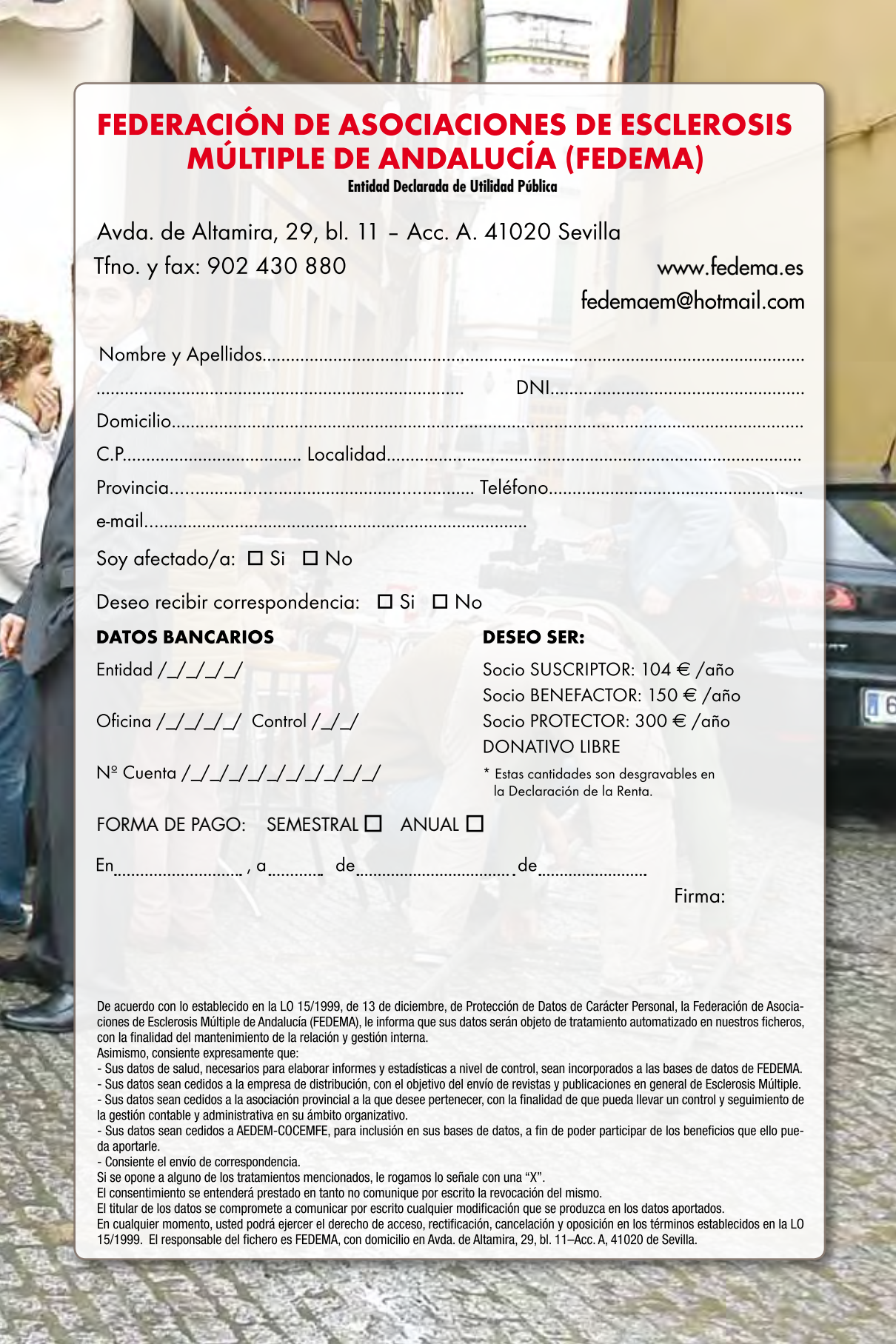
DELEGACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE EM DE MARBELLA

Calle del Senado s/n. Centro Cultural "Entre-Todos"
29680 Estepona (Málaga)
Tfno.: 952 859 672 / móvil: 627 025 490

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE EM

Avda. de Altamira, 29 – Blq. 11 – Acc. A. 41020 Sevilla
Tlf. / Fax: 954 513 999 / 954 523 811
e-mail: esclerosismultiple@hotmail.com
web: www.emsevilla.es
Presidenta: Águeda Alonso Sánchez.

Todos
necesitamos
de todos
Asóciate



FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ANDALUCÍA (FEDEMA)

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29, bl. 11 – Acc. A. 41020 Sevilla

Tfno. y fax: 902 430 880

www.fedema.es

fedemaem@hotmail.com

Nombre y Apellidos.....

..... DNI.....

Domicilio.....

C.P..... Localidad.....

Provincia..... Teléfono.....

e-mail.....

Soy afectado/a: ☐ Si ☐ No

Deseo recibir correspondencia: ☐ Si ☐ No

DATOS BANCARIOS

Entidad /_/_/_/_/

Oficina /_/_/_/_/ Control /_/_/

Nº Cuenta /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

DESEO SER:

Socio SUSCRIPTOR: 104 € /año

Socio BENEFACTOR: 150 € /año

Socio PROTECTOR: 300 € /año

DONATIVO LIBRE

* Estas cantidades son desgravables en la Declaración de la Renta.

FORMA DE PAGO: SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐

En....., a..... de.....de.....

Firma:

De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía (FEDEMA), le informa que sus datos serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad del mantenimiento de la relación y gestión interna.

Asimismo, consiente expresamente que:

- Sus datos de salud, necesarios para elaborar informes y estadísticas a nivel de control, sean incorporados a las bases de datos de FEDEMA.
- Sus datos sean cedidos a la empresa de distribución, con el objetivo del envío de revistas y publicaciones en general de Esclerosis Múltiple.
- Sus datos sean cedidos a la asociación provincial a la que desee pertenecer, con la finalidad de que pueda llevar un control y seguimiento de la gestión contable y administrativa en su ámbito organizativo.
- Sus datos sean cedidos a AEDEM-COCEMFE, para inclusión en sus bases de datos, a fin de poder participar de los beneficios que ello pueda aportarle.
- Consiente el envío de correspondencia.

Si se opone a alguno de los tratamientos mencionados, le rogamos lo señale con una "X".

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

En cualquier momento, usted podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la LO 15/1999. El responsable del fichero es FEDEMA, con domicilio en Avda. de Altamira, 29, bl. 11–Acc. A, 41020 de Sevilla.

FEDEMA

Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

www.fedema.es

Subvencionado por:

JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Con la colaboración de:

MERCK

Merck Serono
Living science, transforming lives