

ACTIVIDAD FÍSICA RESPETUOSA: CONTROL ABDOMINO-PÉLVICO

Aida SORALUCE ACEBO

*Licenciada en Ciencias de la Actividad física y del Deporte
Especialista en Embarazo y posparto*

1. CUERPO DE HOMBRE, CUERPO DE MUJER

Cuando nos planteamos llevar a cabo una programación de ejercicios, entrenamientos o actividad física general, en la mayoría de las ocasiones lo hacemos sin tener muy presente las diferencias existentes entre las personas con las que vamos a trabajar. Esto implica el trato por igual tanto a hombres como a mujeres en la distribución, cargas y tipos de ejercicios planteados.

En general, si introducimos alguna modificación se limita a reducir volumen, tiempos, pesos e intensidad de las prácticas, pero debemos ser capaces de mirar más allá y poder trabajar con hombres y mujeres cuidando su salud física más particular.

Es fundamental conocer algo sobre la historia de la mujer con la que vamos a realizar un programa de actividad física, saber su edad, el tipo de ejercicio que ha practicado en su vida, si ha tenido hijos, cómo se ha recuperado de esos nacimientos, su peso, observar su constitución, si tiene algún tipo de patología que le dificulte o le impida llevar una vida normalizada etc. Serán estos datos los que nos permitan trabajar equilibradamente con estas mujeres que acuden a nosotros/as para mejorar su condición y estado físico.

Para poder trabajar con seguridad y responsabilidad, debemos conocer las diferencias esenciales entre la anatomía femenina y masculina así como su implicación y repercusión en el ejercicio físico.

Debemos desarrollar en nosotros/as, como profesionales, la capacidad de observación de las personas, así como aprender a adaptar y replantearnos nuestra actividad profesional para ser más respetuosos/as con los cuerpos de nuestros/as participantes, ya sean deportistas de cualquier nivel u hombres y mujer cuyos objetivos con la actividad física sean de salud y no de rendimiento.

No podemos perder de vista la necesidad de entender la anatomía femenina y las características particulares de que dispone, y para ser consecuentes con esto debemos estar actualizados/as, pudiendo así introducir nuevos elementos de entrenamiento y ejercicios que permitan compensar algunas carencias que están

generando o potenciando disfunciones orgánicas y problemas de salud, principalmente en las mujeres.

Uno de los puntos más importantes es la necesidad de conocer qué es el suelo pélvico, cómo funciona y cómo podemos trabajarlo, así como introducir con naturalidad el trabajo controlado de periné y de abdomen, sin dejarnos llevar exclusivamente por la formación tradicional que hemos vivido en nuestras historias como deportistas. La información y la formación deben evolucionar.

En cualquier ámbito de la vida cotidiana nos encontramos con poco equilibrio entre hombres y mujeres en la práctica de la ciencia, la medicina, el deporte, etc. Todo es valorado por el mismo criterio y este criterio suele surgir del patrón masculino.

Los hombres y las mujeres destinan sus tiempos a la actividad física y al deporte de diferente manera, en diferentes disciplinas o, si son en las mismas, sin adaptarlas a las diferencias fisiológicas y morfológicas de su organismo, incluso a las diferentes demandas que existen entre ambos sexos.

Nuestro objetivo como profesionales de la salud y la prevención en el cuidado del cuerpo, así como en el entrenamiento, es facultar a nuestras mujeres para que sepan gestionar y cuidar ellas mismas su salud.

No hace falta ser muy intuitivo para ver claramente que cada persona con la que trabajamos es diferente y que, según sea su vida, su alimentación, su constitución, edad, sexo, porcentaje de tejido muscular y de tejido adiposo, intereses por la actividad física, patologías o disfunciones no mencionadas, van a necesitar unos objetivos de trabajo diferentes.

Si tenemos que trabajar con un grupo muy heterogéneo, debemos tratar de conseguir que el tipo de entrenamiento o actividad física propuesta sea respetuosa y cuidadosa para todos/as.

Para poder entender y contextualizar la necesidad de un trabajo diferenciado entre hombres y mujeres, todo profesional debe tener presente la morfología y el funcionamiento anatómico del abdomen y la pelvis (anatomía del tórax, estructura esquelética y muscular y sus funciones).

2. SUELO PÉLVICO Y SU IMPORTANCIA EN LA ACTIVIDAD FÍSICA

Estamos en un momento social en el que estas dos palabras, *suelo pélvico*, aparecen en comentarios relacionados con cualquier disciplina física – yoga, pilates, baile, además del embarazo y del parto.

Pero ¿sabemos dónde está? ¿Qué funciones tiene? ¿Cómo podemos trabajarlo?

El suelo pélvico es un grupo muscular que se aloja en la base del tronco en forma de bol, cerrando la pelvis y ejerciendo funciones de sostén visceral y protección de nuestros órganos pélvicos (vejiga, útero y recto) y cierre de los esfínteres u orificios (vagina, uretra y ano).

Esta musculatura está formada por dos capas, una superficial y otra profunda. Ambas trabajan coordinadamente cumpliendo una serie de funciones como:

- Cerrar la pelvis ósea, formando la pared inferior de la cavidad abdominal
- Garantizar la estabilidad de la región lumbopélvica junto la musculatura abdominal y torácica.
- Desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la continencia.
- Sostiene las vísceras pélvicas (vejiga, útero y recto, próstata, vejiga en hombres)
- Permite la micción, la defecación y el parto.
- Participa en la actividad respiratoria, digestiva y de evacuación.
- Desempeña un papel importante en la gestión de la sexualidad (orgasmo).
- Activa y permite el paso de los vasos sanguíneos y los nervios desde el tronco a las extremidades inferiores. (Walker, 2006, p. 29).

Algunos de los motivos principales por los que el suelo pélvico pierde su tono son la edad, la vida sedentaria, trabajos de pie y/o con cargas, los embarazos y partos, la práctica de deporte de rendimiento medio y alto, también deportes de impacto y la menopausia por la alteración hormonal y la disminución de estrógenos.

El ejercicio excesivo sin control y sin proteger la musculatura pélvica, principalmente por la mala práctica de abdominales o cargas, hace que las disfunciones pélvicas se den en chicas muy jóvenes y en mujeres en general.

Las disfunciones principales que se detectan en este campo son las incontinencias, prolapsos, disfunciones sexuales y alteraciones patológicas en la postura.

Datos epidemiológicos confirman que la incontinencia urinaria se está convirtiendo en un problema de salud pública. Los escapes urinarios suponen una carga emocional y social importante para la mujer y además pueden suponer una barrera para el desarrollo de actividad y ejercicio físico.

“La insuficiencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico.

En cuanto al tipo de incontinencia, desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS, ésta puede clasificarse de diferentes formas:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo. La IU de esfuerzo (IUE) es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como toser, reír, correr o andar).
- Incontinencia urinaria de urgencia: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de “urgencia”. Entendemos por “urgencia” la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.

La ICS también define el síndrome de vejiga hiperactiva como el conjunto de síntomas de la fase de llenado caracterizado por urgencia miccional como síntoma principal (deseo miccional imperioso con miedo al escape), con o sin incontinencia, habitualmente asociado a frecuencia miccional elevada y nocturna.

- Incontinencia urinaria mixta: Se trata de un tipo de incontinencia que se asocia a urgencia miccional y también a los esfuerzos, al ejercicio, a los estornudos o a la tos”. (Franco, Peri y Alcaraz).
- Incontinencia fecal o de gases

El fortalecimiento del suelo pélvico debe formar parte del cuidado rutinario de la salud de la mujer, sobre todo si tiene tendencia a la incontinencia.

“Desarrollar un suelo pelviano fuerte no sólo va bien para prevenir o curar la incontinencia urinaria por esfuerzo, sino que también mejora el riego sanguíneo de la pelvis, lo cual aumenta la resistencia a enfermedades como las infecciones de las vías urinarias. También aumenta la capacidad para llegar al orgasmo y mejora la lubricación durante el acto sexual.” (Northrup, 2006, p.423).

En conclusión:

- El mantenimiento de una buena musculatura perineal es vital para la salud y la vida cotidiana de las mujeres.
- El embarazo, posparto, deportes de impacto y menopausia son los factores y etapas que más incrementan la debilidad y disfuncionalidad del S.P.
- La prevención de las disfunciones del S.P. debe incorporarse dentro del cuidado global de la salud de las mujeres.

- Debemos trabajar bajo la responsabilidad de conocer cómo es el cuerpo de las mujeres (deportistas o no) con las que trabajamos para saber responder a sus necesidades y saber derivar a profesionales especializados de fisioterapia a aquellas personas que nos den muestra de una patología o disfunción clara. No somos rehabilitadores en este campo, debemos de ser protectores, informadores y trabajar en la prevención.

3. PRESIÓN INTRAABDOMINAL

Walker (2006) deja claro la importancia del control postural durante el ejercicio físico con incremento de cargas y presión intraabdominal en esta cita:

“La postura del individuo, la posición de la columna y el comportamiento abdominal influyen directamente en la dirección de las presiones. Los cambios posturales producen cambios en la dirección de las presiones intraabdominales. Durante los esfuerzos, en condiciones normales, la presión generada por los músculos abdominales, el diafragma torácico y el suelo pélvico se desplaza hacia el sacro, el cóccix y la plataforma de los elevadores. Son estructuras resistentes y preparadas para soportar presiones. Cuando la alineación fisiológica de la columna no se mantiene durante la realización de un esfuerzo, la resultante de las presiones cambia de dirección y se dirige hacia el periné anterior, que está constituido por músculos pequeños, frágiles y que no están preparados para recibir presiones, por lo que a largo plazo este mecanismo los lesionará y podrá causar disfunciones del suelo pélvico.” (Walker, 2006, p. 42).

Ocurre que con cada estornudo, risa, tos, esfuerzo o peso que levantamos, estamos generando una hiperpresión a nivel del suelo pélvico, esto es, un aumento del trabajo de sostén de los músculos del suelo pélvico. Para poder contrarrestar este aumento de la presión intraabdominal debemos de contraer de forma voluntaria y simultáneamente al esfuerzo los músculos del suelo pélvico, y evitar así la aparición de prolapsos o la pérdida de orina.

La musculatura profunda del abdomen desempeña una importante función de estabilización del tronco y, junto con el suelo pélvico, garantiza la continencia.

Existe una acción antagonista entre la activación de los rectos abdominales y la del transversos (músculo que se contrae sinérgicamente y de forma involuntaria con el periné, con lo que lo protege). Durante la contracción concéntrica de los rectos abdominales (ejercicio abdominal tradicional) se provoca la distensión del transversos (tejido no elástico incapaz de contener y resistir el aumento de presión de los rectos durante la contracción concéntrica) generando también una separación en la diástasis abdominal o línea alba y una relajación de la

musculatura perineal. Esto, a largo plazo, puede ocasionar lesiones permanentes en el transversario y el vientre puede quedar distendido y con dificultad para soportar cualquier cambio de presión intraabdominal.

“Existe una relación entre la actividad de los músculos abdominales, el diafragma torácico y los músculos del suelo pélvico en la estabilización de la columna vertebral. La contracción de estos tres grupos musculares incrementa la firmeza y estabilidad del tronco y también colaboran directamente en la respiración y control postural del cuerpo.

La contracción del diafragma torácico y del suelo pélvico es esencial para evitar el desplazamiento del contenido abdominal y para permitir que el músculo transversario realice una contracción isométrica lo suficientemente intensa para asegurar la estabilidad de la región lumbopélvica.” (Walker, 2006, p.40)

El Dr. Amostegui en la revista *Archivos de Medicina* escribe: “Entre los factores etiológicos que provocan la incontinencia urinaria en las mujeres se considera como el más importante el aumento de presión intraabdominal por mala práctica deportiva o el ejercicio abusivo de abdominales tradicionales, situación que va a incidir sobre el suelo pélvico, provocando la degradación progresiva del mismo y haciéndolo incompetente para la continencia” (Amostegui, 1999, p. 644).

Más de la mitad de las mujeres deportistas que realizan un alto trabajo abdominal sufre incontinencia urinaria por esfuerzo, cifra que llega al 80% en el caso de las que practican salto de trampolín, según han afirmado fisioterapeutas reunidos en el V Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Fisioterapia celebrado en Barcelona.

La incidencia de mujeres con IUE puede variar según la modalidad del deporte que se practique. Como se demostró en un estudio realizado en un grupo de atletas universitarias, de las 144 mujeres encuestadas, el 28% informaron de fugas de orina durante la práctica deportiva; la edad media fue de 19,9 años y se estudiaron 9 deportes diferentes. Las que mayor incontinencia presentaban fueron las gimnastas (67%) y las que menor, las golfistas (0%). Los deportes estudiados fueron gimnasia, baloncesto, tenis, hockey, cross, natación, voleibol, beisbol y golf (Cabrera, 1996, p.80) Esta misma autora, en otro estudio realizado a 291 deportistas, demostró que la actividad en la que perdían orina con más frecuencia era durante el salto o corriendo.

La Dra. Gasquet (2009) dice que la práctica de ejercicios abdominales es igualmente peligrosa en los hombres cuya pared abdominal presenta zonas débiles, ojales muy finos que con presiones repetitivas pueden dejar escapar intestinos (hernias), lo que les sucede a muchos deportistas. A diferencia del suelo pélvico femenino, el masculino no tiene aberturas, con lo que impide

compensar los aumentos de presión con un prolapso. El suelo pélvico masculino también tiene menor superficie, por lo que tiene menor capacidad de deformarse. Las hernias son frecuentes en la cavidad abdominal, derivadas de aumentos de presión que nos son capaces de soportar la propia resistencia de las paredes del abdomen. En el suelo pélvico dichas hernias se denominan prolapsos.

Las presiones continuas sobre el periné pueden contribuir al prolapso.

Como conclusión:

El saber orientar a nuestras deportistas hacia una buena gestión de la presión intraabdominal será la clave para prevenir patologías y disfunciones perineales y disminución de tono en la faja abdominal. Esto lo conseguiremos controlando la frecuencia, intensidad y tipo de ejercicios durante el entrenamiento o práctica general de actividad física. Queda claro que todos aquellos deportes que provoquen un aumento importante de la presión intraabdominal suponen un factor de riesgo perineal.

Merece la pena ahondar en este tema, ya que la cantidad de estudios que demuestran el debilitamiento del periné y faja abdominal por exceso de trabajo de rectos abdominales o actividad que incrementa la presión intraabdominal repetidas veces, son cada vez un mayor número, así como muy clarificadores en sus resultados.

4. ACTIVIDAD FÍSICA Y ENTRENAMIENTOS RESPETUOSOS PARA LA MUJER

Después de todo lo mencionado anteriormente y todo lo que esta información invita a investigar al lector/a, podemos extraer unas sencillas conclusiones sobre contenidos a tener presentes durante las sesiones de actividad física y /o entrenamiento deportivo, destinados principalmente a mujeres pero totalmente aplicables y muy preventivos también para los hombres. Podemos decir que es necesario:

- Trabajar siempre sobre la reeducación postural en cada fase del programa de actividad física.
- Cuando tonificamos la faja abdominal, deberemos evitar o disminuir en repeticiones la práctica de ejercicios abdominales clásicos que provocan una presión excesiva sobre el periné, favoreciendo a su vez prolapsos pélvicos en la mujer.
- Tonificar el suelo pélvico es un elemento imprescindible a incorporar dentro de los planes de entrenamiento diarios.

- La aplicación del método *Gimnasia Abdominal Hipopresiva* revoluciona la manera de trabajar sobre nuestro cuerpo creando efectos muy beneficiosos con un trabajo hipopresivo, de control postural y respiratorio. Su aplicación cotidiana provoca un aumento del tono del suelo pélvico y de la faja abdominal, reduciendo de forma significativa el riesgo de incontinencia urinaria y de descensos viscerales. Es un trabajo complementario y equilibrador del entrenamiento hiperpresivo al que estamos habituados.

Para concluir de modo genérico, es importante que tengamos siempre presente el conocer si las mujeres con las que trabajamos presentan algún tipo de disfunción perineal.

No debemos olvidar trabajar globalmente sobre el cuerpo de la mujer para prevenir descompensaciones (postura, respiración y control abdominopélvico), así como si se trabajan grupos musculares específicos, preparar en el plan de entrenamiento con ejercicios de compensación sobre las presiones que se han ejercido en el abdomen.

Y como punto final, es necesario identificar claramente las diferencias físicas entre varones y mujeres deportistas; los entrenamientos no pueden ser iguales en cargas y contenidos.

4. BIBLIOGRAFÍA

VV.AA. (2007). *Actas del Congreso multidisciplinar franco español Suelo Pélvico y Pelviperrineología*. SEFIP. San Sebastián.

Amostegui Azcúe, J. M. (1999). "Incontinencia urinaria en la mujer deportista: Fisioterapia". *Archivos de Medicina del Deporte*, 16 (74), 639-645.

Amostegui Azcúe, J. M. y otros. (2004). "Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención". *Revista médica Universidad de Navarra*, 48.

Caballero, E. y cols. (2011). "Signos de alerta y consideraciones imprescindibles en la prevención y diagnóstico de las disfunciones del suelo pélvico en la mujer deportista". *Libro actas II Congreso Internacional de Suelo Pélvico y Pelviperrineología*. Sevilla.

Franco de Castro, A., Peri Cusí, L., Alcaraz Asensio, A. *Incontinencia urinaria*. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Extraído de:

http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev%281%29.pdf

García Carabantes, A. (2008). *Suelo pélvico: Embarazo, parto y posparto. Seminario maternidad ayer y hoy*. Apuntes curso de formación Escuela libre de salud holística y materno-infantil Consuelo Ruiz. Madrid.

Gasquet, Be. (2009). *Abdominaux: arretez le massacre! Methode abdologie de Gasquet*. Paris: Marabout.

Martínez Bustelo, S., Martínez Rodríguez, A. Rodríguez Romero, B. (2002). “Disfunciones del suelo pélvico: prevención durante el embarazo”. *Salud Total de la Mujer*, 4(1), 2-8.

Martínez Bustelo, S. (2012). “Deporte femenino y suelo pélvico”. *II Ciclo de conferencias xenero, actividade física e deporte 2010-11*, p. 117-124. A Coruña: Servizo de publicacións da UDC. Extraído de:
<http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/9083>

Northrup, C. (2006). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Barcelona: Urano.

Walker, C. (2006). *Fisioterapia de la Obstetricia y uriginecología*. Barcelona: Masson.

Otras referencias bibliográficas de interés

Bertherat, T. y Berstein, C. (2006). *El cuerpo tiene sus razones*. Barcelona: Paidotribo.

Calais Germain, B. (1996). *Anatomía para el movimiento*. Tomo I. Barcelona: La liebre de marzo.

Calais Germain, B. (2010). *Abdominales sin riesgo*. Barcelona: La liebre de marzo.

Calais-Germain, B. (1998). *El periné femenino y el parto*. Barcelona: Los libros de la liebre de marzo.

Caufriez, M., Pinsach, P., Fernandez, J. C. (2010). *Abdominaux et perinee. Mythes et réalités*. Mallorca: MC.

Caufriez, M. (1997). *Gymnastique Abdominale Hipopressive*. Bruselas Extraído de:
www.marcelcaufriez.com

Delavier, F. (2007). *Guía de los movimientos de musculación*. Badalona: Paidotribo.

Franklin, E. (2002). *Pelvic power: mind/body exercises for strength, flexibility, posture and balance for men and woman*. Canadá: Elisian.

Germain, P. (1993). *La armonía del gesto*. Barcelona: La liebre de marzo.

Mesquita, L., Vieira Machado, A., Viegas Andrade, A. (1999) “Fisioterapia para Redução da Díastase dos Músculos Retos Abdominais no Pós-Parto”. *RBGO*, 21(5), 267-272.

Naclerio Ayllón, F. (2005). “Función y entrenamiento de la musculatura abdominal. Una visión científica”. *Revista Digital*, 82. Extraído de: <http://www.efdeportes.com/>

Norris, C. M. (2007). *La estabilidad de la espalda*. Barcelona: Hispanoeuropea.

Pinsach, P.; Rial, T.; Caufriez, M. Fernandez, J. C.; Devroux, I. y Ruiz, K. (2010). *Hipopresivos, un cambio de paradigma*. Extraído de: www.pitipinsach.net

Pinsach, P. *Los abobinables ejercicios abdominales*.
Extraído de: www.entrenadorespersonales.cc

Rial, T y Riera, T (2012). “Prevalencia y abordaje desde el ejercicio físico de la incontinencia urinaria en mujeres deportistas”. *Rev digital*. Extraído de: www.Efdeportes.com. 164. Buenos Aires

Rouviere, H. y Delmas, A. (1994). *Anatomía humana*. Tomo 2. Tronco. Barcelona: Masson.

Valls-Llobet, C. (2010). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Varios (2007). *Libro de entrenamiento para la espalda*. Barcelona: Paidotribo.

Wilmore, J. y Costill, D. (2007). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Badalona: Paidotribo.