

Conviviendo con la esclerosis múltiple



**ESCLEROSIS
MÚLTIPLE
Y SEXUALIDAD**

MERCK



ÍNDICE



¿Qué afectaciones sexuales puede tener un enfermo de E.M.?	6	Afectaciones sexuales Terciarias	36
Afectaciones sexuales Primarias	8	Baja autoestima	38
Descenso o pérdida del deseo sexual	10	Dificultades en la aceptación de la discapacidad	40
Disminución sensorial en la zona genital	12	Rol cuidador-enfermo	42
Dificultades para alcanzar o disminución en la intensidad de la respuesta orgásmica femenina	22	Mitos y falsas creencias que pueden afectar al paciente con E.M.	44
Imposibilidad o dificultad eyaculatoria masculina	24	¿Cuál es el papel del personal de enfermería?	46
Afectaciones sexuales Secundarias	26	Algunas ideas para afrontar una consulta o revelación en torno a la sexualidad del paciente con E.M. o su pareja	48
Incontinencia urinaria y/o fecal	28		
Fatiga	30		
Espasticidad y Debilidad Muscular	32		
Problemas cognitivos (falta de atención y concentración)	34		

INTRODUCCIÓN



Trabajar en pro de la salud sexual,
es hacerlo a favor de la calidad de vida



La **Esclerosis Múltiple** (E.M.) es una **enfermedad crónica del sistema nervioso central** que afecta a la capacidad del sistema inmunológico provocando que éste ataque a la mielina. Es por eso que decimos que se trata de una enfermedad **desmielinizante**. Te estarás preguntando la utilidad de la mielina, pues bien, funciona como un sistema de protección y de aceleración de la comunicación entre las **neuronas** del sistema nervioso. Por tanto, lo que ocurre cuando se pierde mielina es que los mensajes que se mandan entre nuestras neuronas, pueden verse enlentecidos o llegar con mucha dificultad. Este comportamiento anómalo del sistema inmunitario produce también un proceso inflamatorio.

La afectación y evolución de la patología varía en cada paciente, cierta sintomatología presente en pacientes de E.M. afecta o puede afectar de forma más o menos directa **al desarrollo y vivencia de la sexualidad**. La edad media en la que acostumbra a diagnosticarse la enfermedad coincide con una **etapa vital** en la que la **vida sexual y de pareja** tienen una **relevancia clara**, por lo que obviar esta realidad es no atender un **problema real** que muchas veces el propio paciente **esconde por vergüenza**.

La **sexualidad** es **inherente al ser humano** desde el día de su nacimiento hasta el momento de su muerte, por lo que además de un derecho humano es una necesidad interpersonal. Pero **un derecho y una necesidad de todos**, no únicamente de la gente joven, guapa y perfectamente sana.

El hecho de que la sexualidad esté tan ligada a la parcela íntima de la persona y a sus emociones más profundas, la convierte en un **potente catalizador emocional**. De manera que cuando el individuo disfruta de una **relación sexual satisfactoria crece su autoestima, mejora su estado de ánimo y el tono de la relación de pareja**. Sin embargo, entender la sexualidad como un problema, sentir que no eres capaz de hacer disfrutar al otro o que no eres deseable para nadie, genera una insatisfacción que desemboca en tristeza, baja autoestima y deteriora la vida en pareja en los casos en que la haya.

Por tanto, conociendo el potencial positivo, pero también negativo de la sexualidad, atender a la mejora de la salud sexual de las personas con E.M. es, más que una obligación, un deber para los profesionales de la salud. Trabajar en pro de salud sexual, es hacerlo a favor de la calidad de vida.

¿QUÉ AFECTACIONES SEXUALES PUEDE TENER UN ENFERMO DE E.M.?

La **Esclerosis Múltiple** provoca en el organismo una serie de **cambios**, cambios que en ocasiones afectan a la manera más generalizada y habitual de expresión sexual, ocasionando el deterioro o la imposibilidad de vivir la sexualidad de la misma manera en la que el afectado y su pareja la vivían anteriormente. Este proceso de adaptación lleva a muchas parejas a **sentimientos de miedo y frustración** lo que concluye en ocasiones en un **abandono de la sexualidad** para evitar enfrentarse a algo que les hace sufrir.

Es fundamental entender que, a pesar del mayor o menor grado de afectación del paciente con Esclerosis Múltiple, este es y seguirá siendo un ser sexuado, con la capacidad de desear, de ser deseado, de amar y ser amado, de dar y recibir placer. Por tanto, **no hay motivo para pensar que necesariamente esta discapacidad física suponga el final de la vida sexual del afectado.**

Hablamos de cambios en la persona y en su sexualidad, pero la heterogeneidad de estos nos obliga a **abordar diferentes tipos de afectación**, no sólo porque son diferentes los cambios sino **porque cada persona es diferente y su vivencia será también diferente.**

ATENDIENDO A SU ORIGEN FOLEY Y WERNER EN EL AÑO 2000 CLASIFICARON LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN:

PRIMARIAS

SECUNDARIAS

TERCIARIAS



AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

Las afectaciones sexuales primarias, serían aquellas que están provocadas directamente por los **cambios neurológicos propios de la E.M.**

A continuación se describen y detallan algunas de estas interferencias:

DESCENSO O PÉRDIDA DEL DESEO SEXUAL

DISMINUCIÓN SENSORIAL EN LA ZONA GENITAL

MOLESTIAS GENITALES

DISMINUCIÓN O DIFICULTAD EN LA RESPUESTA DE EXCITACIÓN MASCULINA Y FEMENINA (ERECCIÓN Y LUBRICACIÓN)

DIFICULTADES PARA ALCANZAR O DISMINUCIÓN EN LA INTENSIDAD DE LA RESPUESTA ORGÁSMICA



AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

DESCENSO O PÉRDIDA DEL DESEO SEXUAL

Podemos definir el **deseo sexual** como un **impulso instintivo y/o psicológico** que incita a la persona hacia la conducta sexual. Es importante diferenciarlo de la **excitación**, muchos hombres confunden el tener una erección con tener deseo pero son fases diferentes de la respuesta sexual, digamos que **el deseo** es una parte **mucho más psicológica que física** y no tiene porque ir acompañada siempre de excitación.

Habitualmente clasificamos el descenso o pérdida de deseo sexual en personas con E.M. como un **factor primario directamente relacionado con la enfermedad**, sin embargo es importante recordar que el deseo sexual comprende muchos más **factores psicológicos** que **orgánicos**, por lo que el **deseo sexual hipoactivo** acostumbra a estar más relacionados con factores de este tipo que con factores puramente neurológicos. Conviene atender, no obstante, a que **algunos fármacos** pueden tener como **efectos secundarios** la **disminución de apetito sexual**. Algunos de estos fármacos son:

- Antihipertensivos
- Neurolépticos
- Antidepresivos
- Ansiolíticos



CONSEJOS PARA PALIAR

LA PÉRDIDA O DESCENSO EN EL DESEO SEXUAL

Pero no olvidemos que el deseo es mucho más que una cuestión química, una vez resuelto el factor físico, el paciente no puede sentarse a esperar que aparezca el deseo.

La intimidad, el estado de ánimo, la relación de pareja, la autoestima, los juegos de seducción y la exploración son fundamentales para **encender el “motor”** una vez este esté reparado.

AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

DISMINUCIÓN SENSORIAL EN LA ZONA GENITAL

La E.M. afecta de forma evidente a la **sensibilidad del paciente**, son muchas las personas que se ven afectadas por esta pérdida de sensibilidad en diferentes partes del cuerpo en general **así como en los genitales**. Algunos pacientes refieren desinterés sexual por el hecho de percibir como “dormida” la zona genital.

“
...aceptación de la nueva situación y poner el foco de atención en lo que se preserva.
”



CONSEJOS PARA PALIAR

DISMINUCIÓN SENSORIAL EN LA ZONA GENITAL

El principal consejo sería la **aceptación de la nueva situación**, es lógico que antes de la enfermedad las sensaciones genitales fueran diferentes. Sin embargo existen formas de mejorar esto, pero para que de verdad puedan ser efectivas, el primer paso es dejar de incidir constantemente sobre lo perdido y **poner el foco de atención en lo que se preserva**.

Afortunadamente, **muchos de los tabúes sexuales están en fase de destrucción**, la búsqueda del placer ya no es exclusivo de unos pocos libertinos, quien más y quien menos ha asistido a una reunión de juguetes sexuales, ha entrado en los nuevos sex-shops, ha visitado las numerosas webs donde se pueden adquirir sin salir de casa todo tipo de juguete sexual o simplemente ha podido comprobar, cómo en la farmacia se comercializan algunos de estos “complementos” para la vida sexual.

Cremas y aceites con efecto calor, cremas hiperemiantes (frío-calor), estimuladores específicos para clítoris y glande, son una excelente **ayuda para potenciar las sensaciones de la zona genital**. Además de esto, la industria de los juguetes sexuales cuenta con una amplia variedad de aparatos con vibración (no necesariamente fálicos) cuya intensidad proporcionan la estimulación extra que requieren muchos de los pacientes, tanto hombres como mujeres.

Sea como fuere y al margen de la ayuda que proporcionan este tipo de juguetería y cosmética sexual, es **mucho más importante** el llevar a cabo tareas de **exploración del propio cuerpo y del de la pareja**, encaminadas a **conocer y a ampliar el mapa erógeno**.

Toda nuestra piel es capaz de proporcionarnos sensaciones por lo que **la totalidad del cuerpo es potencialmente erógena**. Es un error demasiado común actuar como si únicamente los pechos y genitales tuviesen esa capacidad. Esta realidad es importante para cualquiera pero qué duda cabe que **en pacientes con dificultades sensoriales esta conquista de nuevas áreas de placer se convierte en una prioridad**.

AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

DISMINUCIÓN SENSORIAL EN LA ZONA GENITAL

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Los hombres con Esclerosis Múltiple pueden sufrir **disfunción eréctil** por las propias **lesiones derivadas de la enfermedad**, sin embargo los problemas de erección pueden deberse a **múltiples factores de tipo orgánico** como caída hormonal, altos niveles de colesterol, glucosa o hipotensión. A pesar de las diferentes causas orgánicas que pueden producir esta dificultad, no podemos obviar el **factor de tipo psicógeno**, ya que a menudo se suma al problema inicial e incluso se convierte en el principal o único motivo de la disfunción.

Conviene conocer también que **algunos fármacos** tienen como **efecto secundario** la **interferencia en la respuesta sexual** y por tanto pueden causar, mientras se consumen, **dificultades en la erección**. Algunos de estos fármacos son:

- Antihipertensivos
- Neurolépticos
- Antidepresivos
- Ansiolíticos

Cabe mencionar que el consumo de **alcohol, tabaco o drogas** son también enemigos de la erección en hombres.

Los pacientes de E.M. pueden sufrir esta disfunción cursando en diferentes tipologías.

Pacientes que tienen dificultades para conseguir la erección.

Pacientes que la consiguen pero no es lo suficientemente intensa para poder penetrar.

Pacientes que consiguen penetrar pero no logran mantener la erección durante un tiempo suficiente.

En todos los casos, la **autoestima del individuo** se puede ver muy afectada, no en vano en nuestra sociedad la autoestima sexual de los hombres, su “masculinidad”, se mide en relación a su pene y la capacidad que tenga para hacer disfrutar a la mujer mediante este.

No podemos olvidar a las parejas sexuales del paciente por la disfunción eréctil. En ocasiones **atribuyen el problema a la discapacidad**, con la carga emocional que le supone. En otras ocasiones **ellas pueden sentir que han dejado de ser atractivas para sus parejas**, que no son capaces de despertar el deseo necesario para que ellos tengan una respuesta sexual, incluso otras veces descubren a sus parejas masturbándose, lo que les confirma sus peores augurios, que son ellas quienes fallan. Nuestra sociedad marca a la mujer con la responsabilidad de ser deseada, su autoestima sexual, **su feminidad** se miden en el ámbito sexual por lo “deseables” que sean.

En este escenario, vemos como la **D.E.** sea por causa neurológica, psicógena o por una suma de las dos, **ataca el centro de la autoestima sexual tanto de quien la sufre directamente como de la pareja**. Nos encontramos, por tanto, con uno de los problemas sexuales por excelencia, en lo que a la afectación emocional se refiere y al deterioro de la relación de pareja.

En el plano individual, en aquellas personas que no tienen pareja, la afectación es similar, son muchos los hombres con esclerosis múltiple que refieren en las consultas el temor que les produce iniciar cualquier tipo de acercamiento a personas que les atraen, por la inseguridad que les provoca la disfunción eréctil.



CONSEJOS PARA PALIAR

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Una idea masculinizada de la sexualidad, la importancia que en nuestra sociedad le otorgamos al coito y el hecho de que se trate de **una de las primeras causas** por las que **hombres con y sin E.M. pidan ayuda**, son algunos de los factores que explican los **enormes avances** existentes en el tratamiento de la disfunción eréctil.

Ante este problema el primer paso del paciente debe ser la **búsqueda de asesoramiento** a manos de un **especialista en sexología**. Este determinará si la causa de la disfunción, tiene un origen neuronal, fisiológico, hormonal, psicológico u obedece a la suma de algunos de ellos.

Las investigaciones han demostrado el **alto grado de efectividad** de los conocidos **fármacos inhibidores de la PDE5** (Sildenafil, Tadalafilo, Vardenafilo) en disfunciones por causa neuronal y **en concreto en personas con E.M.**

Sin embargo sería un error acudir en exclusiva a los fármacos como solución al problema, la erección tiene un fuerte componente psicógeno por lo que es importante tener **el mayor asesoramiento posible** no solo en el tratamiento farmacológico, que siempre debe estar sujeto a un control médico, sino también en lo referente a la **esfera psico-sexual**, sin dejar de lado la vivencia de la pareja si la hay.

No se puede hablar con rotundidad sobre las bondades de un fármaco sobre los demás, **debe ser el especialista quien asesore al paciente sobre la conveniencia de uno u otro según las características concretas de cada paciente**. En ocasiones, la mejor elección es probar con cada uno de los fármacos para encontrar aquel que mejor respuesta consigue en el paciente.

Por desgracia, no siempre se consigue el éxito deseado mediante el tratamiento farmacológico de los inhibidores de la PDE5, por lo que conviene **ser prudente en cuanto a las expectativas**.

Si no se consigue el éxito deseado con los fármacos orales, contamos con **alternativas de tratamiento**. A continuación explicaremos algunas de estas alternativas:

Los **APARATOS DE SUCCIÓN** consisten en la **aplicación de un cilindro hueco** que al colocarlo en el pene y **accionar un mecanismo o bien manual o bien eléctrico**, hace un vacío que **conduce la sangre hacia el pene**. Una vez conseguida la erección se coloca una anilla constrictora en la base del pene para no dejar salir esa sangre al retirar el cilindro. El uso de este método **no entraña riesgo alguno** siempre y cuando no se mantenga la anilla más de 30 minutos.



Las **INYECCIONES INTRACAVERNOSAS** consisten en la **autoadministración de agentes vaso activos** en la zona del músculo liso cavernoso del pene. Este medicamento, una vez inyectado en el pene, provoca **entre 30 y 60 minutos de erección** debido a la **relajación de la musculatura**. En algunos países existe la administración de este fármaco mediante **supositorios** que se introducen por la uretra.



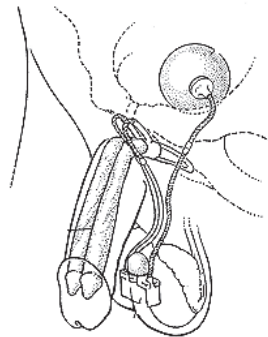


CONSEJOS PARA PALIAR

LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

LAS PRÓTESIS PARA EL PENE aparecen como la **alternativa quirúrgica** a los problemas de erección. Este tratamiento consiste en introducir en los **cuerpos cavernosos del pene dos cilindros que proporcionan rigidez**. Dentro de las diferentes prótesis que pueden colocarse, existen dos grandes grupos, las llamadas maleables que a los ya mencionados cilindros, suman unos alambres trenzados que una vez en el interior del pene, facilitan que este pueda adoptar una posición y rigidez suficiente para la penetración.

Sin embargo las prótesis más utilizadas son las denominadas hidráulicas cuyo funcionamiento se basa en un mecanismo hidráulico activado por el propio paciente que rellena de líquido los cilindros colocados en la operación, consiguiendo la rigidez necesaria para la penetración. Las **prótesis hidráulicas gozan de mayor popularidad** por el mayor parecido de la erección obtenida con el mecanismo natural, además una vez finalizada la relación sexual, el líquido vuelve a su lugar de origen una vez accionado el mecanismo (manual o mecánico), con lo que se pierde la erección.



Aunque la cirugía debe ser siempre la última opción, por los riesgos que comporta cualquier tipo de intervención quirúrgica y por su carácter irreversible, es importante conocer que tanto el deseo, el placer y la eyaculación no tienen por qué verse afectados.

Por todo ello **es recomendable informarse muy bien de las características de la operación**, los pros, los contras y los riesgos reales antes de tomar una decisión al respecto.

Finalmente y a tenor de los estudios realizados al respecto, es importante entender que **la psicoterapia acompañada o no de los tratamientos mencionados anteriormente**, es una **herramienta fundamental para la mejora de la disfunción eréctil** y de los problemas emocionales que pueden generarse tanto en el propio paciente como en su pareja.

AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

DISMINUCIÓN SENSORIAL EN LA ZONA GENITAL

LOS PROBLEMAS DE EXCITACIÓN FEMENINA

Siguiendo las fases de la respuesta sexual femenina, tras el deseo, encontramos la **fase de excitación**. **En la mujer esta fase es mucho menos evidente que en el hombre**, cabría pensar que la erección es mucho más llamativa, sin embargo el motivo de mayor peso es de origen cultural, ya que a la sexualidad femenina en general y a su placer en particular no siempre se le ha concedido la misma importancia que en el caso del hombre. Por un lado es cierto que esto ayuda a “esconder” las posibles dificultades, un hombre no puede ocultar una pérdida de erección mientras que una mujer puede no estar excitada y no ser percibido, aunque en realidad **los inconvenientes de tratar de ocultar el hecho de no estar excitada superan en mucho a las posibles ventajas**.

Durante la **fase de excitación femenina**, los **cambios más notables** que se producen son, el aumento en la lubricación vaginal, el aumento de tamaño y erección del clítoris, el aumento del tamaño de los pechos, la dilatación vaginal y el engrosamiento de las paredes. Todos estos cambios se producen debido a los **mecanismos de vasocongestión y tensión muscular en la zona pélvica**.

La respuesta de excitación femenina se controla desde los mensajes que atraviesan las vías que conectan cerebro y médula espinal. La **excitación psicógena** se produce como respuesta a las fantasías sexuales y/o a los estímulos externos (imágenes, sonidos, olores y sabores), percibidos como eróticos por la persona. Mientras que la llamada **excitación reflexógena** se produce como respuesta refleja a una estimulación directa de los genitales.

La **falta de lubricación vaginal que sufren muchas mujeres con E.M. supone uno de los principales inconvenientes a la hora de disfrutar de sus relaciones sexuales**, e incluso hace que estas se conviertan en dolorosas.



CONSEJOS PARA PALIAR

LA DISMINUCIÓN EN LA RESPUESTA DE EXCITACIÓN FEMENINA

“

Entender la respuesta sexual femenina es el primer paso para mejorar este aspecto.

”

Permanecer relajada ante un encuentro sexual, **cuidar los detalles** del lugar donde se llevan a cabo haciéndolo más sensual y, sobre todo, **ampliar y aprender a manejar las fantasías sexuales**, son una ayuda notable en la mejora de la respuesta de excitación psicógena. En cuanto a la respuesta refleja, **la exploración y reconocimiento de las sensaciones genitales por parte de la propia paciente y/o su pareja**, facilitarán esta respuesta de lubricación y erección del clítoris, tan importantes en el placer femenino.

Sea como fuere y al margen del trabajo en la respuesta del propio organismo, **los molestos problemas de sequedad vaginal tienen una solución sencilla** si recurrimos a uno de los **múltiples lubricantes de base acuosa** que ofrece el mercado. Quizás el mayor “problema” sea decidirse por uno de los muchos sabores, olores, texturas y efectos que ofrece la llamada cosmética sexual.

AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

DIFICULTADES PARA ALCANZAR O DISMINUCIÓN EN LA INTENSIDAD DE LA RESPUESTA ORGÁSMICA FEMENINA

La E.M. provoca en ocasiones **pérdidas en la sensibilidad genital** y por ende **dificultades para alcanzar el orgasmo** o, cuando este se consigue, produce un placer menos intenso del que se tenía antes de la enfermedad. La afectación en las vías cerebro-médula espinal, pueden **dificultar la recepción de estimulación**, así como **interferir en el mantenimiento de la vasocongestión del clítoris y la vagina** en la fase previa al orgasmo.

La no aceptación de estos cambios, la baja autoestima y las dificultades emocionales de la paciente, son factores determinantes en el deterioro de la respuesta sexual.



CONSEJOS PARA MEJORAR

LAS DIFICULTADES O LA DISMINUCIÓN EN LA INTENSIDAD ORGÁSMICA FEMENINA

Como hemos visto, son **diferentes los factores** que pueden interferir en la fase orgásmica de una paciente con E.M., por lo que **debemos abordar cada uno de ellos** en la medida que estén afectando.

Por una parte, la **mejora en las sensaciones genitales** empieza por mejorar la estimulación mental para ejercitar el área sexual de nuestro cerebro. Podemos fantasear, leer relatos eróticos o ver vídeos implícita o explícitamente sexuales. Tras esto, el paciente debe **buscar la estimulación** de aquellas zonas del cuerpo que no hayan perdido su sensibilidad, **cualquier zona es potencialmente erógena** pero quizás podríamos empezar por las más habituales, es decir, cuello, pechos, labios, orejas y espalda. En cuanto a los genitales propiamente, hay que entender que quizás sea necesaria una **estimulación mayor** de lo acostumbrado, por lo que **la paciente y su pareja pueden ayudarse** con uno de los cientos de vibradores que ofrece el mercado de la juguetería erótica. Algunas mujeres consiguen aumentar la intensidad de las caricias genitales con el uso de cremas efecto calor y las llamadas estimuladoras de clítoris. La industria de la cosmética sexual ofrece una amplia variedad de productos que pueden ser de gran ayuda.

AFECTACIONES SEXUALES PRIMARIAS

IMPOSIBILIDAD O DIFICULTAD EYACULATORIA MASCULINA

Para que tras la excitación prolongada se produzca el orgasmo y eyaculación, es necesaria una **fuerte contracción muscular en la zona genital**, suficiente como para provocar la expulsión del semen y la consiguiente sensación subjetiva de orgasmo. Este mecanismo es **dependiente de la comunicación médula-cerebro**, por lo que en la medida en la que esta esté afectada, encontraremos pacientes que no pueden eyacular y otros que lo consiguen pero con dificultad.

En ocasiones, las **dificultades eyaculatorias** vienen provocadas o agravadas por alguno de los **tratamientos asociados al paciente con E.M.**, como es el caso de los **antidepresivos**.



CONSEJOS PARA MEJORAR

LA IMPOSIBILIDAD O DIFICULTAD EYACULATORIA

“

El primer paso sería revisar los tratamientos que puedan estar interfiriendo en la respuesta orgásmica.

”

Conviene aclarar que en la actualidad no existen fármacos destinados a facilitar la eyaculación. Sin embargo, en ocasiones, de forma indirecta puede ayudar **el uso de los fármacos pro-eréctiles**, ya que cuanto mayor sea la erección mejor será la sensibilidad del pene.

Cada persona es diferente y su afectación particular, algunos pacientes, por ejemplo, refieren que pueden eyacular cuando se masturban en solitario pero no lo consiguen durante el coito. En estos casos es evidente que **no existe una pérdida de la capacidad eyaculatoria** sino más bien una afectación. **El consejo para el paciente** es que dedique la mayor cantidad de tiempo posible a los juegos previos, de manera que su nivel de excitación sea muy elevado cuando llegue la penetración.

Una vez más, **es importante ampliar el mapa erógeno de la persona**, atreverse a explorar el cuerpo e incluso facilitar la estimulación genital con juguetes eróticos como vibradores. Culturalmente el uso de aparatos vibradores en hombres puede resultar vergonzante. Sin embargo, la vibración en la zona perianal e incluso en el propio pene puede resultar muy placentera y facilitar la estimulación necesaria para eyacular. **Es importante romper con los tabúes y prejuicios en torno a la sexualidad.**

En el mercado podemos encontrar masajeadores con vibración que no tienen forma de pene, no todos los vibradores tienen que ser fálcos.



AFECTACIONES SEXUALES SECUNDARIAS

Cuando aparecen dificultades sexuales en el paciente con E.M. pero estos **se deben a síntomas que no afectan de manera directa a los órganos genitales.**

Algunas de ellas son

INCONTINENCIA URINARIA Y/O FECAL

FATIGA

ESPASTICIDAD Y DEBILIDAD MUSCULAR

TEMBLOR DEL CUERPO O MANOS

FALTA DE ATENCIÓN Y/O CONCENTRACIÓN

ALTERACIONES SENSORIALES NO GENITALES



AFECTACIONES SEXUALES SECUNDARIAS

INCONTINENCIA URINARIA Y/O FECAL

De forma resumida la incontinencia urinaria y/o fecal consiste en la **pérdida involuntaria por parte del paciente de orina y/o heces**. Este es uno de los problemas que **más preocupa a los pacientes de E.M.** no tanto por los problemas higiénicos que supone si no por la **afectación social**. Es un **miedo común** en afectados con E.M. el poder tener una pérdida intestinal o de orina durante una relación sexual.



CONSEJOS PARA PALIAR

LA INTERFERENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Al margen de las estrategias que se pueden seguir para tratar de evitar esta situación, **lo esencial es comunicar ese miedo e inquietud a la pareja**, en ocasiones la pareja entiende perfectamente el problema y no lo vive como algo excesivamente negativo. Como poco, el hecho de expresarlo **rebaja sustancialmente la ansiedad** ante la posibilidad de que ocurra.

No ingerir líquidos al menos una hora antes de la relación, tomar la medicación para la incontinencia media hora antes de la actividad sexual, al igual que sondarse justo antes del encuentro erótico, suponen **un mayor control sobre la vejiga de cara a la relación sexual**.

AFECTACIONES SEXUALES SECUNDARIAS

FATIGA

La fatiga es una **afectación muy común en personas con E.M.**, la complejidad de la enfermedad hace que no exista una única teoría que pueda explicar el motivo de ésta. Se habla de la inactividad prolongada, de las enfermedades concomitantes, de alteraciones hormonales, estado de ánimo depresivo e incluso de efectos secundarios a la medicación. Sea como fuere, **la interferencia de la fatiga en la vida del paciente es evidente** y **la sexualidad es una de las damnificadas** por esta sintomatología, provocando la **disminución en la frecuencia** e incluso el **rechazo total**.

“
...encontrar el equilibrio para que ni el dolor,
ni la fatiga bloqueen la relación sexual.
”



CONSEJOS PARA COMBATIR

LA FATIGA EN LAS RELACIONES SEXUALES

El paciente con E.M. conoce en qué momentos del día se siente más energético, por lo que sería bueno **planificar los encuentros íntimos de acuerdo a esos momentos de menor fatiga**. Hay que huir de la relación rígida sexo-noche, quizás por la mañana o a mediodía, el paciente se encuentra menos cansado y existe un espacio de tiempo para compartir. La idea no sería tener una cita para mantener relaciones sexuales, simplemente son **momentos de intimidad propicios** en los que cabe una relación sexual o simplemente el compartir un momento de pareja.

Resulta fundamental **romper con el mito de la espontaneidad**, es cierto que el sexo puede ser muy placentero cuando surge como respuesta a la pasión, pero esto no siempre sucede y en realidad la **planificación de la relación sexual** cuenta con **numerosas ventajas** sobre todo en personas con dificultades físicas.

La idea es vivir la organización del encuentro sexual como **una oportunidad** para coquetear con el momento los días previos, de esta manera podemos estar viviendo de forma erótica el encuentro varios días antes del mismo.

En este tipo de cambios **la comunicación e información sobre la enfermedad son fundamentales**. En ocasiones algunas parejas de afectados por E.M. consideran la fatiga como una excusa, cuando el verdadero motivo de la negativa es la pérdida de interés por el otro.

Existen fármacos que aumentan la fatiga, los más notables son aquellos que sirven para paliar el dolor que en ocasiones sufren las personas con E.M. Por tanto es recomendable que **el paciente hable con su médico para ver la dosis apropiada**. Quizás no sería buena idea tomar el fármaco justo antes de una relación sexual. Es fundamental **encontrar el equilibrio para que ni el dolor, justo la sensación opuesta al placer, ni la fatiga bloqueen la relación sexual**.

AFECTACIONES SEXUALES SECUNDARIAS

ESPASTICIDAD Y DEBILIDAD MUSCULAR

La espasticidad es un **síntoma característico de la E.M.** consistente en el **aumento patológico y reiterado del tono muscular**, generando una **limitación acusada del movimiento de las extremidades y debilidad muscular**. Estas dificultades provocan en un número elevado de casos **interferencias en las relaciones sexuales**.



CONSEJOS PARA PALIAR

LA AFECTACIÓN DE LA ESPASTICIDAD Y DEBILIDAD MUSCULAR EN EL SEXO

La lucha contra la espasticidad y debilidad muscular pasa por la **mejora en la comodidad de las relaciones sexuales**, para ello es esencial **medir y adecuar el entorno sexual**. El paciente con E.M. y su pareja pueden explorar diferentes posturas en busca de aquellas que resulten más cómodas y placenteras. Mimar el entorno y buscar las mejores posiciones no tiene por qué convertirse en un trabajo, si la pareja es capaz de convertirlo en un **juego de seducción** de lo más sugerente.

Una **ayuda extra** sería el **uso de fármacos antiespásticos** antes del encuentro sexual.

Sea como fuere, conviene explorar el cómo nos afecta este fármaco, así como el momento más adecuado en el que tomarlo, para que nos ayude en la relación. No olvidemos que los **caminos de la exploración sexual** no debemos vivirlos como un trabajo sino como un **juego erótico**.

AFECTACIONES SEXUALES SECUNDARIAS

PROBLEMAS COGNITIVOS (FALTA DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN)

La E.M. provoca en ocasiones **dificultades de atención y concentración en diferentes actividades**. Cuando estos déficits de atención y concentración irrumpen en las relaciones sexuales, la consecuencia es la **interferencia en el disfrute de la experiencia**, tanto del propio paciente que no logra focalizarse en las sensaciones positivas, como de su pareja que puede interpretar estos síntomas como signos de desinterés por parte del compañero.

“
Inundar los sentidos y la imaginación con estimulaciones eróticas.
”



CONSEJOS PARA MEJORAR

LA ATENCIÓN Y/O CONCENTRACIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES

La mejor estrategia, pasa por **inundar los sentidos y la imaginación con estimulaciones eróticas**. Palabras, susurros, música sensual para los oídos, olores sugerentes, caricias para los genitales pero no sólo para los genitales, luces tenues, ropa interior sexy, aspecto cuidado y sabores evocadores, formarían una armonía perfecta para mantener “bien ocupada” la atención.

El **entrenamiento de atención sensorial es útil más allá del contexto puramente sexual**. De hecho la forma de aprender a controlar nuestro foco de atención puede iniciarse fuera del contexto erótico. Una idea sería el tratar de **potenciar la percepción sensorial del gusto** al tomar alguna comida que nos guste especialmente, **el oído** con la música, **el tacto** con un masaje, **la vista** con la atención en un cuadro y **el olfato** con perfumes, flores o especias. Después podremos poner en práctica esta concentración sensorial cuando disfrutemos de una relación sexual.

Al margen de lo sensorial, **la imaginación** tiene un papel muy relevante en la sexualidad. **El aprendizaje y disfrute** de las fantasías, es prácticamente una **garantía de éxito en la relación**.

Pero para fantasear, lo primero es disculpabilizarse por ello y entender que **la fantasía es libre e íntima**. Las fantasías no sólo no son negativas sino que potencian la capacidad para disfrutar y dejarse llevar en el terreno sexual. Un buen entrenamiento en el **uso de la imaginación erótica** supone una garantía de placer sexual.



AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

Cuando la interferencia en la vivencia de la sexualidad aparece como consecuencia de **factores psicológicos, sociales y culturales relacionados con la E.M.**

Más allá de los problemas físicos propios de la E.M., la realidad sobre los problemas sexuales de los pacientes de E.M., al igual que los de parte de la población general que no vive plenamente su sexualidad, se resumirían en la **interferencia que suponen las afectaciones denominadas terciarias** y que a continuación describimos. Cabe mencionar, que al margen de los consejos concretos que aquí se ofrecen, la **terapia dirigida por especialistas en sexología**, acostumbra a ser un apoyo decisivo ante estas afectaciones:

BAJA AUTOESTIMA

DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

ROL CUIDADOR-ENFERMO

FALSOS MITOS (SEXO IGUAL A COITO, EXCLUSIÓN DEL SEXO EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD)



AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

BAJA AUTOESTIMA

La baja autoestima en general y la baja “autoestima sexual” en concreto, se encuentran **de forma recurrente** en pacientes con E.M.

Frases como “No sirvo para nada”, “Soy poco hombre”, “No puedo hacer disfrutar a nadie”, “El sexo ya se ha acabado para mí”; reflejan parte de la infravaloración de muchos de los afectados.

La autoestima es fundamental para poder disfrutar de una relación sexual, en realidad es imprescindible para poder disfrutar de cualquier otro aspecto de nuestra vida. Cuando alguien está convencido de que nadie puede sentirse atraído por él o ella, el deseo sexual desaparece. En algunos pacientes se observa cómo es tan intensa la desvalorización hacia ellos mismos que llegan a interpretar las muestras de afecto y deseo del otro, como formas de compasión y no de pasión.



CONSEJOS PARA MEJORAR

LA AUTOESTIMA SEXUAL

Aprender a **poner el acento en aquellas cosas que sí se pueden lograr**, en las **cualidades**, en vez de focalizar la atención en lo que ya no se puede hacer, en las pérdidas o los defectos, **es el primer paso para alimentar la autoestima.**

En cuanto a la autoestima sexual, el camino es similar, empezando por fijarse en las cualidades físicas que gustan a uno mismo y por tanto pueden gustar a los demás. **El paciente debe potenciar y centrarse en aquellas prácticas que sí puede realizar y en sus cualidades para proporcionar placer al otro.**

Todos tenemos piel y la capacidad de hacer disfrutar a quien se siente atraído por nosotros, sólo debemos escuchar al otro y poner todos nuestros sentidos en transmitir con nuestro cuerpo lo que sentimos.

AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Cualquier enfermedad crónica discapacitante supone **un proceso de aceptación psicológica**, que incluye **reducir el miedo a lo que me pasará y asumir lo que he perdido**. En la **E.M. este proceso es especialmente difícil**, ya que, una vez que se ha logrado, puede producirse otro brote que ponga el contador a cero, iniciando de nuevo ese proceso.

Estas cargas emocionales, pueden provocar tristeza, ira, ansiedad y depresión que, evidentemente, **interfiere en la esfera sexual de la persona**.



CONSEJOS PARA PALIAR

LOS EFECTOS DE LAS DIFICULTADES EN LA ACEPTACIÓN DE LA E.M. EN EL SEXO

La principal idea es que uno **tiene derecho a no querer llevar a cabo relaciones sexuales**, ni está obligado ni es un bicho raro por sentirlo así. **El sexo saludable es por definición sexo voluntario** y el paciente no tiene por qué sentirse culpable por apartar el sexo durante una etapa de su vida.

Aceptarse a uno mismo es aceptar también sus circunstancias, por lo que el paciente debe trabajar en la aceptación de los cambios en su vida pero también en su sexualidad. **Todos somos seres sexuales** y lo somos **al margen de nuestra condición física**, desde el día en que nacemos hasta el día en que muramos. Todos tenemos la capacidad de disfrutar de la sexualidad, más allá de las limitaciones físicas, si queremos hacerlo o no, depende de nosotros.

Es fundamental **ajustar las expectativas** del desempeño sexual, para evitar frustraciones. Al igual que una persona de 50 años debe entender que no puede tener la misma frecuencia y potencia sexual que cuando tenía 20 años, **una discapacidad supone aceptar los cambios sexuales** que se han producido, sin dejar de sentirse por ello, seres sexuales.

La plenitud sexual es un camino de aprendizaje del propio cuerpo y del otro, pero las condiciones cambian y nuestro cuerpo también, por lo que el camino supone **descubrir nuevas rutas y redescubrirlas después**, entendiendo que esta exploración puede ser en sí misma, todo un placer.

AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

ROL CUIDADOR-ENFERMO

Cuando es **la pareja del paciente de E.M.** sobre la que recae la tarea de **llevar a cabo la mayoría de cuidados**, la relación de pareja puede verse **severamente afectada**, ya que el erotismo se alimenta desde una parcela de intimidad que compartes con el otro de vez en cuando. Mostrarse constantemente, puede acabar con la **intimidad del enfermo** y complicar sobremedida la diferenciación del **rol de amante** con el de **enfermo-cuidador**.

“
El objetivo es mantener a salvo el espacio de intimidad y complicidad relacionada con la sexualidad.
”



CONSEJOS PARA COMBATIR

LA INTERFERENCIA DE LOS ROLES CUIDADOR-ENFERMO

Se debe comenzar por valorar diferentes alternativas de cuidados. Para muchas parejas el hecho de **disponer de personas externas** para muchos de los cuidados, supone una **preservación de la intimidad** muy valorada por el paciente y su pareja. Sin embargo otras parejas encuentran la clave para **diferenciar claramente los roles**, por lo que prefieren que nadie más que las personas imprescindibles, entren en contacto con la intimidad del paciente. **No hay una regla básica más allá de la comunicación** para evitar conflictos provocados por malos entendidos.

Al margen de optar por una u otra opción, es aconsejable **incluir la sexualidad en las conversaciones de pareja**, leer juntos literatura erótica o visionar cine. **El objetivo es mantener a salvo el espacio de intimidad y complicidad relacionada con la sexualidad.**

El sexo debe vivirse como un círculo donde cada práctica sexual tiene la misma importancia, donde no tiene por qué haber una práctica por la que se empiece ni un objetivo a alcanzar. La idea es empezar y acabar cuando queramos, disfrutando de cada instante sin mayor pretensión que **compartir con el otro o con nosotros mismos un espacio de intimidad y placer.**

La terapia sexual en pareja es una buena estrategia para prevenir estos errores y potenciar los hábitos positivos de una relación.

AFECTACIONES SEXUALES TERCIARIAS

MITOS Y FALSAS CREENCIAS QUE PUEDEN AFECTAR AL PACIENTE CON E.M

Son muchas las **creencias culturales** en torno a la sexualidad en general y a **la sexualidad de las personas con discapacidad** en particular, que atacan directamente contra su derecho a gozar de una sexualidad plena. Algunos de los más importantes son la idea de que el sexo es únicamente “válido”, “de verdad”, “completo” cuando incluye el coito. Esta idea **jerarquiza las prácticas sexuales**, considerando de segunda o únicamente como “preparativos” a aquellas conductas sexuales que no son penetración.

La fatiga, los problemas de erección y lubricación, la espasticidad y debilidad muscular provocan en ocasiones **dificultad o imposibilidad** de llevar a cabo un coito. Por lo que esta idea coital de la sexualidad convierte a quienes por un motivo u otro no pueden llevar a cabo una penetración, en seres con una sexualidad “anormal” que deben “conformarse” con sexo de segunda.

Además de esto, cunde en la sociedad la idea de que las **personas con discapacidad física no tienen deseo sexual** y si lo tienen no pueden llevar a cabo prácticas sexuales. Flotan en el ambiente expresiones como “Bastante tienen con su enfermedad como para preocuparse por el sexo” o “Ellos no pueden tener relaciones, ya que no pueden tener erección”. Este mensaje social hace que **muchos pacientes acepten esta idea y dejen a un lado la sexualidad**, mientras otros se sienten culpables o viciosos por desear y/o practicar el sexo viviendo con una discapacidad.



DESMONTANDO MITO Y FALSAS CREENCIAS

QUE PUEDEN AFECTAR A LA SEXUALIDAD

El sexo es en realidad una forma de comunicación humana, a través de la cual podemos expresar afecto, pasión, deseo, cariño, atracción y amor. Un beso, una caricia, el sexo oral, el coito, el sexo anal, la masturbación son sólo algunas de las maneras de expresarse en este lenguaje que es el sexo, ninguna de ellas es más o menos importante, ninguna de ellas es fundamental. Siempre desde el **respeto a uno mismo y al otro**, podemos disfrutar de cualquier forma de sexualidad y rechazar aquellas prácticas que no apetezca llevar a cabo. El único objetivo de una relación sexual es **compartir un momento placentero con el otro**.

En muchos momentos entendemos el sexo como subir una escalera hacia el orgasmo y **cada peldaño aumenta el nivel de calidad sexual**, empezamos por palabras, besos, caricias, masturbación, sexo oral, coito y orgasmos. El riesgo de la escalera es que si no conseguimos llegar hasta arriba, nos sentimos frustrados, si nos quedamos en algún peldaño intermedio, por ejemplo si no llegamos al coito, la sensación es de derrota aunque hubiésemos estado disfrutando hasta ese momento.

El sexo debe vivirse como un círculo donde cada práctica sexual tiene la misma importancia, donde no tiene por qué haber una práctica por la que se empieza ni un objetivo a alcanzar. La idea es empezar y acabar cuando queramos, disfrutando de cada instante sin mayor pretensión que **compartir con el otro o con nosotros mismos un espacio de intimidad y placer**.

La sexualidad es un derecho humano, por lo que cualquier persona independientemente de su edad, condición física o estado mental debe poder ejercerlo, como se recogió en los derechos sexuales el 29 de junio de 1997, Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia.

¿CUÁL ES EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

A pesar de la amalgama de definiciones que existen de enfermería, en todas ellas aparece la idea común de una **actividad profesional** que apoyada en un cuerpo de conocimientos científicos propios, se encamina a **promover un estado de salud óptimo al paciente** que le permita **satisfacer las necesidades básicas de todo ser humano**.

La sexualidad es un derecho humano y el contacto e intimidad corporal son una de necesidad interpersonal básica del individuo.

Parece claro que la **colaboración en la promoción de la salud sexual** de un enfermo con Esclerosis Múltiple, también **compete al personal de enfermería**, ya que hablamos de necesidades básicas, salud y calidad de vida del paciente.

Sea como fuere, no podemos olvidar el **enorme potencial de la sexualidad**. Una persona que goza de una vida sexual satisfactoria es una persona que se evalúa de forma más positiva y mantiene un mejor estado de ánimo. En el otro lado, una persona con una prolongada vivencia negativa de su sexualidad, acusa una baja autoestima y estado de ánimo.



Por si fuera poco, el rol del personal de enfermería aúna la **profesionalidad** y **reconocimiento** que socialmente se atribuye al personal sanitario, con la **cercanía y calidez de quien procura cuidados**. Este hecho facilita que los pacientes encuentren en su enfermero/a a **la persona a la que pueden contarle y consultarle sus inquietudes más íntimas**. Muchas veces el profesional de enfermería es el primer receptor de las angustias y dudas que devienen a un paciente con E.M. y a su pareja.

El sexo sigue siendo un tabú y aún más cuando hablamos de la **sexualidad de personas con una discapacidad física**. El desconocimiento, los prejuicios o la vergüenza pueden hacer que personas que podrían mantener una vivencia de la sexualidad satisfactoria a pesar de su discapacidad, sufran la renuncia de un aspecto esencial de su propia identidad, como es la sexualidad.

Es cierto que el sexo es algo tan natural en el ser humano, como comer, pero no es menos cierto que **la sexualidad pertenece a la esfera íntima de la persona**, por lo que debemos tener cuidado para no convertir en invasión la mejor de las voluntades.

ALGUNAS IDEAS PARA AFRONTAR UNA CONSULTA O REVELACIÓN EN TORNO A LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CON E.M. O SU PAREJA

Si estamos dispuestos a ayudar, el primer paso es aprender a mantener un equilibrio entre lo que es **no cerrar el canal de comunicación sexual** con el paciente, **pero sin perder profesionalidad e intimidad.**



ES FACILITADOR

- Continuar con naturalidad una conversación sobre sexualidad general.
- Llamar a las cosas por su nombre sin utilizar eufemismos aunque los utilice el paciente.
- Llevar a cabo preguntas sobre las posibles afectaciones sexuales del paciente.



ES INAPROPIADO

- Permitir flirteos o insinuaciones sexuales.
- Responder preguntas personales sobre nuestra sexualidad.

Asociaciones de Pacientes con Esclerosis Múltiple

FELEM: Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple

http://www.esclerosismultiple.com/esclerosis_multiple/index.php

c/ Santa Hortensia, 15 Oficina B-2. 28002 Madrid

Tel.: +34 91 441 01 59 // +34 91 399 24 92

Fax: +34 91 399 24 92

info@esclerosismultiple.com

FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE ARAGÓN (FADEMA)

www.fadema.org

976 74 27 67 - 976 74 27 67

fadema@fadema.org

ASOCIACIÓN CÁNTABRA DE EM (ACDEM)

www.esclerosismultiplecantabria.org

942 33 86 22 - 942 33 86 22

info@esclerosismultiplecantabria.org

ASOCIACIÓN DE AFECTADOS Y FAMILIARES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE BURGOS (AFAEM)

www.esclerosismultipleburgos.org

947 20 79 46 - 947 20 79 46

afaemburgos@gmail.com

ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (AVEM)

www.avemva.es

983 26 04 58 - 983 26 04 58

emvalladolid@telefonica.net

ASOCIACIÓN PALENTINA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (APEM)

<http://www.esclerosismultiple.com/palencia>

979 10 01 50 - 979 10 01 50

apempalencia@gmail.com

ASOCIACIÓN LEONESA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ALDEM)

www.aldemleon.es

987 22 66 99 - 987 27 63.12

aldem@aldemleon.es

ASOCIACIÓN ZAMORANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (AZDEM)

www.azdemzamora.es

980 67 12 04 - 980 67 12 04

azdemzamora@gmail.com

ASOCIACIÓN SEGOVIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ASGEM)

www.segoviaesclerosis.org

921 42 37 58

info@segoviaesclerosis.org

ASOCIACIÓN DE EM DE CUENCA (ADEMCU)

www.esclerosismultiplecuenca.castillalamancha.es

969 23 56 23 - 969 23 56 23

esclerosiscu@terra.es

ASOCIACIÓN CATALANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE J.M.CHARCOT

www.femcet.com

902 11 30 24

informacio@tlmk.fem.es

ESCLEROSIS MÚLTIPLE-ASOCIACIÓN DE GIRONA

www.fem.es

972 18 69 15

mmunoz@fem.es

ESCLEROSIS MÚLTIPLE-ASOCIACIÓN DE LLEIDA

www.fem.es

973 70 53 64

fem.lleida.ics@gencat.cat

Asociaciones de Pacientes con Esclerosis Múltiple

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DEL BAIX LLOBREGAT

www.aemba.org
93 662 86 10
aemgava@telefonica.net

ESCLEROSIS MÚLTIPLE-ASOCIACIÓN DE TARRAGONA

www.fem.es
977 12 80 24 - 977 12 80 05
hdiareus@fem.es

FUNDACION ESCLEROSIS MÚLTIPLE

www.fem.es
93 228 96 99 - 93 424 27 77
info@fem.es

ASOCIACIÓN BALEAR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ABDEM)

www.abdem.es
971 22 93 88 - 971 22 93 99
abdem@telefonica.net

ASOCIACIÓN DE EM ISLA DE MENORCA (AEMIM)

www.esclerosismultiple.com
971 36 36 77 - 971 35 36 80
emmenorca@hotmail.com

ASOCIACIÓN DE EM DE IBIZA Y FORMENTERA (AEMIF)

www.esclerosismultiple.com
971 36 36 77 - 971 35 36 80
emmenorca@hotmail.com

FUNDACIÓN EMBAT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

www.fundacioembat.org
971 22 93 88 - 971 479 744
embat@fundacioembat.org

ASOCIACIÓN RIOJANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ARDEM)

www.ardem.es
941 21 46 58 - 941 21 46 58
ardem@ardem.es

FUNDACIÓN PRIVADA MADRID CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

www.femmadrid.org
91 399 32 45 - 91 451 40 79
info@femmadrid.org

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE CARTAGENA Y SU COMARCA

www.esclerosis-cartagena.es
868 09 52 53
esclerosis_cartagena@hotmail.com

ASOCIACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE ÁREA III (AEMA III)

www.aema3.org
689 333 202
aema3@aema3.org

ASOCIACIÓN NAVARRA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ADEMNA

http://www.ademna.es/
948 384 396 / 948 35
info@ademna.es

FUNDACIÓN VASCA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EUGENIA EPALZA

www.emfundazioa.org
94 476 51 38 - 94 476 60 96
info@emfundazioa.org

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE BIZKAIA (ADEMBI)

www.emfundazioa.org
94 476 51 38
info@emfundazioa.org

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ARABA (AEMAR)

www.asociacionaemar.com
945 157 561 - 945 157 561
info@asociacionaemar.com

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE GIPUZKOA (ADEMGI)

www.ademgi.org
943 24 56 00 - 943 32 32 59
info@ademgi.org

ASOCIACIÓN DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ALICANTE (ADEMA)

www.ademalicante.org
96 513 15 12 - 96 513 43 54
info@ademalicante.org

ASOCIACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (ACVEM)

www.acvem.org
96 356 28 20 - 96 372 08 88
acvem@hotmail.com

AXEM-ÁREA 13. ASOCIACIÓN DE XATIVA CONTRA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DEL ÁREA 13

96 204 75 56 - 96 204 75 56
AXEM13@hotmail.com

ASEM GALICIA. ASOCIACIÓN GALLEGA CONTRA LAS

ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

http://www.asemgalicia.com/
986 378 001
info@asemgalicia.com

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

http://www.aadem.org/
985 28 80 39

FEDEMA. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE ANDALUCÍA

http://www.fedema.es/index.php
902 43 08 80
fedema@fedema.org

ATEM. Asociación Tinerfeña de Esclerosis Múltiple

http://atem-tenerife.blogspot.com.es/
https://www.facebook.com/EsclerosisMultipleTenerife
922 20 16 99
aedem-tenerife@aedem.org

Conviviendo con la esclerosis múltiple

