



REVISTA DIGITAL

Educando en movimiento

Tomo N° 1



www.colinafisio.com

TABLA DE CONTENIDOS



LO QUE DEBES SABER SOBRE TU ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

PAG. 4



COMPOSICIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA: SU IMPACTO EN LA SALUD Y EL RENDIMIENTO DEPORTIVO

PAG. 11



PERFIL DEL DESARROLLO MOTOR EN EL BEBÉ

PAG. 16



MELATONINA: BENEFICIOS EN EL TEJIDO ADIPOSO Y EL TEJIDO MUSCULAR

PAG. 22



EL ALIVIO DEL DOLOR CRÓNICO APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA Y EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

PAG. 30



SUELO PELVICO E INCONTINENCIA DE ORINA

PAG. 42



Ivana Radakobich
Dra. Odontología



Federico Lercari
Lic. Nutrición



Germán Colina
Lic. Fisioterapia



Madgdalena Otazú
Dra. Endocrinología



Paola Franco
Lic. Psicología



Antonella Bregante
Lic. Fisioterapia

LO QUE DEBES SABER SOBRE TU ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR



Ivana Radakobich
Dra. Odontología

- Doctorado en Odontología con abordaje especializado en pacientes con enfermedades neurodegenerativas
- Higienista en Odontología
- Asistente en Odontología



[@dra.ivanaradakobich](https://www.instagram.com/dra.ivanaradakobich)



¿Alguna vez te has preguntado cómo funciona esa increíble maquinaria que te permite disfrutar de tus comidas y expresar alegrías con tu mejor sonrisa?

La respuesta se encuentra en la **articulación**

temporomandibular

(ATM), un pequeño pero muy poderoso grupo de huesos y músculos que desempeñan un papel que es clave en nuestra vida cotidiana.



La ATM esta situada justo delante de tus oídos, y es

la que te permite masticar, hablar, gesticular y expresar tus emociones.

Pero, **¿Qué pasa cuando no va bien?**



En esta instancia te quiero contar acerca del funcionamiento de la ATM, y los problemas relacionados al mal funcionamiento, y cómo prevenirlos para asegurarte una sonrisa saludable y libre de alteraciones dolorosas.

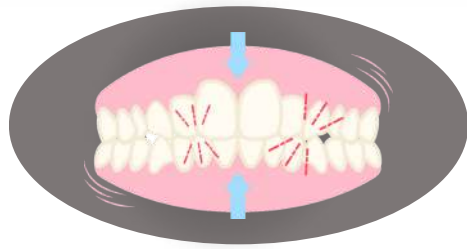
Anatómicamente la ATM se compone de huesos, músculos y un sistema de

ligamentos que trabajan en conjunto para permitir movimientos tan simples pero vitales como el abrir y cerrar la boca, lateralizarla, y llevarla hacia adelante o hacia atrás. Estos movimientos se ven limitados cuando uno de sus componentes fallan generando una afección en la articulación que puede ser muy dolorosa e incluso puede afectar otras áreas circundantes como ser la cabeza y el cuello.

Las afecciones más comunes de la ATM son:

- bruxismo
- clics
- chasquidos
- dolor
- artritis

El bruxismo es conocido como rechinar o frotar los dientes.



Es un fenómeno que se puede dar tanto en la noche como en el día, se genera de forma inconsciente e involuntaria y al pasar por desapercibido deja su marca al tiempo en la ATM.

El estrés, la ansiedad, la toma de determinados medicamentos, fumar, y el consumir drogas ilícitas son algunos de los desencadenantes de este hábito involuntario.



El dolor mandibular al despertar, la sensibilidad dentaria inexplicada, los dolores de cabeza frecuentes, los ruidos mandibulares nocturnos, los desgastes de los dientes, la contractura cervical, la tensión en la cara o dolor en los oídos, las mejillas o lengua mordida, el dolor dentario matutino, son algunos de los tantos síntomas de estar atravesando episodios de bruxismo.

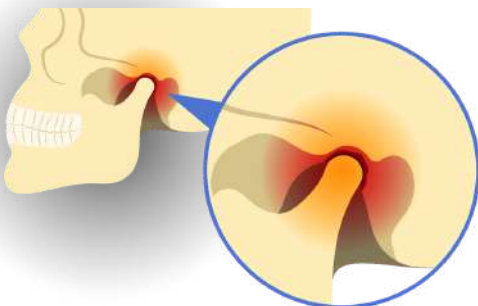
De estar padeciendo cualquiera de ellos, te aconsejo concurrir a tu

odontólogo de confianza para que el profesional evalúe tu situación y te pueda brindar orientación específica.

Otra de las afecciones de la ATM pueden ser los **“Clics mandibulares”** los cuales son sonidos audibles que a veces ocurren al abrir o al cerrar la boca debido a la dislocación temporal de una de las partes del disco articular que es una de las partes anatómicas más importantes de la ATM. Aunque los clics pueden ser normales y no necesariamente indicar un problema grave, es recomendable consultar a un profesional de la salud en el caso de que estén acompañados de dolor o

si acompañan algún otro síntoma como los que anteriormente mencione con respecto al bruxismo.

Otra de las alteraciones son **los chasquidos y el dolor de la ATM** implican problemas a nivel de ésta y de los músculos circundantes los cuales pueden incluir dificultad para abrir o cerrar la boca, dolor de cabeza, sensación de traba o bloqueo de la mandíbula y dolor al masticar. Además el paciente puede relatar dolor de oído e incluso hasta zumbidos.



Las causas pueden ser variadas, desde tensiones musculares hasta problemas estructurales de la articulación.

Por otro lado, también esta **la artritis de la ATM** es una condición en la cual la inflamación afecta a la articulación propiamente dicha y a los tejidos circundantes.

Puede causar dolor de cara, de oído, de cabeza hasta incluso a veces dolor de cuello ya que el dolor puede irradiarse hacia áreas cercanas como el oído y la cabeza. Otro síntoma es la inflamación localizada en la zona delante del oído, limitación del movimiento mandibular, dolor cervical,

clics o chasquidos al mover la mandíbula debido a la inflamación, entre otros.

Es importante destacar que para cualquiera de las afecciones anteriormente mencionadas, los síntomas pueden variar según la intensidad y pueden empeorar o mejorar con el tiempo.

En lo personal, considero que tanto **la atención temprana como el tratamiento multidisciplinario** combinando la odontología con ayuda de tratamientos fisioterapéuticos permiten un manejo mas completo y personalizado de las afecciones de la ATM, **abordando tanto los aspectos dentales como los musculares y articulares obteniendo así resultados mas efectivos.**

COMPOSICIÓN CORPORAL Y ANTROPOMETRÍA: SU IMPACTO EN LA SALUD Y EL RENDIMIENTO DEPORTIVO



Federico Lercari

Lic. Nutrición

- Especializado en nutrición para la recomposición corporal, hipertrofia, pérdida de grasa y performance deportiva.
- Abordaje basado en comportamiento alimentario.



[@fedelercari](https://www.instagram.com/fedelercari)



Tradicionalmente, la evaluación de la composición corporal se ha basado en criterios como:

- peso
- talla
- índice de masa corporal (IMC)

Sin embargo, estas medidas son limitadas en su capacidad para reflejar la individualidad de cada persona.



Por ejemplo, el IMC puede clasificar erróneamente como sobrepeso u obesidad a individuos

con niveles de masa muscular superiores a la media.

En este sentido, la consideración de otros elementos como la masa muscular, ósea y adiposa se vuelve crucial para una evaluación más precisa y personalizada.

La antropometría emerge como una herramienta invaluable en este contexto. Este enfoque implica el estudio de diversas mediciones corporales, como peso, talla, pliegues cutáneos, circunferencias, etc. y uno de sus propósitos es predecir la composición corporal mediante ecuaciones específicas (Stewart, 2010).

Esto permite una evaluación más detallada y una posterior intervención adaptada a las necesidades de cada individuo.



Algunas medidas antropométricas, como la circunferencia de cintura, que se relaciona directamente con el nivel de adiposidad principalmente visceral

en el torso y abdomen, están vinculadas con un mayor riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares, (Bjorntorp, 1997; Valsamakis et al., 2004; Pajunen et al., 2013).

En el ámbito deportivo, la composición corporal desempeña un papel fundamental en el rendimiento. Si bien se suele enfocar en la grasa corporal, otros componentes de la masa magra, como la masa muscular y ósea, también influyen en la capacidad atlética. Diferentes disciplinas deportivas favorecen ciertas características

corporales; por ejemplo, la natación puede beneficiarse de cierto grado de adiposidad para mejorar la flotabilidad y aislamiento contra la pérdida de calor, mientras que deportes de contacto como el rugby valoran una mayor masa muscular (Ackland et al., 2012).

Además, la estructura ósea de cada individuo influye en la selección y desempeño deportivo, siendo determinante en disciplinas como el baloncesto o las carreras de caballos. Si bien esta estructura es inalterable, la composición corporal puede modificarse mediante entrenamiento

y alimentación adecuados a lo largo del tiempo, lo que resalta la importancia del monitoreo regular de estos cambios, especialmente en deportistas (Stewart et al., 2011, 2018).

Este seguimiento cobra especial relevancia en deportes con restricciones de peso o en aquellos donde la estética juega un papel crucial, como el levantamiento de pesas olímpico, artes marciales, o el fisicoculturismo.

Las estrategias utilizadas para alcanzar ciertos estándares de peso pueden conllevar riesgos para la salud y el bienestar de los

deportistas, lo que subraya la importancia de la evaluación y el manejo de la composición corporal y de las estrategias utilizadas para evitar

realizar cortes de peso demasiado bruscos que puedan llevar a deshidratación extrema y catabolismo muscular y también desórdenes alimenticios.

En conclusión, podemos decir que **la antropometría ofrece una visión integral de la composición corporal, permitiendo una evaluación más precisa y personalizada** tanto en el ámbito de la salud como en el deporte.

Entender la interacción entre los diferentes componentes corporales no solo **es fundamental para optimizar el rendimiento atlético, sino también para promover la salud y el bienestar a largo plazo.**

Referencias bibliográficas:

Stewart A. and Ackland, T. 2018. *Anthropometry in physical performance and health*. In Lukaski, H.C. (ed.) *Body composition: health and performance in exercise and sport*. Boca Raton: CRC Press, chapter 6, pages 89-108.

Bjorntorp, P. 1997. *Body fat distribution, insulin resistance, and metabolic diseases*. *Nutrition*, 13:975-803.

Ackland, T. R., T. G. Lohman, J. Sundgot-Borgen, et al. 2012. *Current status of body composition assessment in sport*. *Sports Med*. 42:227-249.

Pajunen, P., M. Heliövaara, H. Rissanen, A. Reunanen, M. A. Laaksonen and P. Knekt. 2013.

Sagittal abdominal diameter as a new predictor of incident diabetes. *Diabetes Care*, 36:283-288.

Valsamakis, G., R. Chetty, A. Anwar, A. K. Banerjee, A. Barnett and S. Kumar. 2004.

Association of simple anthropometric measures of obesity with visceral fat and the metabolic syndrome. *Diabet. Med*. 21:1339-1448.

PERFIL DE DESARROLLO MOTOR EN EL BEBÉ



Germán Colina

Lic. Fisioterapia

- Especializado en alteraciones musculoesqueléticas.
- Enfocado en rehabilitación y prevención de lesiones en artes marciales.



[@colinafisio](https://www.instagram.com/colinafisio)



colinafisio.com

El perfil de desarrollo motor en el bebé, o como se conoce formalmente en inglés Infant Motor Profile (IMP), estudia el desarrollo psicomotriz entre los 3 y 18 meses de vida.

Analiza el desenvolvimiento en las etapas claves del crecimiento mediante un sistema estandarizado con 80 ítems a tener en cuenta.

Esto permite a los fisioterapeutas poder detectar anomalías de carácter neurológico mediante la lectura del movimiento, como también ante la detección de determinados déficits de control psicomotriz y

la relación con el entorno para poder marcar un procedimiento terapéutico para entrenar y acercar al bebé a la normalidad.

SISTEMA

La sistematización de la evaluación cuenta con altos niveles de sensibilidad y especificidad. **Para el lector que no tenga una formación específica, esto significa que es eficiente en medir lo que pretende medir.**

En la fisioterapia, la educación física, la medicina u otras profesiones, existen diferentes pruebas, las mismas tienen un

“puntaje” mayor en la calidad para obtener los datos si su sensibilidad y especificidad son altos, su validez como sistema de medición es confiable.

Los registros del IMP nos brindan un sistema válido para obtener información de utilidad para un abordaje terapéutico pudiendo revalorizar en cualquier momento del tratamiento para analizar la evolución clínica.

MOVIMIENTO Y POSICIÓN

El análisis de este sistema engloba las principales posiciones y movimientos del bebé: Decúbito supino (boca arriba), decúbito prono (boca abajo),

en sedestación (sentado) y en bipedestación (de pie).

Movimientos de agarre, tracción, manipulación de objetos, rolado (rodar sobre su propio cuerpo), control cefálico (control de la cabeza y el cuello), gateo y marcha.



DOMINIOS MOTORES

Para cada posición y movimiento se toman en cuenta 5 dominios motores para dictaminar un puntaje. Son las principales directrices a tratar para luego del procesamiento de datos poder dar un puntaje en el total de los 80 ítems que este sistema evalúa: variación, adaptación, simetría, fluidez y desempeño.

Variación (25 ítems):

este dominio evalúa el tamaño del repertorio motor. El repertorio consiste en todas las combinaciones de movimientos posibles en las diversas articulaciones

que participan en los mismos. Esto significa que a la hora de moverse el bebé si tiene una mejor performance en cuanto a su variación, dispondrá de una gran cantidad de posibilidades para ejecutar una misma acción ajustando cada articulación de su cuerpo. Por ejemplo, podrá alcanzar un objeto jugando con diferentes ángulos entre el hombro, el codo, la muñeca y la mano.

Adaptabilidad (15 ítems):

evalúa la habilidad de seleccionar estrategias motoras dentro del repertorio. Conectando con el dominio anterior de variación, una buena adaptabilidad tiene

en cuenta la capacidad del bebé para dentro del repertorio de movimientos posibles elija el más adecuado para resolver una situación.

Simetría (10 ítems): analiza la presencia de asimetrías en el comportamiento motor. Tiene en cuenta los movimientos esenciales y analiza la capacidad y la calidad con lo que se desenvuelve de ambos lados. Por ejemplo, puede tener mayor facilidad para rodar con el cuerpo hacia un lado o hacia el otro.

Fluidez (7 ítems): estudia la fluidez del movimiento y la presencia de temblores.

Este dominio motor tiene un mayor puntaje si los movimientos son más coordinados, determinados y óptimos.

Desempeño: (23 ítems): no tiene en cuenta la calidad del movimiento sino puntualmente los logros del bebé.

PROYECCIÓN EN LA VIDA ADULTA

Mediante el análisis a largo plazo del IMP se han detectado relaciones en función del puntaje obtenido con el rendimiento y la conducta escolar, teniendo una tendencia a un mejor desenvolvimiento aquellos bebés que lograron una mejor

performance psicomotriz.

El óptimo desarrollo de los principales patrones de movimiento entre los 3 y los 18 meses puede favorecer el desenvolvimiento del individuo no sólo desde el punto de vista del aparato locomotor, sino también del desarrollo del sistema nervioso, por su gran influencia neurológica en la neuroplasticidad.

Sirve como base para muchos conceptos y metodologías de abordaje terapéutico que no solo se limita a trabajar en el bebé, sino que también es la base para el desarrollo de técnicas en el adulto.



El concepto de **Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP)** usa las características desarrolladas entre esos meses del bebé para entender activaciones reflejas del cuerpo en los patrones primarios de movimiento que pueden ser de utilidad para resolver alteraciones neurológicas, respiratorias y musculoesqueléticas.

MELATONINA: BENEFICIOS EN EL TEJIDO ADIPOSO Y EL TEJIDO MUSCULAR



Magdalena Otazú

Dra. Endocrinología

- Asistente en Clínica de Endocrinología y Metabolismo (G2)



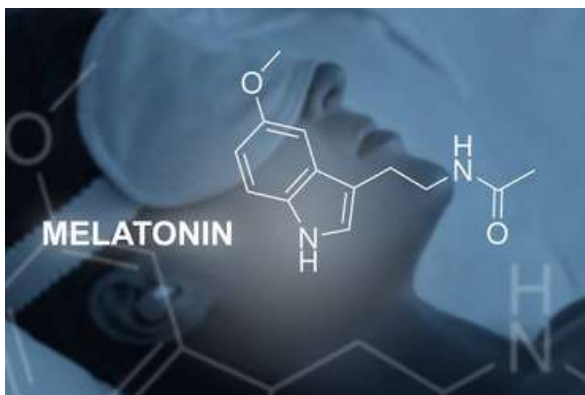
[@endocrinologa.m.otazu](https://www.instagram.com/endocrinologa.m.otazu)



dramagdalenootazu.com

¿QUÉ ES LA MELATONINA?

Es una hormona que se produce principalmente en la glándula pineal, ubicada en el cerebro.



Los niveles plasmáticos dependen del ciclo sueño-vigilia, son más altos por la noche y más bajos durante el día.

El pico máximo se alcanza entre medianoche y las 2-3 de la madrugada, lo que coincide con el valor mínimo de la temperatura corporal.

La producción pineal y los niveles plasmáticos de melatonina se reducen progresivamente con el envejecimiento, lo que sugiere un papel crucial en el proceso de envejecimiento y las enfermedades relacionadas con la edad.

La melatonina tiene muchas acciones biológicas, incluidos efectos antioxidantes, antiinflamatorios y antitumorales. Dentro de los antioxidantes no enzimáticos, la melatonina apareció de forma muy temprana en la evolución, habiéndose encontrado en bacterias, organismos unicelulares eucariotas, algas, plantas,

hongos, invertebrados y vertebrados. También está presente en altas concentraciones en alimentos como huevos, lácteos, legumbres, frutos secos y frutas.

Por otro lado, además del conocido papel de esta hormona en la regulación del sueño y el ciclo circadiano, ha sido objeto de investigación en relación con sus posibles beneficios en el tejido adiposo y muscular.

¿QUÉ SABEMOS DEL TEJIDO ADIPOSO?

Fue considerado inicialmente como un sistema de depósito y almacenamiento de energía, pero en la

actualidad, es claro que tiene funciones metabólicas, es claro que tiene funciones metabólicas, termogénicas e inmunológicas que contribuyen en la homeostasis metabólica, y que en caso de disfunción se expresa como enfermedad.

La obesidad se caracteriza por la expansión anormal del tejido adiposo y es responsable de una inflamación sistémica.

El almacenamiento excesivo de grasa convierte al tejido adiposo en un tejido disfuncional que se relaciona con el desarrollo de

enfermedades cardiovasculares, metabólicas, respiratorias, mecánicas, psicológicas, y diversos tipos de cáncer, lo que incrementa el riesgo de mortalidad.

El tejido adiposo está formado por adipocitos blancos que acumulan lípidos, y adipocitos termogénicos de tipo marrón y beige que oxidan ácidos grasos y glucosa para generar energía. En individuos con obesidad, la hipertrofia de adipocitos blancos es una de las responsable de las alteraciones metabólicas que conllevan a una inflamación crónica.

En contraste, el tejido adiposo marrón y beige, tiene como principal función la termogénesis, por lo que su presencia se relaciona con un fenotipo saludable en adultos, sin embargo, es inversamente proporcional a la edad e índice de masa corporal.

La melatonina influye en el metabolismo de las células adiposas, afecta la lipogénesis (producción de grasa) y la lipólisis (degradación de la grasa). Se ha sugerido que puede tener un papel en la prevención de la obesidad al regular el equilibrio energético, y ser un importante inductor para la adipogénesis beige.

Un estudio publicado en 2013, observó que a ratas a las que se les daba melatonina como suplemento en la dieta, incrementan su temperatura corporal, incrementándose el gasto energético.

Esto era debido a la acción de la melatonina en el tejido adiposo, transformación de células del tejido adiposo blanco a células del tejido adiposo marrón y beige.

TEJIDO MUSCULAR Y EJERCICIO FÍSICO

La melatonina actúa como un potente antioxidante, lo que puede ser beneficioso para el

tejido muscular al protegerlo contra el estrés oxidativo.

Esto es relevante durante el ejercicio físico, ya que existe un aumento en la producción de radicales libres.



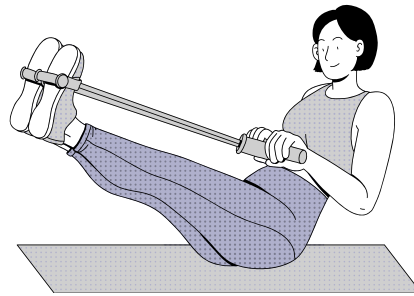
Existe evidencia que respalda los efectos beneficiosos de la melatonina sobre la función del músculo esquelético en lesiones

traumáticas agudas o enfermedades metabólicas, la hormona restaura la regeneración muscular o previene la disfunción mitocondrial.

Para intentar reducir el estrés oxidativo se ha propuesto la administración exógena de antioxidantes.

En este caso, la melatonina presenta múltiples propiedades beneficiosas y carece de efectos nocivos relevantes. Tiene una potente actividad antioxidante y antiinflamatoria, por lo que su administración podría disminuir el estrés oxidativo, mejorar el rendimiento deportivo

y favorecer la recuperación precoz de lesiones musculares.



El ejercicio físico realizado de manera puntual o en programas de entrenamiento, produce variaciones en los niveles plasmáticos de melatonina y en su ritmo de secreción.

Durante el ejercicio aumenta la actividad del sistema nervioso simpático y, por tanto, la secreción de catecolaminas, quienes regulan la síntesis de melatonina en la glándula pineal.

Se ha descrito un aumento breve y transitorio de los niveles plasmáticos de la hormona inmediatamente después del ejercicio, regresando a niveles pre ejercicio al cabo de 30-60 minutos. Este aumento podría ayudar a controlar el estrés oxidativo generado.

Por otro lado, algunos autores sugieren que la melatonina podría tener efectos en la regulación del crecimiento muscular, posiblemente a través de la modulación de la síntesis de proteínas musculares.

Finalmente, es importante destacar que la investigación sobre los efectos específicos de la melatonina en estos tejidos aún está en desarrollo, y se necesitan más estudios para comprender completamente los mecanismos involucrados.

Además, la respuesta puede variar entre individuos y puede depender de factores como la dosis de melatonina, la hora de administración y las características individuales de cada persona.

Referencias bibliográficas:

1. *García J, Marín A, Capón E, et al. Función protectora de la melatonina durante el ejercicio físico. Investig. e interv. en salud. Revisión sobre los nuevos retos. 2022;277–88.*
2. *Mankhong S, Kim S, Moon S, et al. Melatonin and Exercise Counteract Sarcopenic Obesity through Preservation of Satellite Cell Function. Int J Mol Sci. 2023;24(7).*
3. *Hsu LW, Chien YW. Effects of Melatonin Supplementation on Lipid Metabolism and Body Fat Accumulation in Ovariectomized Rats. Nutrients. 2023;15(12).*
4. *Gitti SA, Khalaf RZ, Alrubaie A. The Effect of Melatonin on Body Weight and the Potential use of Melatonin as an Anti-Obesity Agent. Al-Kindy Coll Med J. 2023;19(2):26–32.*
5. *Agil Abdalla MA. Uso de un agonista de melatonina para inducir adipocitos beige en el tejido adiposo blanco [Internet]. 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10481/66288>.*

EL ALIVIO DEL DOLOR CRÓNICO

APORTES DESDE LA PSICOLOGÍA Y EL MODELO BIOPSICOSOCIAL



Paola Franco

Lic. Psicología

- Terapeuta EMDR - Terapia neurocientífica orientada al reprocesamiento y desensibilización del trauma



[@psicologapaolafranco](https://www.instagram.com/psicologapaolafranco)



INTRODUCCIÓN

Este artículo busca generar un acercamiento a la temática del dolor crónico desde la óptica de la psicología, reflexionando sobre los ejes biopsicosociales que lo atraviesan y cómo puede contribuir, la psicoterapia, en la búsqueda del alivio. Entendiendo que la psicología es una disciplina que puede aportar al estudio del dolor, este artículo se orienta a visibilizar este padecimiento y a reflexionar sobre las variables psicológicas que interactúan, y así poder integrarlas en el desafío de brindar una atención global que permita pensar estrategias de cuidado y reparación con resultados alentadores.

Palabras claves: dolor crónico; modelo biopsicosocial; psicoterapia.

DEFINIENDO EL DOLOR CRÓNICO

El dolor se define, de acuerdo a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), como *«una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial,*

o que se describe en términos de ese daño» (1994).

A la hora de estudiarlo nos encontramos con una clasificación que delimita dos tipos de dolor: el dolor crónico y el dolor agudo. La diferenciación se basa en la duración de cada uno; el dolor agudo

cesa cuando recibe tratamiento y la persona retoma su actividad habitual mientras que el dolor crónico perdura por tres meses o más, en muchas ocasiones sin causa conocida, dificultando poder encontrar un tratamiento que brinde resultados de reparación y alivio (Abreu, et. al. 2019). Cuando nos encontramos con un dolor de tipo crónico, la definición propuesta inicialmente se vuelve ineficiente, ese dolor pasa a configurar la experiencia de vida de la persona traspasando los aspectos biológicos.

En estas situaciones, el dolor «es siempre un estado psicológico» (IASP, 1994)

aún cuando la causa del dolor sea claramente una alteración física, no solo se verá afectada la percepción corporal de la persona en relación al dolor sino también su cotidianeidad, estado de ánimo, hábitos, vínculos, recreación, capacidad creativa, sexualidad, es decir, altera la relación que la persona tiene consigo misma y con el mundo que la rodea.

Esto repercute directamente en la autopercepción que la persona tiene de sí, afectando su autoestima, su autoconfianza, y generando dolencias psicológicas adyacentes como depresión y ansiedad.

En este punto es importante hacer una nueva clasificación que cala dentro del dolor crónico, esta es: el dolor crónico primario y el dolor crónico secundario (Margarit, 2009, p. 209). Margarit (2009) explica que **el dolor crónico primario es aquel tipo de dolor que se siente en el cuerpo, como por ejemplo un fuerte y persistente dolor en la columna que no presenta daño tisular.**

Se investigan las causas biológicas y no se encuentran. En este caso, el dolor se configura como una dolencia en sí misma, donde el estrés emocional tiene un papel central.

Este es uno de los dolores más difíciles de diagnosticar ya que la persona puede quedar captada en el sistema médico en busca de una causa física que nunca aparece.

Además, el dolor crónico primario acarrea una gran dificultad de validación, muchas veces no se entiende de dónde viene por lo que tampoco se entiende por qué duele, ni si realmente duele o es un invento.

Esto hace que la persona —además de transitar el dolor— sea víctima de diferentes tipos de violencia, aumentando su desesperación, desesperanza

y sentimiento de soledad.

Por otro lado, **el dolor crónico secundario es aquel dolor que aparece a partir de una enfermedad subyacente, como por ejemplo, patologías en la columna, cáncer, enfermedad de Crohn, entre otros padecimientos.**

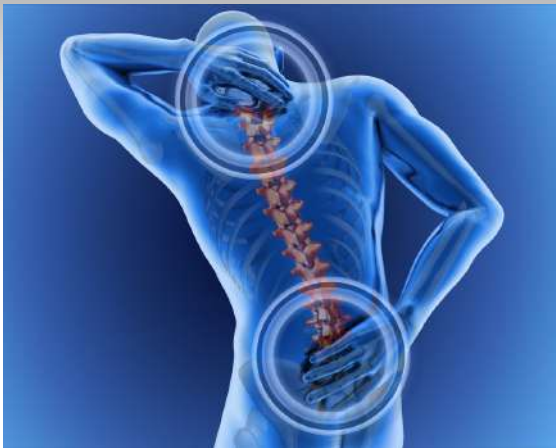
Es importante decir que la visibilidad de la causa y el efectivo diagnóstico no mitigan las dificultades de abordaje, acceso al tratamiento, reparación de la dolencia y alivio del dolor.

Lo planteado conduce a reflexionar que el tratamiento del dolor ya no podrá ser solamente desde una perspectiva

médica y biológica, sino desde una intervención interdisciplinaria que permita articular saberes de diversa índole para dar cuenta de las diferentes variables que componen al dolor crónico, y poder generar una atmósfera de contención para la persona que lo padece.

EJES BIOPSIICOSOCIALES QUE ATRAVIESAN AL DOLOR CRÓNICO

El modelo biopsicosocial reconoce la importancia de abordar el dolor crónico desde una mirada multifactorial que habilite el diálogo y la colaboración entre distintas disciplinas, para lograr resultados con mayor éxito.



Este enfoque entiende que en la causa, exacerbación y mantenimiento del dolor pueden estar implicadas las variables biológicas, emocionales, cognitivas y socioculturales del mundo de la persona que padece de dolor crónico (Gallach-Solano, E. et. al., 2022).

Siguiendo la línea de pensamiento de Souza (2023) se puede reflexionar acerca de los componentes subjetivos de diversa índole que

inciden en la experiencia del dolor, como por ejemplo: lo que una sociedad piensa del dolor, las herramientas que una sociedad y época dispone para abordar el dolor (hospitales, universidades, grupos transdisciplinarios, artistas), las redes de apoyo que tiene la persona en su tránsito con esta dolencia y, en esta línea, cómo es mirada, cuidada, apoyada o no. Todo esto que se visibiliza del lado de afuera del cuerpo ingresa a lo psicológico, constituyendo una interioridad en la persona, quien construye narrativas y analiza perspectivas a futuro en relación a lo que recibe

del mundo que la rodea.

Esto lleva a comprender que el dolor no está determinado únicamente por la experiencia nociceptiva (el dolor sentido en el cuerpo), sino que participa una interpretación neurocognitiva recibida por los nociceptores (Truyols, M. et. al., 2008). Esto quiere decir que el dolor que la persona siente no solo va a tener que ver con lo biológico, sino con los diferentes pensamientos y emociones que se experimentan en el curso del padecimiento. Así mismo, la narrativa interna que tiene la persona sobre su dolor,

va a estar además permeada de sus componentes psicológicos, por ejemplo, autoestima, autoconfianza, capacidad de regulación emocional, subyacencia de depresión o ansiedad.

Todo lo nombrado incidirá en cómo la persona va a sentirse, cómo va a relacionarse con el dolor crónico y cómo va a accionar en su búsqueda de alivio. Un abordaje con perspectiva biopsicosocial es capaz de desarrollar estrategias de intervención específicas y personalizadas que permitan atender la

singularidad del padecimiento de cada persona, así como los componentes subjetivos que la circundan.

Tomar conciencia de esto ayuda a comprender que, mucho de lo que pensamos o creemos es parte de un gran discurso colectivo que necesita ser deconstruido para visibilizar nuevas perspectivas, aggiornadas con los actuales avances científicos de las disciplinas de nuestra época.

Un abordaje global es capaz de desarrollar estrategias de intervención específicas y personalizadas que

permitan atender la singularidad del padecimiento.

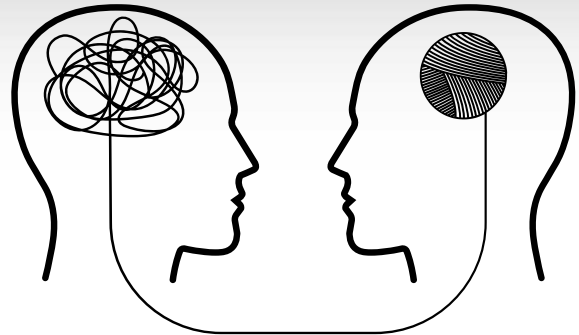
APORTES DE LA PSICOTERAPIA EN LA BÚSQUEDA DEL ALIVIO

Con lo explicado hasta aquí sobre la comprensión del dolor crónico se puede visualizar que es necesario un abordaje psicoterapéutico, para brindarle a la persona con dolor contención, acompañamiento y tratamiento profesional especializado.



ESTO PERMITIRÁ:

- Atender los aspectos psicológicos vulnerados por la carga que implica vivir con este padecimiento.
- Colaborar para que la persona pueda afrontar este desafío de una manera más adaptativa, aprendiendo a manejar el impacto del diagnóstico y del dolor en su vida.
- Generar un proceso psico-educativo orientado a regular las emociones resultantes y las creencias limitantes que obstaculizan el tratamiento.
- Brindar sostén y tratamiento en la adyacencia de ansiedad y depresión.
- Integrar los aportes de las intervenciones de colegas de otras disciplinas para que el tratamiento en clave interdisciplinar (médico, fisioterapéutico, holístico) pueda ser sostenido en el tiempo.



- Acompañar a la persona en su proceso de reinserción social de ser necesario (ej: cuando dejan de trabajar o salir con amigos a causa del dolor).
- Trabajar con el entorno familiar para colaborar en la comprensión del dolor.
- Trabajar con herramientas corporales que permitan aliviar el dolor sentido, tales como EMDR (modelo de desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares); Focusing Therapy (terapia de integración de la sensación sentida); y la TMC (Tecnología Musical Cuántica), terapia del trabajo con la memoria del dolor y relajación del sistema nervioso.

Todo esto podrá contribuir a alcanzar resultados más exitosos.

CONCLUSIÓN

Todo lo planteado nos permite ver un panorama que requiere un gran trabajo de visibilización de la problemática del dolor crónico, para poder entenderlo y tratarlo desde la mirada biopsicosocial, la cual ofrece un lugar distinto y abre caminos para la incorporación de otras herramientas y abordajes, que contribuyen a construir un horizonte más esperanzador donde la psicoterapia juega un papel fundamental.

Referencias bibliográficas

Abreu, M. et, al. (2019). *Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. Revista Médica del Uruguay. Vol 35. N 1.* de Souza, A. (2023). *Salud Mental y Dolor Crónico. Congreso Latinoamericano de Teoría Social; Eje: Salud, políticas de la vida y sociedad. Recuperado de <http://diferencias.com.ar/congreso/ICLTS2015/wp/index.php/eje-salud-politicas-de-la-vida-y-sociedad/>*

Gallach-Solano, E. et. al. (2022). *La naturaleza biopsicosocial del dolor crónico de suelo pélvico: una revisión narrativa. Rev Soc Esp Dolor. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462022000300006*

International Association for the Study of Pain. (1994). *Task Force on Taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Merskey H, ed.*
Margarit, C. (2009). *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Rev. Soc. Española del Dolor. (5 de Marzo, 2021).*
Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v26n4/1134-8046-dolor-26-04-00209.pdf>

Truyols, M. et. al. (2008). *Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Revista Clínica y Salud vol. 19 no.3 Madrid ene./dic. 2008. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300003*

SUELO PELVICO E INCONTINENCIA DE ORINA



Antonella Bregante

Lic. Fisioterapia

- Especialización en "Fisioterapia Uroproctoginecologica" (Suelo pélvico)
- Mgtr. en Técnicas Osteopáticas
- Entrenadora



[@fisioterapiaantonellabregante](https://www.instagram.com/fisioterapiaantonellabregante)



INTRODUCCIÓN

La Fisioterapia Uroproctoginecológica o de Suelo Pélvico se enfoca en la prevención y recuperación de diversas disfunciones o patologías que involucran la esfera lumbo pélvica, refiriéndonos con esto al sistema musculoesquelético y su funcionamiento tanto en mujeres como en hombres.

Algunos ejemplos son:

- Dolor pélvico
- Incontinencia urinaria
- Vejigas hiperactivas
- Incontinencia fecal y/o de gases
- Constipación y la función intestinal
- Problemas en el vaciado vesical (vejiga)
- Prolapsos de órganos pélvicos
- Dolor durante las relaciones sexuales (vulvodinia, vaginismo, disparemia)
- Preparación parto y postparto
- Diástasis abdominal, abordaje pre y posquirúrgicos (Por ejemplo: cirugías pélvicas como las histerectomías, fibromas, endometriosis, transgénero, entre otras)
- Todo lo relacionado a la postura, movilidad, fuerza y estabilidad de la columna.

Cuando se nos acerca un paciente a consultar, debemos entenderlo como un ser humano completo, el cual, además del motivo de consulta específico, trae miedos, vergüenza, tabúes, tristezas y/o dificultades para desempeñarse en la vida diaria y social producto de su inconveniente.

Por esta razón, desarrollaremos una conversación empática y cercana para identificar si el tratamiento requiere de un abordaje integral, y en tal caso, trabajar en conjunto a otros colegas profesionales que brinden su conocimiento para el proceso de recuperación integral.

En ciertos casos, o etapas es sumamente necesario la colaboración paralela de Psicólogos, Sexólogos y el abordaje médico de obstetras, ginecólogos, proctólogos, urólogos o traumatólogos, entre otros.

Existen diferentes etapas en la vida de una persona (refiriéndonos a la edad) que requieren de su atención específica en cuanto la prevención o el trabajo del suelo pélvico y sus necesidades funcionales.

En el caso de la mujer, nos referimos a los cambios hormonales y corporales que ocurren después de la menarca, en la adultez

(en el caso de embarazo, subidas o bajadas de peso abruptas, u otras situaciones) y post menopausia. En este último, es importante conocer los cambios considerados normales y esperables respecto a lo anatómico y fisiológico para detectar otras circunstancias que **es importante no normalizar por más comunes y frecuentes que sean.**

Es el caso frecuente de las pérdidas de orina de pequeñas gotas o chorros durante un esfuerzo físico cualquiera, al ejercitarse, saltar, toser, reírse o cuando se está al límite de la continencia y no llegar al baño.



También, instruir sobre conductas y hábitos adquiridos que podemos modificar que contribuirían directamente en la mejoría de estas disfunciones como el hábito de fumar (y la tos crónica consecuente), la ingesta de agua, y la forma en cómo nos movemos para gestionar adecuadamente las fuerzas y presiones abdominopélvicas.

Además, destacar que es posible la recuperación de la continencia mediante entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y no normalizar la utilización constante y para siempre de protectores o toallitas íntimas para la pérdida de orina.

Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la incontinencia de orina es la percepción de una pérdida involuntaria de orina.

- La Incontinencia de orina de esfuerzo (IUE) es la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina por movimiento o

esfuerzo físico. Se relaciona a incorrecto manejo de fuerzas y presiones abdominopélvicas.

- La incontinencia de orina de urgencia (IOU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional o deseo intenso de orinar que no puede ser controlado con facilidad y se siente estar al límite de la continencia.
- La incontinencia de orina mixta (la presencia de las dos formas).

Esto genera muchos problemas en la calidad de vida e independencia de las personas

afectando la vida laboral y social siendo indispensable tener un baño cerca, disminuir la ingesta de líquidos, o viéndose forzados a modificar hábitos o eliminar actividades de disfrute u ocio, así como la realización de ejercicio físico o deportes de impacto o fuerza.

Las causas son diversas y tienen relación con hábitos mantenidos y repetidos por mucho tiempo (e incluso desde edades tempranas), con factores psicoemocionales y con la represión del deseo de orinar una vida entera.

También, el hacer fuerza para orinar y/o defecar (muy relacionado al estreñimiento y mala alimentación) repercute directamente en la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y la incapacidad de contener la orina. Así mismo, puede ser consecuencia de períodos de entrenamientos de fuerza muy exigentes o de impacto como correr con inestabilidad y debilidad muscular, sumado a la falta de percepción de la zona genital, lo cual termina en la mala gestión de fuerzas abdominales que se dirigen a la zona del periné sin discriminación ocasionando pequeñas o grandes pérdidas de orina.

Otras causas producto de ciertas etapas que atravesamos en la vida como es el aumento de peso corporal, el pre y postparto, del número creciente de hijos, las cirugías que afecten esta área específicamente y frente al descenso hormonal como lo es el período postmenopausia (de estrógenos en la mujer). Cuando hay falta de estas hormonas puede aparecer resequedad vaginal, piel blanquecina en la vulva y cambios de humor, entre otros.

El abordaje precoz o de la planificación de un tratamiento preventivo aún sigue siendo limitado dado el desconocimiento poblacional que existe a

pesar de las potentes vías de comunicación y debido a todos los tabúes, la vergüenza, la religión y los pocos o nulos controles médicos.

La buena noticia es que de a poco están surgiendo más profesionales que hablen de estos temas, las familias son más abiertas a la charla y la información se está difundiendo.

Mediante una buena evaluación médica y fisioterapéutica del suelo pélvico se puede lograr una rehabilitación exitosa y recuperación de la calidad de vida.

DIFERENTES TRATAMIENTOS

Conservador (a cargo del profesional Fisioterapeuta):

- Reeducación de hábitos y conductual.
 - Concientización de la zona.
 - Movilidad articular y entrenamiento muscular de la musculatura del suelo pélvico, estabilizadores lumbopélvicos y sobre patrones respiratorios.
 - Gestión de presiones abdominopélvicas.
 - Tratamiento manual
 - Electroestimulación y biofeedback.
- Tratamiento farmacológico
 - Reemplazo hormonal
 - Estudios urodinámicos.
 - Quirúrgica (con previa evaluación) y su recuperación post operatoria pertinente al Fisioterapeuta.



www.colinafisio.com

Diseño y edición
[_@pilmacomunicación](https://www.instagram.com/_pilmacomunicacion)

