



**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESI DOCTORAL**  
**2017**

**EL SILENCIAMIENTO DE LA INCONTINENCIA  
URINARIA FEMENINA DESDE UNA PERSPECTIVA DE  
GÉNERO: ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO  
FISIOTERÁPICO**

**Elisa Bosch Donate**





**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**  
**2017**

**Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias**

**EL SILENCIAMIENTO DE LA INCONTINENCIA  
URINARIA FEMENINA DESDE UNA PERSPECTIVA DE  
GÉNERO: ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO  
FISIOTERÁPICO**

**Elisa Bosch Donate**

**Directora: Dra. Victoria Aurora Ferrer Pérez**  
**Directora: Dra. Concepción Zaforteza Lallemand**

**Doctora por la Universitat de les Illes Balears**





## LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

**CER:** Comité de Ética de la Investigación

**DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud

**FDA:** Food and Drug Administration

**IBESTAT:** Instituto Balear de Estadística

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**ICS/SIC:** Intertational Continenence Society/Sociedad Internacional para la Continencia

**ICS:** Investigación Cualitativa en Salud

**IU:** Incontinencia Urinaria

**IUE:** Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

**IUM:** Incontinencia Urinaria Mixta

**IUU:** Incontinencia Urinaria de Urgencia

**MAPS:** Measure of Adaptations for Pelvic Symptoms.

**OMS/WHO:** Organización Mundial de la Salud/ World Health Organisation

**SP:** Suelo Pélvico



**A las mujeres...#NiUnaMenos**



## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que quisiera que apareciesen en los agradecimientos de mi tesis, y espero que todas y todos los que me habéis animado durante todo este tiempo sepáis que lo valoro muchísimo.

En primer lugar quiero agradecer a todas las mujeres del Casal de les Dones y profesionales de salud que han participado en este estudio por su implicación y generosidad.

En segundo lugar quiero expresar mi gratitud a mis directoras Viky y Concha, mujeres a las que admiro mucho, por todas y cada una de sus aportaciones que me han ayudado a crecer durante todo este proceso y a cuestionarme siempre más cosas.

Y en tercer lugar a todas las personas que me han acompañado también en este proceso dándome ánimo o colaborando con él. Especialmente a Majda Violeta, Hugo y Ramón les quiero agradecer la alegría y ánimo que me han proporcionado en todo momento, a pesar de mis largas ausencias en casa; a mis padres por hacer de canguros incondicionales en cualquier momento y a mis queridísimas *las del alma*, Gemma, Lola, Eva y Mercedes por creer siempre en mí.

Gracias por las colaboraciones aportadas a Aina, Cristina, Mica, Olga, Anna, Neus, Ramón, Lluís y Damià.

Igualmente, quiero expresar a mis compañeras y compañeros del Departamento de Enfermería y Fisioterapia todo el apoyo y ánimos que me han aportado, especialmente a Maite, Jesús y Natalia por las largas charlas; a Paz por acogerme y por los veranos de bibliotecas, a Carlos, Inma, losune...y a todas y todos sin dejarme a nadie.



## **RESUMEN**

La incontinencia urinaria es un problema de salud muy prevalente entre las mujeres que afecta a su calidad de vida y autonomía. La revisión de la literatura muestra que está infradiagnosticada, infratratada y poco reportada, constituyendo un problema silente.

Además, la fisioterapia uroginecológica se considera como un tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria, y, se ha evidenciado la necesidad de incorporar programas de educación y prevención en diferentes momentos del ciclo vital de las mujeres. Sin embargo, se ha demostrado la falta de accesibilidad al tratamiento.

A pesar de todo esto, no se han tomado medidas en la práctica clínica para revertir el silenciamiento de la incontinencia urinaria, ni la falta de acceso a sus cuidados. Los objetivos planteados en este proyecto van dirigidos a desvelar cómo los roles de género de las mujeres y el personal sanitario influyen en la silenciaci3n de la incontinencia urinaria femenina, y en la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

La propuesta metodol3gica para lograr este fin es cualitativa de análisis de discurso, y está enmarcada en el paradigma crítico feminista y su apuesta por la incorporaci3n de la perspectiva de género.

Los hallazgos desvelan que el silenciamiento es un entramado complejo sustentado en la feminidad normativa de la incontinencia urinaria, los sesgos de género en la atenci3n clínica, y las normas sociales y culturales respecto a la continencia-incontinencia. La falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico es consecuencia de todo el entramado del silenciamiento y de otros factores del contexto biomédico, como son los conflictos entre las diferentes especialidades.

## **RESUM**

La incontinència urinària és un problema de salut molt prevalent entre les dones que afecta a la seva qualitat de vida i autonomia. La revisió de la literatura mostra que està ingradiagnosticada, infractada i poc consultada, constituint un problema silent.

A més, la fisioteràpia uroginecològica es considera com un tractament de primera línia per la incontinència urinària, i, s'ha evidenciat la necessitat de incorporar programes d'educació i prevenció als diferents moments del cicle vital de les dones. No obstant, s'ha demostrat a falta d'accessibilitat al tractament.

Malgrat tot això, no s'han pres mesures a la pràctica clínica per revertir la silenciació de la incontinència urinària, ni la falta d'accés a les seves cures. Els objectius plantejats en aquest projecte estan dirigits a desvelar com els rols de gènere de les dones i del personal sanitari influeixen a la silenciació de la incontinència urinària femenina, i a la falta d'accessibilitat al al tractament fisioteràpic.

La proposta metodològica per aconseguir aquest fi és qualitativa d'anàlisi de discurs, i està emmarcada al paradigma crític feminista i la seva aposta per la incorporació de la perspectiva de gènere.

Les troballes desvelen que la silenciació és un entramat complex sustentat a la feminitat normativa de la incontinència urinària, els biaixos de gener a l'atenció clínica, i les normes socials i culturals respecte a la continència-incontinència. La falta d'accessibilitat al tractament fisioteràpic és conseqüència de tot l'entramat de la silenciació i d'altres factors del context biomèdic, como són els conflictes entre les diferents especialitats.

## **ABSTRACT**

Urinary incontinence is a very prevalent health problem among women that affects their quality of life and autonomy. A review of the literature shows that it is underdiagnosed, undertreated and poorly reported, constituting a silent problem.

In addition, urogynecological physiotherapy is considered as a first-line treatment for urinary incontinence and the need to incorporate education and prevention programs at different points in the life cycle of women has become evident. However, the lack of accessibility to the treatment has been demonstrated.

In spite of all this, no measures have been taken in clinical practice to reverse the silencing of urinary incontinence, or the lack of access to its care. The objectives set out in this project are aimed at revealing how the gender roles of women and health personnel have an influence on the silencing of female urinary incontinence and the lack of accessibility to physiotherapeutic treatment.

The methodological proposal to achieve this goal is qualitative discourse analysis, and is framed within the critical feminist paradigm and its commitment to the incorporation of the gender perspective.

The findings reveal that silencing is a complex scheme based on normative femininity of urinary incontinence, gender bias in clinical care, and social and cultural norms regarding continence-incontinence. The lack of accessibility to physiotherapeutic treatment is a consequence of the whole scheme of silencing and other factors in the biomedical context, such as conflicts between the different specialties.





## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: REFLEXIVIDAD Y POSICIONAMIENTO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 2: INCONTINENCIA URINARIA .....</b>	<b>13</b>
2.1. EL SUELO PÉLVICO DE LAS MUJERES VERSUS EL DE LOS HOMBRES .....	14
2.2. INCONTINENCIA URINARIA: DEFINICIÓN Y TIPOS .....	16
2.3. PREVALENCIA .....	17
2.4. FACTORES DE RIESGO.....	20
2.5. DIAGNÓSTICO .....	23
2.6. EL ROL DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE LA MUJER .....	25
<b>CAPÍTULO 3: CONTEXTUALIZACIÓN .....</b>	<b>30</b>
3.1. LA CONTINENCIA-INCONTINENCIA EN LA CULTURA .....	32
3.2. LA CULTURA BIOMÉDICA Y LA ATENCIÓN SANITARIA.....	35
3.3. SALUD DE LAS MUJERES: DETERMINANTES SOCIALES Y DESIGUALDADES EN LA SALUD.....	38
<b>CAPITULO 4: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....</b>	<b>42</b>
4.1. SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INCONTINENCIA URINARIA .....	46
4.2. LA EXPERIENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA: SENTIMIENTOS Y CONSECUENCIAS .....	49
4.3. LAS ESTRATEGIAS DE LAS MUJERES FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA.....	53
4.4. LAS QUEJAS DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA RESPECTO A LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO. ....	56
4.5. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA ATENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA. ....	57
4.6 INCONTINENCIA URINARIA Y GÉNERO.....	61
3.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA LITERATURA.....	63
<b>CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>CAPITULO 6: PERSPECTIVA TEÓRICA .....</b>	<b>70</b>
6.1. TEORÍA CRÍTICA FEMINISTA COMO PARADIGMA .....	73
6.2. SISTEMA SEXO/GÉNERO. ROLES DE GÉNERO. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO.....	77
6.3. FEMINISMO Y SALUD .....	81
6.4. EVOLUCIÓN DE LOS ENFOQUES DE GÉNERO EN SALUD E INTERSECCIÓN DE TEORÍAS DE LA SALUD Y TEORÍA FEMINISTA.....	83
6.5. CATALOGACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA FEMINISTA EN MATERIA DE SALUD: ESTUDIOS DE LAS MUJERES, ESTUDIOS FEMINISTAS Y ESTUDIOS DE GÉNERO VERSUS ESTUDIOS FEMINISTAS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO. RESISTENCIAS RELACIONADAS CON EL FEMINISMO .....	88

6.6. CONCEPTOS DE LA TEORÍA CRÍTICA FEMINISTA PARA LA SALUD .....	89
6.6.1. <i>Invisibilización de las mujeres a través de los sesgos de género</i> .....	91
6.6.2. <i>Inferioridad de las mujeres a través de la naturalización, la renaturalización y el reduccionismo</i> .....	95
6.6.3. <i>Control de las mujeres a través de la medicalización de las mujeres y encarnizamiento médico</i> .....	98
6.7. LA CONTRIBUCIÓN DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA SILENCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE LAS MUJERES .....	100
<b>CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA .....</b>	<b>102</b>
7.1. OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: A QUÉ QUIERO DAR RESPUESTA	104
7.2. DISEÑO DEL ESTUDIO, CONGRUENCIA TEÓRICA Y POTENCIALIDADES DEL DISEÑO. ....	105
7.3. LOCALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS DE ENTRADA AL LUGAR DEL ESTUDIO .....	107
7.4. PARTICIPANTES, MATERIALES Y MUESTRA .....	108
7.5. ESTRATEGIAS DE GENERACIÓN DE DATOS.....	114
7.6. ANÁLISIS DE DATOS .....	117
7.7. RIGOR DEL ESTUDIO .....	118
7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	121
<b>CAPITULO 8. RESULTADOS.....</b>	<b>122</b>
8.1. CONTEXTO.....	126
8.1.1. <i>Arbitrariedad de los recursos sanitarios para la IU</i> .....	126
8.1.2. <i>Atención fragmentada y heterogénea</i> .....	129
8.1.3. <i>Falta de recursos</i> .....	130
8.1.4. <i>Consecuencias de la atención fragmentada y la falta de recursos</i> . ....	133
8.1.4.1. “Hay que hacer un periplo para acudir al rehabilitador” .....	133
8.1.4.2. “Te puedes morir esperando” .....	136
8.1.4.3. “La gente se tiene que buscar la vida” .....	137
8.2. LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA .....	139
8.2.1. <i>Sentimientos</i> .....	140
8.2.1.1. “La IU es una cruz que tienes que soportar” .....	140
8.2.1.2. “Siempre ha sido un tabú, tan misterioso y tan pecaminoso” .....	142
8.2.1.3. “Los médicos te ignoran totalmente” .....	144
8.2.1.4. “No te dicen nada, hay poca información sobre esto”.....	146
8.2.2. <i>Naturalización</i> .....	148
8.2.2.1. “Se me escapa el pipí lo normal” .....	148

8.2.2.2 “Tenemos la impresión de que eso solamente nos pasa a la gente mayor, parece que es sinónimo de vejez” .....	152
8.2.2.3. “La IU es un precio a pagar por haber tenido niños” .....	153
8.2.2.4. “El esfuerzo físico que hemos hecho tantos años” .....	154
8.2.2.5. “El running está haciendo mucho daño” .....	156
<b>8.2.3. Reconocer la IU como problema .....</b>	<b>158</b>
8.2.3.1. “Ya no puedo más” .....	160
8.2.3.2 “Creo que soy demasiado joven para que me pase” .....	162
<b>8.2.4. Estrategias .....</b>	<b>164</b>
8.2.4.1. “Yo por regla general siempre me pongo un salva slip” .....	164
8.2.4.2. “La vida social queda totalmente yugulada y exterminada” .....	166
8.2.4.3. “Tengo una guía de baños públicos de Palma” .....	168
8.2.4.4. “Las mujeres se lo cargan todo a las espaldas, no tienen tiempo para cuidarse” .....	170
8.2.4.5. “Yo le dije que no, que no me operaba” .....	173
<b>8.3. PROFESIONALES DE LA SALUD .....</b>	<b>175</b>
<b>8.3.1. Las mujeres con incontinencia urinaria invisibilizadas.....</b>	<b>175</b>
8.3.1.1. “No sabían ni donde estaba colocado el suelo pélvico” .....	175
8.3.1.2 “Sorprende la ignorancia que hay de lo que hacemos” .....	178
<b>8.3.2. Las mujeres con incontinencia urinaria inferiorizadas.....</b>	<b>179</b>
8.3.2.1. “Ya se te pasará, esto es normal” .....	180
8.3.2.2. “No me tienes que llenar el servicio de mujeres que se mean” .....	181
8.3.2.3. “Hay que animar a las mujeres a que acudan a sus centros sanitarios” .....	184
<b>8.3.3. Las mujeres con incontinencia urinaria controladas.....</b>	<b>185</b>
8.3.3.1. “Y entonces él solo dijo -no es operable-” .....	186
8.3.3.2. “Desde el punto de vista quirúrgico queda mejor...” .....	187
8.3.3.3. “La episiotomía es indefendible” .....	191
8.3.3.4. “Ahí está la lucha, ¿De quién es el suelo pélvico?, no es de nadie, es de la paciente, es de la mujer” .....	196
<b>8.3.4. Derivación a fisioterapia.....</b>	<b>201</b>
<b>CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN .....</b>	<b>204</b>
<b>9.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS .....</b>	<b>207</b>
9.1.1. <i>Atención fragmentada y especialización extrema .....</i>	<i>207</i>
9.1.2. <i>Derivaciones confusas y recursos escasos .....</i>	<i>209</i>
9.1.3. <i>Listas de espera .....</i>	<i>212</i>
<b>9.2. LA INFLUENCIA DE LOS ROLES Y LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA SILENCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR PARTE DE LAS MUJERES.....</b>	<b>213</b>
9.2.1 <i>El mito de la incontinencia urinaria de las mujeres y las compresas como única solución.....</i>	<i>214</i>

9.2.2. <i>División sexual del trabajo y doble jornada como facilitadoras de la incontinencia urinaria en las mujeres</i> .....	216
9.2.3. <i>Los estándares actuales de belleza y el deporte de alto impacto</i> .....	219
9.3. LA INFLUENCIA DE LOS ROLES DE GÉNERO EN EL MANEJO DE LA IU POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO .....	222
9.3.1. <i>Las mujeres con incontinencia urinaria invisibles</i> .....	222
9.3.1.1. La falta de conocimientos sobre la incontinencia urinaria .....	223
9.3.1.2. La invisibilidad de la morbilidad diferencial de la incontinencia urinaria .....	224
9.3.1.3. Los sesgos de género en la atención a la incontinencia urinaria: investigación, diagnóstico y tratamiento .....	226
9.3.2. <i>Las incontinencia urinaria de las mujeres: un problema de salud inferior</i> .....	230
9.3.2.1. La naturalización y la insoportable inevitabilidad de la incontinencia urinaria de las mujeres ....	230
9.3.2.2. Reduccionismo de la incontinencia urinaria: invisibilización de la sintomatología y de las quejas de las mujeres .....	231
9.3.3. <i>El control de la salud de las mujeres y la incontinencia urinarias</i> .....	233
9.3.3.1. El suelo pélvico como campo de batalla .....	234
9.3.3.2. De la medicalización de la prevención al encarnizamiento médico. ....	235
9.3.3.2. El poder del acto médico .....	237
9.4. LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO. ....	240
9.4.1. <i>El contexto sanitario dificulta la accesibilidad al tratamiento fisioterápico</i> .....	240
9.4.2. <i>La feminidad normativa de la IU</i> .....	242
9.4.3. <i>El personal sanitario</i> .....	243
<b>CAPÍTULO 10. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	<b>245</b>
10. 1. CONCLUSIONES .....	247
10.1.1. <i>El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina</i> .....	247
10.1.2. <i>Accesibilidad al tratamiento fisioterápico</i> .....	249
10.2. IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES .....	250
10.2.1. <i>Implicaciones en la práctica clínica</i> .....	250
10.2.2. <i>Implicaciones en la investigación y en la docencia</i> .....	253
10.2.3. <i>Implicaciones en las políticas</i> .....	253
10.2.4. <i>Implicaciones para las mujeres y los Espacios de Mujeres.</i> .....	254
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>255</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>279</b>
ANEXO 1: .....	280

TRÍPTICO SOBRE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LAS DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO. COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LAS ISLAS BALEARES .....	280
ANEXO 2: .....	283
CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF .....	283
ANEXO 3: .....	285
DIARIO MICCIONAL .....	285
ANEXO 5: .....	287
CUADRO DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS .....	287
ANEXO 4: .....	289
INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA .....	289
<i>UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS</i> .....	289
ANEXO 6: .....	291
INFORME FAVORABLE DEL <i>CASAL DE LES DONES</i> DE PALMA .....	291
ANEXO 7: .....	293
HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS MUJERES Y PERSONAL SANITARIO .....	293
ANEXO 8: .....	298
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	298

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. MODELO SOCIOECONÓMICO DE LA SALUD .....	39
Figura 2. MODELO DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LAS MUJERES.....	40
Figura 3. ROL DE GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD.....	40
Figura 4. ENTRE EL SUFRIMIENTO Y LA ESPERANZA.....	52
Figura 5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO .....	91
Figura 6. CONSULTA DE LAS MUJERES CON IU AL PERSONAL SANITARIO .....	149
Figura 7.ESPECIALIDAD SANITARIA CONSULTADA .....	159
Figura 8. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA IU SIN CONSULTA .....	160
Figura 9. USO DE COMPRESAS PARA LA IU .....	165
Figura 10. EL SILENCIAMIENTO DE LA IU FEMENINA.....	240
Figura 11. MODELO DE ATENCIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO .....	252

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. PREVALENCIA DE LA IU EN MUJERES .....	18
Tabla 2. PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS .....	18
Tabla 3. PREVALENCIA DE IU EN HOMBRES .....	19
Tabla 4. TÉCNICAS FISIOTERÁPICAS para el tratamiento de la incontinencia urinaria...27	
Tabla 5. PRINCIPALES BARRERAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.....	59
Tabla 6. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO .....	81
Tabla 7. OBJETIVOS GENERALES EN LA INVESTIGACIÓN FEMINISTA EN SALUD .....	83
Tabla 8. PROPUESTAS FEMINISTAS EN SALUD .....	87
Tabla 9. SESGOS DE GÉNERO EN EL ACTO MÉDICO .....	94
Tabla 10. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	104
Tabla 11. CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE ENFOQUE DE GÉNERO EN UN PROBLEMA DE SALUD .....	106
Tabla 12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES .....	110
Tabla 13. FACTORES PSICOSOCIALES DEL PERSONAL SANITARIO ENTREVISTADO .....	112
Tabla 14. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS .....	113
Tabla 15. GUIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	115
Tabla 16. GUIÓN ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD .....	116
Tabla 17. CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	125

# **CAPÍTULO 1: REFLEXIVIDAD Y POSICIONAMIENTO**



Cuando decidí iniciar este proceso no sabía cuan intenso iba a ser ni lo que me depararía. Una de mis primeras tareas como doctoranda ha sido hacer un ejercicio de reflexividad, o más bien, tomar conciencia del proceso reflexivo. Sabía *aquello* que quería investigar y cuáles eran las emociones que me motivaban a hacerlo. Sin embargo, desconocía la importancia de la reflexividad como herramienta de análisis en la investigación cualitativa.

La reflexividad es una habilidad humana que está presente en las interacciones sociales y, precisamente por esto, se hace presente en la investigación cualitativa. Así que no se trata de hacer solamente el ejercicio de reflexión ante un proceso investigador, sino que se trata de ser reflexivo (de la Cuesta-Benjumea, 2011). También es imperativo posicionarse frente al fenómeno de estudio, al fin y al cabo la reflexividad es la toma de posición y una acto de honestidad (Meo, 2010).

Me dispongo pues, a presentar este trabajo como el resultado de un proceso reflexivo que me acompañó a lo largo de los años de práctica clínica fisioterápica. Me formé como fisioterapeuta al inicio de los noventa, pero no fue hasta una década más tarde cuando descubrí el campo de la fisioterapia en la uroginecología. En ese momento, era un área de conocimiento que no estaba desarrollada en los planes de estudios de lo que era la Diplomatura en Fisioterapia, por lo que fue necesario formarme a través de posgrados específicos. En paralelo, trabajaba en el departamento de fisioterapia del Hospital *Son Llätzer* de Palma de Mallorca y como profesora asociada de fisioterapia en la *Universitat de les Illes Balears*. Junto con otras compañeras fisioterapeutas del hospital emprendimos un proyecto: la puesta en marcha de una unidad de suelo pélvico (en adelante SP) en el área de rehabilitación y fisioterapia; con la finalidad de recoger información visitamos otros hospitales, como el de *Can Ruti* en Barcelona, o el de *Son Dureta* en Palma, donde en el primer caso ya funcionaba una unidad desde hacía años, y en el segundo caso estaban en una situación similar a la nuestra.

Mi proceso reflexivo, empieza en ese periodo, cuando tengo ocasión de atender a las primeras pacientes. Viene motivado por la incredulidad y la indignación que me provocaba la escucha de las historias de las mujeres que venían a consulta.

Podía entender el sufrimiento inherente a un problema de salud, en el caso que me ocupa, las incontinencias urinarias de las mujeres. Era comprensible porque la incontinencia urinaria (en adelante IU) provoca una pérdida de la calidad de vida, y muchas veces viene acompañada de otros desórdenes del SP, como las incontinencias fecales, los prolapsos genitales, o las disfunciones sexuales. Sin embargo, lo que no tenía justificación, a mi entender, eran las situaciones de falta de diagnóstico (Irwin, Milsom, Kopp, Abrams & Cardozo, 2006) y de falta de acceso al tratamiento (Norton & Brubaker, 2006). Si se hubiesen tenido en cuenta las medidas preventivas necesarias se hubiese podido evitar sufrimiento innecesario y el agravamiento de la patología (Delarmelindo, 2013). ¿Por qué no se las escuchaba ni tampoco obtenían respuesta a su problema de salud?.

Por otra parte, muchos de los relatos de las mujeres respecto al trato recibido por el sistema sanitario, como concluiremos en capítulos posteriores, podríamos considerarlo como encarnizamiento terapéutico y violencia obstétrica (Gérvás & Pérez-Fernández, 2016).

Empecé a sentir mucha incomodidad cuando al inicio de mi carrera como especialista del SP algunos profesionales sanitarios hacían alusión a las mujeres con IU, refiriéndose a ellas como *las meadas*. Otros, mostrando total desinterés hacia las disfunciones del SP - *no me gusta el SP* -; para zanjar una conversación en la que un jefe de ginecología de un hospital público negaba la posibilidad de que las mujeres con IU pudiesen acceder al tratamiento conservador fisioterápico.

Todas estas situaciones me llevaron a participar en una campaña de sensibilización sobre el rol de la fisioterapia en la especialidad de la uroginecología, coloproctología, y en las disfunciones sexuales, que se lanzó desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares alrededor del año 2007. Las acciones que se desarrollaron contaron con la publicación de un tríptico informativo que fue enviado a todos los médicos y médicas de atención primaria de la comunidad de las Islas Baleares (Anexo 1). Después

se realizaron charlas y talleres en diferentes espacios asociativos de la isla de Mallorca y centros de Atención Primaria, que iban dirigidos a los y las profesionales de salud y a las mujeres que sintiesen la necesidad de obtener información sobre la IU.

Algunas de las acciones se desarrollaron en los casales de barrios y en las sedes de asociaciones. En dos de ellos me he quedado de manera permanente realizando trabajo comunitario y educación para la salud hasta el día de hoy: uno de los centros es el *Casal de les Dones*, que está subvencionado por el *Institut Balear de la Dona*, y el otro es el *Casal Petit* (Centro de atención a la mujer). Es en este contexto donde entro en contacto año tras año con muchas mujeres que tienen algún trastorno del SP, normalmente IU y otras disfunciones asociadas, mujeres que se han prestado a participar en esta investigación.

Al poco tiempo de iniciar la campaña descrita, me incorporé a mi actual ocupación laboral como profesora colaboradora a tiempo completo en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la *Universitat de les Illes Balears*, por lo que dejé mi práctica clínica para iniciar los estudios de Máster en Ciencias Sociales aplicadas a la Atención Sociosanitaria.

Por primera vez en mi vida, recibí formación específica sobre las desigualdades por razón de género. Es a partir de este momento, cuando empecé a relacionar ideas y cuestiones que surgían en mi práctica clínica, y cuando por fin empecé a encontrar base científica para poder ir resolviéndolas. Recuerdo ese momento muy esclarecedor, sin duda, cambió mis intereses y motivaciones en la investigación.

Quería entender las causas de la ocultación de la IU. Ya era evidente y demostrable que las mujeres con IU no solicitan cuidados médicos (Higa, Lopes, & Turato, 2008) y otras lo hacen pasados varios años después del inicio de la misma (Bradway, Coyne, Irwin, & Kopp, 2008; El-Azab & Shaaban, 2010; Horrocks, Somerset, Stoddart, & Peters, 2004). El silencio, el estigma que acarrea *las meadas* y el tabú que suele acompañar a la IU, ya sea el ejercido por los sistemas de salud, o por el que acompaña a las mujeres incontinentes, hace que este problema esté infradiagnosticado (Salinas, Díaz, Brenes,

Cuenllas, & Verdejo, 2010), infratratado (Norton & Brubaker, 2006) e infraconsultado (Li, Cai, Glance, & Mukamel, 2007; C Shaw, Tansey, Jackson, Hyde, & Allan, 2001).

Este silencio, o este silenciamiento no es exclusivo de la IU femenina, también está presente en otros problemas de salud de las mujeres: en la endometriosis, la fibromialgia o de la enfermedad obstructiva crónica entre tantos otros (González San Juan, 2011; São Bento & Moreira, 2014; Valls-Llobet, 2006). El sistema que invisibiliza y que infravalora los problemas de salud de las mujeres está sustentado en el heteropatriarcado, y, se ejerce a través de una atención sanitaria androcéntrica que por norma no contempla los sesgos de género sino que los produce y reproduce (Valls-Llobet, 2009).

Mi posicionamiento respecto a este fenómeno, el silenciamiento de la IU, es crítico-social y está sustentado en la teoría crítica feminista, particularmente en el trabajo desarrollado en materia de salud en las cuatro últimas décadas, en el contexto de la tercera ola del feminismo. Este posicionamiento me acompaña a lo largo de todo el trabajo, desde el mismo planteamiento, hasta la discusión y las conclusiones. La perspectiva de género ha sido la herramienta que me ha ayudado a poder dar explicación al por qué la IU femenina es un problema de *segunda categoría* naturalizada socialmente (Esteban, 2004), y, para desenmarañar las causas por las que las mujeres que tienen IU, muchas veces son invisibles, ignoradas y acalladas con compresas absorbentes.

También me posiciono como fisioterapeuta, defensora de la eficacia del tratamiento conservador y de la no discriminación en la accesibilidad para todas las personas a la prevención y al tratamiento fisioterápico de la IU, sin importar su clase socio-económica, si es hombre o mujer, su procedencia, edad, o cualquier otra característica.

## **CAPÍTULO 2: INCONTINENCIA URINARIA**

La IU, en mi opinión, es el paradigma de las inequidades que se dan en el tratamiento y prevención de todas las disfunciones del SP en las mujeres, ya que es la más frecuente y la más naturalizada de todas ellas. Utilizo el término IU femenina como fenómeno de estudio y no IU de las mujeres, porque a pesar de que *femenino* se utiliza para describir una relación de sexo-género, la IU de las mujeres se ha convertido para la sociedad y la atención sanitaria en una condición natural ligada al sexo, una cuestión biológica se ha convertido en cultural.

En este apartado me voy a referir a cuestiones biomédicas, fisiológicas y epidemiológicas de la IU pero también voy a tratar de incorporar la PG para justificar al finalizar mi trabajo, cómo los roles y estereotipos de género influyen en su silenciamiento.

## **2.1. EL SUELO PÉLVICO DE LAS MUJERES VERSUS EL DE LOS HOMBRES**

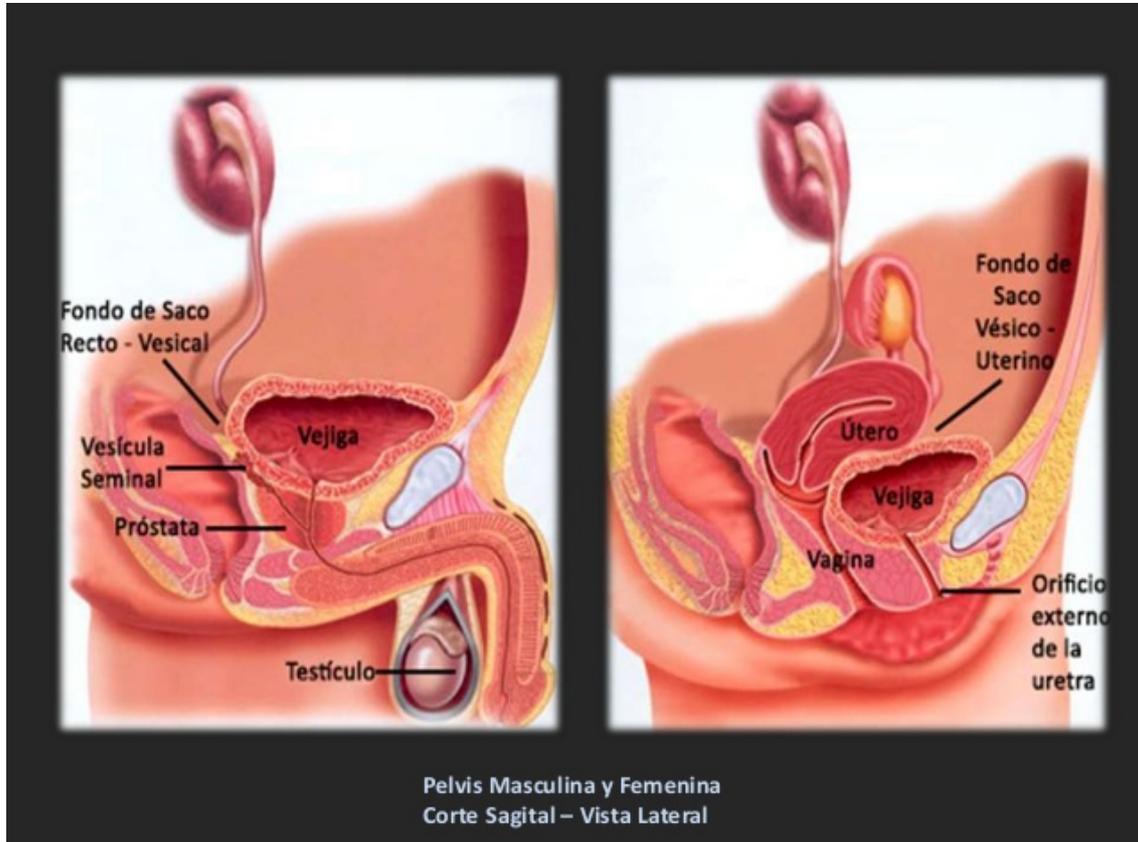
Dice Valls-Llobet (2009) que el hecho de estudiar las diferencias biológicas entre mujeres y hombres dentro de una cultura androcéntrica, sólo puede conseguir que aumenten las discriminaciones, ya que es muy posible que las diferencias se utilicen para demostrar la inferioridad, sin embargo, es un riesgo que se debe correr para poder desarrollar una ciencia de la morbilidad diferencial.

Para entender las inequidades en la atención de la IU entre mujeres y hombres, y, la naturalización en el caso de las mujeres, es necesario revisar estas diferencias anatómicas y etiológicas.

El suelo de la pelvis o SP es un conjunto de músculos y membranas aponeuróticas que cierran en su parte inferior la pelvis ósea. Además de las diferencias que hay entre mujeres y hombres en la pelvis ósea, también existen diferencias en la disposición de los órganos ubicados en la misma. En las mujeres encontramos (en un plano sagital) por la parte más anterior la vejiga, medialmente el útero y en la parte posterior el recto. Estos tres órganos pertenecen a tres sistemas diferentes: urinario, reproductor y

digestivo. En el caso de los hombres, el aparato reproductor y urinario se fusionan en el último tramo: la uretra (Aston-Miller & Delancey, 2015; Walker, 2006).

ILUSTRACIÓN 1. CORTE SAGITAL PELVIS



(López Balbuena, 2015)

Esta estructura desempeña varias funciones en las mujeres como son: el sostén de los órganos pélvicos, la amortiguación de las presiones intraabdominales, y juega un papel crucial en el parto y en la función sexual. Sin embargo, la función que quiero destacar en este trabajo, es la continencia. La continencia urinaria se consigue por una compleja interrelación entre el aparato urinario inferior (vejiga y uretra) y la musculatura perineal bajo el control de mecanismos neurológicos voluntarios y autonómicos (Pena Outeriño & Rodríguez Pérez, 2007).

Cuando la musculatura perineal se debilita, alguna o varias de sus funciones se pueden ver comprometidas. Las disfunciones más comunes en las mujeres van a ser la IU, la

incontinencia fecal, el prolapso o descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina (POP), el estreñimiento crónico y las disfunciones sexuales (Amostegui Azkúe, Ferri Morales, Lillo, & Serra, 2004; Lacima & Espuña, 2008). El descenso de la vejiga y de la unión uretro-vesical puede predisponer a la IUE en las mujeres, situación que no se da en los varones que no tienen vagina ni útero.

Quiero señalar, que tener en cuenta estas diferencias biológicas y estructurales visibiliza los diferentes factores de riesgo, o lo que es lo mismo, la morbilidad diferencial de la IU; además, en vista de la complejidad que representa el SP, y dada la extrema especialización de la medicina, no será difícil de intuir los conflictos que se van a generar entre las diferentes especialidades.

## **2.2. INCONTINENCIA URINARIA: DEFINICIÓN Y TIPOS**

La Sociedad Internacional para la Continencia (ICS) define la IU como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, y de tal magnitud que constituye un problema higiénico o social; más adelante se acepta también la definición de IU como la queja de cualquier fuga de orina involuntaria (Paul Abrams et al., 2002). Aunque no compromete la vida de las personas que la sufren, sí que afecta negativamente a la calidad de vida de las personas que la padecen, porque reduce su autonomía y su autoestima (Cotterill, 2011; Ferri Morales, Melgar de Corral, Avendaño Coy, Puchades Belenguer, & Torres Costoso, 2003; Flores & Pizarro, 2012).

Los tipos más frecuentes de IU son la de esfuerzo (IUE), la de urgencia (IUU) y la mixta (IUM). La IUE es la pérdida involuntaria de orina que se produce al realizar algún esfuerzo, como estornudar, levantar pesos, correr, etc.; a causa del aumento de presión intraabdominal que se ejerce durante el esfuerzo realizado y el fracaso de las estructuras anatómicas que deben procurar el cierre del esfínter de la uretra en ese momento (Walker, 2006). La IUU es la pérdida de orina involuntaria que se produce por una contracción no controlada del músculo detrusor, es decir, de la vejiga, y puede ser de

unas gotas o hasta el vaciado completo de la vejiga (Anger et al., 2013); y por último, la combinación de estos dos tipos de IU constituyen la IUM.

La definición de la IU ha sido fuente de controversia y de falta de consenso internacional a la hora de diagnosticarla y de investigarla; por eso, entre otras cosas no resulta fácil saber la verdadera magnitud del problema y las prevalencias son muy dispares entre los estudios epidemiológicos, como voy a describir a continuación. Esta situación es muy relevante para mi estudio porque el silencio también está en las cifras, y, en lo que cada profesional sanitario entienda por “objetivamente demostrable” o por “cualquier queja de fuga de orina involuntaria”, es decir, ¿Qué es objetivamente demostrable? y ¿Es suficiente la queja que las mujeres hagan de fugas de orina para ser atendidas?.

### **2.3. PREVALENCIA**

Tal como he señalado, la prevalencia de la IU es muy variable y no está bien establecida a causa de las diferentes interpretaciones que se hacen de su definición y de los métodos diagnósticos que se utilizan. También hay variabilidad por la población estudiada, los tipos de IU que se han incluido en los ensayos y los países en los que se han desarrollado los estudios (Hannestad, Rortveit, Sandvik, & Hunskaar, 2000; Lepire & Hatem, 2007; Nieto Blanco et al., 2003; Robles, 2006; Ros, España-Pons, Ortega, & Aliaga, 2015; Salinas et al., 2010; Saura, López, Díaz, & Martínez-Fornés, 2001).

Salinas Casado et al. publican en 2010 una revisión bibliográfica de los estudios de prevalencia de la IU en España de los últimos 10 años a través de una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, COCHRAN y búsqueda manual. Estos autores concluyen que la prevalencia oscila entre un 24% y un 40% en mujeres adultas no institucionalizadas, y entre un 7% y un 17% en hombres adultos no institucionalizados. En relación a la heterogeneidad de los resultados, los autores señalan las mismas causas ya mencionadas: la diferencia respecto a la definición de la IU, las técnicas diagnóstica, los métodos de recogida de datos, la gravedad de la IU, las diferencias entre las muestras, etc.

Por su parte, Fernández et al. (2012), a partir de la revisión sistemática de 100 estudios epidemiológicos, publican las siguientes tablas que recogen la prevalencia de IU de hombres y mujeres en diferentes países.

**TABLA 1. PREVALENCIA DE LA IU EN MUJERES**

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Definición	Encuesta	%	Prevalencia
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	2.124	30+	≥1vez/año	Personal	-	9%
Schulman <sup>(11)</sup>	1997	Bélgica	2.770	30+	Habitualmente	Postal	-	16%
Swichinbank <sup>(12)</sup>	1999	Reino Unido	2.075	18+	≥1vez/mes	Postal	80	69%
Hägglund <sup>(5)</sup>	1999	Suecia	3.493	18-70	Habitualmente	Postal	88	26%
Hannestad <sup>(4)</sup>	2000	Noruega	27.936	20+	Habitualmente	Postal	74	25%
Moller <sup>(13)</sup>	2000	Dinamarca	2.860	40-60	≥1vez/sem	Postal	72	28%
Perry <sup>(3)</sup>	2000	Reino Unido	5.544	40+	Alguna vez	Postal	70	39%
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	2.767	40+	≥1vez/año	Teléfono	100	11%
Hunskaar <sup>(14)</sup>	2004	España Francia Alemania Reino Unido	29.500	18+	≥1vez/último mes	Postal	-	23% 44% 41% 42%
Melville <sup>(1)</sup>	2005	EE.UU.	3.536	30-90	Alguna vez	Postal	64	45%
Yan-feng <sup>(10)</sup>	2005	China	4.694	20+	≥1vez/mes	Postal	78	19%

(Fernández Pérez et al., 2012, p. 103)

**TABLA 2. PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MAYORES DE 60 AÑOS**

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Definición	Encuesta	%	Prevalencia
Diokno <sup>(15)</sup>	1986	EE.UU.	1.150	60+	≥1vez/mes	Personal	66	22%
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	840	60+	≥1vez/año	Personal	-	12%
Brown <sup>(16)</sup>	1996	EE.UU.	7.949	65+	≥1vez/mes	Personal	-	41%
Nygaard <sup>(17)</sup>	1996	EE.UU.	2.025	65+	Alguna vez	Personal	85	55%
Damian <sup>(8)</sup>	1998	España	589	65+	Habitualmente	Personal	71	16%
Hannestad <sup>(4)</sup>	2000	Noruega	8.004	60+	Habitualmente	Postal	74	30%
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	1.301	60+	≥1vez/año	Teléfono	100	13%
Iglesias <sup>(7)</sup>	2000	España	486	65+	Alguna vez	Personal	95	42%
Maggi <sup>(18)</sup>	2001	Italia	1.531	65+	Alguna vez	Personal	-	22%
Zunzunegui <sup>(9)</sup>	2002	España	566	65+	Alguna vez	Personal	75	30%

(Fernández Pérez et al., 2012, p. 103)

TABLA 3. PREVALENCIA DE IU EN HOMBRES

Estudio	Año	Lugar	N	Edad	Encuesta	Prevalencia
Diokno <sup>(15)</sup>	1986	EE.UU.	1.955	60+	Personal	<b>19</b>
Brocklehurst <sup>(2)</sup>	1993	Reino Unido	2.124	30+	Personal	<b>3,8</b>
Hunter <sup>(44)</sup>	1996	España	2.002	65+	Personal	<b>6,1</b>
Schulman <sup>(45)</sup>	1997	Bélgica	2.499	30+	Postal	<b>5,2</b>
Malmsten <sup>(46)</sup>	1997	Suecia	7.738	45+	Postal	<b>9,2</b>
Damian <sup>(6)</sup>	1998	España	589	65+	Personal	<b>14,5</b>
Iglesias <sup>(7)</sup>	2000	España	341	65+	Personal	<b>29</b>
Bartolotti <sup>(6)</sup>	2000	Italia	2.721	40+	Teléfono	<b>3,4</b>
Perry <sup>(3)</sup>	2000	Reino Unido	4.682	40+	Postal	<b>28,5</b>
Ueda <sup>(47)</sup>	2000	Japón	3.500	40+	Postal	<b>10,5</b>
Maggi S <sup>(16)</sup>	2001	Italia	867	65+	Personal	<b>11,2</b>
Zunzunegui <sup>(9)</sup>	2002	España	584	65+	Personal	<b>14</b>
Boyle <sup>(48)</sup> (EUREPIK)	2003	Francia	4.979	40-79	Postal	<b>7,3</b>
		Holanda				<b>16,3</b>
		Reino Unido				<b>14,4</b>
		Corea				<b>4,3</b>
Castro <sup>(18)</sup>	2005	España	824	40+	Teléfono	<b>10,4</b>

(Fernández Pérez et al., 2012, p. 108)

En Mallorca, lugar donde se desarrolla el presente estudio, la prevalencia de la IU en mujeres fue estudiada por el *Grupo de investigación sobre la incontinencia urinaria* (Rebassa et al., 2013). Este estudio descriptivo transversal poblacional estimó en un 24% las mujeres incontinentes, una de cuatro. De los tipos de incontinencia, el más elevado en esta población fue la IUE, y todas las mujeres con IU presentaron peor calidad de vida. Aunque no se estudió la prevalencia entre los hombres, en base a la información anteriormente presentada y según los últimos datos poblacionales publicados en *L'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)*, podemos estimar que esta prevalencia estaría en torno a un 7 % (Govern de les Illes Balears, 2011).

En definitiva, la IU es un problema invisible porque no está suficientemente diagnosticado (Flores Sánchez et al., 2004; Irwin et al., 2006), aunque sí se puede afirmar que es un problema muy prevalente y que afecta mucho más a las mujeres en una proporción de 3 a 1 (Berghmans, 2006; Salinas et al., 2010), igualándose la diferencia a medida que aumenta la edad llegando a superar el 50% en mujeres ancianas y en

hombres institucionalizados mayores de 85 años (Nieto Blanco et al., 2003; Robles, 2006; Salinas et al., 2010).

#### **2.4. FACTORES DE RIESGO**

La literatura científica es muy abundante y prolija en lo referido al embarazo y el parto como potenciales factores de riesgo que predisponen a la IU entre las mujeres; no obstante, quiero dirigir la atención a la peligrosidad del protagonismo de estos dos acontecimientos, que naturalizan la IU de las mujeres en el posparto y hasta mucho tiempo después.

Los mecanismos fisiopatológicos que predispone al SP a la pérdida de su integridad y por consiguiente a su debilidad están relacionados con la aparición de las disfunciones del mismo, como la pérdida de la continencia (Caufriez, Fernández Domínguez, Deman, & Wary-Thys, 2007; Davis, 2010; Ewings, Spencer, Marsh, & O'Sullivan, 2005).

A continuación paso a describir aquellos factores de riesgo potenciales para la IU en las mujeres, algunos muy estudiados y otros casi invisibles.

##### ***Embarazo***

El embarazo es uno de los factores de riesgo más importantes en la aparición de patología funcional del SP (Amostegui Azkúe et al., 2004; Chaliha, 2009; Day & Goad, 2010; Dietz & Schierlitz, 2005; Herbruck, 2008; Walker, 2013). Muchos de los síntomas que aparecen en esta etapa pueden mejorar e incluso desaparecer al cabo de unas semanas. Sin embargo, el cambio postural que las mujeres embarazadas experimentan se puede mantener durante meses después del alumbramiento, siendo desencadenante a medio y largo plazo de la gran mayoría de patología funcional del SP: IUE, prolapsos de los órganos pélvicos, dolor perineal (el más frecuente es la dispareunia o dolor durante el coito), disfunciones sexuales y disfunciones ano-rectales (las más frecuentes son

incontinencia fecal, estreñimiento crónico y síndrome del elevador del ano) (Ferri Morales & Amostegui Azkúe, 2004; Lacima & Espuña, 2008).

En definitiva, el cambio postural lumbo-pélvico y el aumento de peso durante el embarazo hacen que la musculatura de la cincha abdominal y del SP se debilite (Caufriez et al., 2007; M. D. Smith, Coppieters, & Hodges, 2007).

### **Parto**

El parto es el factor de riesgo más estudiado y que se acepta en la literatura científica de manera más común como una de las causas de la aparición de lesiones pelvipereineales (Amostegui Azkúe et al., 2004; K. Marshall, Walsh, & Baxter, 2002; Walker, 2007). Estas lesiones están sujetas en ocasiones a las prácticas instrumentales obstétricas y también al desarrollo del parto en sí mismo. Las lesiones más frecuentes son los desgarros musculares con afectación del esfínter anal o perineal, sobre estiramiento del nervio pudendo, sobre distensión de los ligamentos útero-sacros y por tanto del plexo hipogástrico (Amostegui Azkúe et al., 2004; Moraleda, 2007). El uso de anestesia epidural, junto con la hormona oxitocina sintética, están relacionados con la ralentización del parto, aumentado la probabilidad de episiotomía y la utilización de fórceps o ventosa. También son indicadores de mayor o menor número de lesiones el peso fetal, el perímetro cefálico fetal, el tipo de pujo, la posición de la mujer y el tiempo del expulsivo (Amostegui Azkúe et al., 2004).

En la *Estrategia de atención al parto normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008) se revisa la evidencia científica en torno a las técnicas instrumentales que se utilizan rutinariamente en la atención al parto normal como son el uso de fórceps o ventosa, la episiotomía, la analgesia epidural, la cesárea o la maniobra de *Kristeller*, que consiste en presionar con el antebrazo el abdomen y que puede comportar gran riesgo tanto para la mujer como para el feto, y, se dan recomendaciones para la reducción de las mismas. Sin embargo, las cifras que se siguen registrando de estas prácticas en la atención al parto en España superan con creces las recomendaciones oficiales, son injustificadas y dignas de reflexión (Equipo Kristeller, 2014; Recio Alcaide, 2015).

***Intervenciones quirúrgicas del SP o de la cavidad abdominal: el caso de la histerectomía preventiva***

Dentro de los factores de riesgo, es importante considerar las intervenciones quirúrgicas que pueden provocar una pérdida de fuerza de la musculatura del SP y/o de la cincha abdominal (músculos abdominales oblicuos y transversos del abdomen) (Pena Outeiriño, Rodríguez Pérez, Villodres Duarte, Mármol Navarro, & Lozano Blasco, 2007).

En el caso de las intervenciones más agresivas como la histerectomía (extirpación del útero), existen bastantes estudios que la relacionan como un factor de riesgo de la IU, prolapso de la cúpula vaginal, dispareunia o dolor en las relaciones sexuales, rectocele (caída del recto), entre otros (Brown, Sawaya, Thom, & Grady, 2000; Fernández Pérez et al., 2012; Idoipe Tomás, Abad Gairín, Muniesa Caldero, & Conejero Sagrañes, 1990). Dado el gran número de histerectomías de tipo preventivo (por miomas, dolor pélvico, endometriosis, sangrados abundantes, etc.) es necesario reflexionar hasta qué punto esta intervención mejora la calidad de vida de las mujeres (de la Cueva, 2011; Gérvas & Pérez-Fernández, 2016).

***Estreñimiento crónico, la obesidad, el tabaquismo, menopausia y el desconocimiento y/o pérdida de conocimiento de la zona perineal y obesidad***

Otro conjunto de riesgos potenciales son el estreñimiento, al estar ligado a los esfuerzos no moderados y repetitivos para defecar, que van a provocar la elongación y debilidad del SP (Lacima & Espuña, 2008); la obesidad, que al igual que el aumento de peso durante el embarazo, el sobrepeso común o la obesidad está provocando la hipersolicitación de la capacidad amortiguadora y de sostén del SP (Caufriez, Fernández Domínguez, Defosse, & Wary-Thys, 2008); o, el tabaquismo, por el hecho de que la tos repetitiva activa constantemente la amortiguación del SP debilitándolo.

Durante la menopausia se inicia una disminución de la secreción de estrógenos, que se establecerá en este período vital de las mujeres. La hipoestrogenia contribuye a la

relajación del SP y a la pérdida de la elasticidad de los tejidos, facilitando una deficiencia intrínseca del esfínter uretra (Robles, 2006).

El caso de la falta de conciencia corporal del SP, de no reconocer la contracción voluntaria del mismo, también está relacionado con la disfunción del SP (Moreno Sierra, Redondo González, Bocardo Fajardo, Silmi Moyano, & Resel Estévez, 2000).

### ***Profesiones y prácticas deportivas de alto impacto***

Cualquier estudio sobre la IU de las mujeres suele citar estos dos factores de riesgo además de todos los descritos anteriormente (Amostegui Azkúe, 2007; Lacima & Espuña, 2008; Shamliyan, Wyman, Bliss, Kane, & Wilt, 2007). Sin embargo, no hay estudios que profundicen y relacionen el tipo de trabajo ejercido por las mujeres, los esfuerzos físicos debidos al rol tradicional de cuidadora y de los de doble jornada con la aparición de la IUE o el empeoramiento de los síntomas.

El estudio de las prácticas deportivas de impacto sí que ha recibido más atención e incluso se señalan tipos de deportes concretos, el atletismo, el salto de trampolín o el baloncesto, como algunos de los que más predisponen a la IU (Cabrera Guerra, 2006; Rial & Riera, 2012).

## **2.5. DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de la IU, a mi modo de ver, no debería ser un escollo añadido a la dificultad que representa para muchas mujeres el acceso al tratamiento conservador fisioterápico; este proceso puede ser muy dispar y es reflejo del desarrollo exponencial de la tecnología en medicina.

Entre estos procedimientos se encuentran la exploración urodinámica que permite valorar las disfunciones del vaciado vesical a través de pruebas como la flujometría (valora la relación volumen/tiempo de la micción espontánea), la cistomanometría (que valora la relación del volumen y la presión durante la fase de llenado y de vaciado) y

evaluación de la función uretral (Walker, 2006). A veces también se utilizan técnicas endoscópicas, para descartar patología orgánica y técnicas a través de imagen como la ecografía, la radiología y resonancia magnética (Fernández, Molina, & Valtorta, 2015; Wert Ortega, Herraiz del Olmo, Oliete Sempere, Fernández Ramírez, & Zaki, 2001).

Frente a este tipo de diagnóstico, que debería estar reservado para la patología más compleja, se encuentra la valoración clínica que cuenta con herramientas más sencillas como los cuestionarios de síntomas y escalas de calidad de vida recomendados por la *International Continence Society*, el *Urinary Incontinence Quality of Life Scale (IQOL)*, el *International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ-SF* o el *Incontinence Questionnaire IQI3 Test* (Royal Dutch Society Physical Therapy, 2011) (Anexo 2). También se puede hacer uso del diario miccional (Anexo 3) para poder objetivar las pérdidas de orina y cuantificarlas; así como para la reeducación de la IU (Kelleher et al., 2013).

Por su parte, la fisioterapia también puede realizar el diagnóstico de la IUE con ayuda de algunos de los cuestionarios citados junto con la exploración física (Laycock, Jerwood, McKey, & al., 2001) tal como recomiendan las guías de práctica clínica basadas en las evidencias (Royal Dutch Society Physical Therapy, 2011). Según la revisión sistemática de la literatura y el metaanálisis llevado a cabo por Martin y colaboradores (2006) se ha demostrado que se puede establecer el diagnóstico de la IUE en mujeres ya sea con la historia clínica o por los exámenes urodinámicos con resultados muy similares. Esto facilitaría el acceso directo al tratamiento directo de fisioterapia sin más dilación, tal como se recomienda en la citada guía.

En ocasiones también se utilizan otras pruebas diagnósticas complementarias como el análisis de orina y el *pad test* o test de la compresa que cuantifica las pérdidas de orina a través de la diferencia de peso de la compresa antes y después de ser usada por la paciente .

## 2.6. EL ROL DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE LA MUJER

La atención y los cuidados de las personas con IU son competencia de todo el personal sanitario, que debe estar suficientemente formado e informado para poder procesar las quejas referidas de los escapes de orina, procurar los consejos adecuados y hacer la derivación oportuna sin más dilación.

Una vez evaluada la patología y diagnosticada la IU, se puede abordar a través de tratamiento conservador, quirúrgico o farmacológico. Las guías de evidencia promueven el tratamiento conservador fisioterápico y reservan el tratamiento quirúrgico en caso de haber fracasado el primero (Berghmans, Hendriks, Bernards, & de Bie, 2015; Bernards et al., 2014; Hay-Smith, Mørkved, Fairbrother, & Herbison, 2008).

El tratamiento farmacológico está indicado en la IUU o hiperactividad de la vejiga, en la IUM y no es efectivo en la IUE. Los fármacos que se suelen prescribir son los anticolinérgicos o antimuscarínicos que actúan bloqueando los receptores que activan la contracción del músculo detrusor (vejiga), inhibiendo la sensación inminente de orinar (Robles, 2006; Walker, 2006).

El tratamiento quirúrgico cuenta con casi 200 procedimientos diferentes clasificados en tres grupos: inyectables uretrales, cabestrillos suburetrales y colposuspensiones (Robles, 2006; Walker, 2006).

Los inyectables uretrales son el procedimiento menos invasivo indicado en la IUE y consiste en inyectar diferentes sustancias alrededor del cuello uretral para mantener la continencia (Bedós et al., 1996); los cabestrillos suburetrales son mallas libres de tensión que van a fijar la uretra media al pubis y reforzar los ligamentos pubouretrales (Beco & Mouchel, 2010; Bedós et al., 1996); y, las colposuspensiones están indicadas en la hipermovilidad uretral de la IUE que consisten en el estiramiento de los tejidos próximos al cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad pélvica (Beco & Mouchel, 2010; Bedós et al., 1996; Walker, 2006).

### ***Tratamiento fisioterápico***

La fisioterapia perineal tiene su origen en 1948, cuando el ginecólogo norteamericano Arnold Kegel (Briggs, 2006) propone ejercicios de reeducación del SP, a través de contracciones voluntarias y repetidas.

No será hasta los años setenta cuando comienza a desarrollarse también en Europa esta disciplina. Alain Bourcier introduce en Francia el concepto de fisioterapia uroginecológica y coloproctológica, y promueve la formación y la investigación de fisioterapeutas en este campo. Más adelante, fisioterapeutas como Guy Valancongne, Dominique Grosse y Pierre Minaire en Francia, Marcel Caufriez en Bélgica, y Jo Laycock en Reino Unido han contribuido al desarrollo científico de la fisioterapia perineal y han formado a generaciones de fisioterapeutas de muchos países europeos, incluida España (Martínez Bustelo, Ferri Morales, Martínez Rodríguez, Patilo Núñez, & Viñas Diz, 2007).

La fisioterapia perineal incluye técnicas comportamentales, instrumentales y manuales cuyo objetivo son restaurar el control y la calidad de la contracción voluntaria de la musculatura del SP, la estática visceral y las propiedades viscoelásticas de los tejidos perineales, con el fin de prevenir, tratar y mejorar las disfunciones uroginecoloproctológicas (Bø, 2003; Chantale Dumoulin et al., 2004; Neumann, Grimmer, Grant, & Gill, 2005). Es un tratamiento barato y con muy pocos efectos secundarios, que suele obtener muy buenos resultados siempre y cuando esté bien indicado y se cumplan los plazos establecidos. La adherencia y la implicación de las pacientes son primordiales (Ferri Morales, Melgar de Corral, et al., 2003).

Además de ser muy útil en el tratamiento de algunas disfunciones del SP, la fisioterapia también es fundamental en la prevención de las mismas. Como se ha comentado anteriormente, se han descrito como factores de riesgo para la IU el embarazo, el parto y la menopausia, entre otros, por eso será importante actuar en estos periodos. A partir

de la octava semana del postparto, habría que realizar de manera sistemática una evaluación pelvi-perineal (Amostegui Azkúe et al., 2004; K. Marshall et al., 2002) y en función de la misma programar la intervención de fisioterapia.

Al tratamiento de fisioterapia siempre le precede una fase de información, educación y aprendizaje de la cuál va a depender el éxito del tratamiento (Chaliha & Morkved, 2015). La mitad de las mujeres que acuden a consulta no saben contraer la musculatura del SP de manera voluntaria (Bø, 2003), y que el entrenamiento y enseñanza a partir de técnicas manuales frente al escrito o verbal, obtiene muchos más resultados (Tsai & Liu, 2009).

A continuación resumo algunas de las técnicas de fisioterapia en el campo de la uroginecología y referencias bibliográficas de los estudios o guías de evidencia que corroboran su eficacia en el tratamiento de la IU.

TABLA 4. TÉCNICAS FISIOTERÁPICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

<b>TÉCNICAS FISIOTERÁPICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA IU</b>	
<b>ENTRENAMIENTO MUSCULAR DEL SUELO PÉLVICO</b>  (Briggs, 2006; Chaliha & Morkved, 2015; C Dumoulin & Hay-Smith, 2008; Hay-Smith et al., 2008)	Está especialmente centrado en la mejora de la fuerza y la coordinación de los músculos periuretrales y del suelo pélvico. El tratamiento adecuado con EMSP debe incluir siempre una valoración de la contracción y la relajación de la MSP, porque el efecto del EMSP depende de si las contracciones y las relajaciones se realizan correctamente (Berghmans, 2006).
<b>TÉCNICAS MANUALES</b>  (Amostegui Azkúe et al., 2004; Tsai & Liu, 2009)	El tratamiento manual es intracavitario, intravaginal e intraanal. Tratamiento individualizado tras valoración fisioterápica. Objetivos: reeducar el tono, la fuerza, la resistencia y la fatigabilidad del SP. Otras técnicas manuales: los estiramientos, el masaje perineal, técnicas de Cyriax (masaje transversal profundo) y técnicas de punto gatillo.
<b>ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON AYUDA DEL BIOFEEDBACK O BIORRETROALIMENTACIÓN</b>  (Neumann, Grimmer, & Deenadayalan, 2006)	El biofeedback se define como un grupo de procedimientos experimentales que utilizan un sensor externo para evaluar un proceso corporal. No es una terapia en sí misma, pero puede utilizarse en el tratamiento de pacientes con IU para darles una indicación de la actividad de los músculos del SP, en reposo, en contracción y en relajación (Walker, 2013).

<p><b>ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON AYUDA DE LA ELECTROESTIMULACIÓN</b></p> <p>(Hay-Smith et al., 2008; Neumann et al., 2006)</p>	<p>El propósito de la electroestimulación en el tratamiento de los pacientes con IUE es hacer que los músculos del suelo pélvico se contraigan, con el objetivo de lograr un efecto de entrenamiento para asegurar que el SP proporcione suficiente apoyo para prevenir la pérdida de orina durante un aumento en la Presión intra-abdominal.</p>
<p><b>ENTRENAMIENTO DEL SUELO PÉLVICO CON AYUDA DE LOS CONOS VAGINALES</b></p> <p>(Neumann et al., 2006)</p>	<p>Los conos vaginales son unos dispositivos intravaginales de diferentes pesos. El objetivo del uso de conos vaginales es entrenar a los músculos del SP mediante su contracción la caída del cono a través de la vagina.</p>
<p><b>REEDUCACIÓN LUMBO-ABDOMINAL-PÉLVICA.</b></p>	<p>Además del trabajo analítico de las diferentes estructuras implicadas en la disfunción del SP, la fisioterapia cuenta con un trabajo global, que pretende armonizar y recuperar la musculatura y la estática postural. La gimnasia abdominal-hipopresiva descrita por Caufriez, consiste en una serie de posturas activas cuyo objetivo es tonificar las fibras de tipo I de la cincha abdominal y del SP, disminuyendo la presión intraabdominal por debajo de cero. Por esta razón está especialmente indicada en pacientes con IUE (Ferri Morales &amp; Amostegui Azkúe, 2004)</p> <p>Hay autores, que solamente desarrollan aquellos ejercicios preconizados por Kegel, mejorándolos e incluyéndolos en programas intensivos y supervisados: ejercicios de recuperación del SP (Briggs, 2006; Hay-Smith et al., 2008; Neumann et al., 2006; Tsai &amp; Liu, 2009)</p>

FUENTE. Elaboración propia

La fisioterapia no actúa aisladamente, ya que las disfunciones del SP necesitan la intervención de un equipo interdisciplinar para poder evaluar y comprender la complejidad de la fisiopatología que las provoca, y así, poder ofrecer el mejor abordaje (Ewings et al., 2005; M. D. Smith et al., 2007). Esta situación ha hecho que se desarrollasen las unidades de SP (Martínez Córcoles et al., 2008) constituidas por profesionales especialistas de las áreas de ginecología, obstetricia, urología, coloproctología, fisioterapia y rehabilitación y otras. Esto debería garantizar ofrecer una completa educación-información perinatal (Briggs, 2006), una buena praxis obstétrica para la prevención de lesiones en el canal del parto (Dumoulin & Hay-Smith, 2008) y un buen programa de entrenamiento de la musculatura pélvica (Hay-Smith et al., 2008; K. Marshall et al., 2002; Pena Outeriño & Rodríguez Pérez, 2007).

Para concluir este apartado centrado en la IU femenina, quiero destacar que para hacer un buen abordaje del tratamiento conservador de la IU es muy importante tener un alto conocimiento de la anatomía funcional de las vísceras pélvicas y de cómo influyen las diferencias anatómicas entre las mujeres y los hombres en el desarrollo de la IU; y, que las diferencias no sean motivo de desigualdad. También es importante reconocer los factores de riesgo que se ocultan tras los roles de género como son la doble jornada y el rol de cuidadora; así como las excesivas prácticas “preventivas” y medicalizadoras del ciclo vital de las mujeres.

La atención médica desarrollada en un contexto androcéntrico, que fragmenta el cuerpo de las mujeres en especialidades y utiliza métodos diagnósticos sofisticados (Valls-Llobet, 2009), omite aquello más importante: informar de los tratamientos más efectivos y de sus efectos adversos; garantizar el acceso igualitario a los recursos sanitarios y tener en cuenta las preferencias de las mujeres a la hora de decidir el tratamiento más adecuado. Por último, quiero subrayar que el tratamiento fisioterápico está reconocido por las guías de práctica clínica como el abordaje de primera elección en la IU; es un tratamiento fisiológico, económico y no tiene efectos secundarios – *primum non nocere – ad integrum* – que se basa en la conservación y recuperación de la integridad de la anatomía y de las funciones del SP sin dañar otras estructuras ; además, tiene un papel fundamental en la prevención de la misma (Berghmans, 2006; Chantale Dumoulin, Hay-Smith, & Mac Habée-Séguin, 2014; Encabo-Solanas, Torres-Lacomba, Vergara-Pérez, Sánchez-Sánchez, & Navarro-Brazález, 2016).

## **CAPÍTULO 3: CONTEXTUALIZACIÓN**



En las últimas décadas se han incrementado los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud, que han puesto de manifiesto que las mujeres y la población con menor nivel socioeconómico presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación (Borrell, García-Calvente, & Martí-Boscà, 2004). Sin embargo, la producción científica de nuestro contexto se define mayoritariamente desde el paradigma occidental hegemónico y es insensible a los determinantes sociales.

Pero el contexto socio-cultural dónde se desarrolla la presente investigación tiene elementos que influyen en el fenómeno de estudio, el silencio que rodea a la IU femenina y la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico de las mujeres. Este contexto va a determinar la relevancia del fenómeno y las lentes teóricas con las que voy a estudiarlo.

A continuación presento algunos de estos elementos como son las normativas sociales y culturales en torno a la continencia- incontinencia, la cultura biomédica y la relación entre los determinantes sociales y las desigualdades en salud.

### **3.1. LA CONTINENCIA-INCONTINENCIA EN LA CULTURA**

Las creencias que cada cultura tiene acerca de la IU se sustentan en lo que normativamente hemos aceptado o repudiado; creencias y prejuicios que se desarrollan desde el mismo momento en el que nacemos, cuando la orina y las heces son evacuadas de manera involuntaria y representan un problema higiénico (Martínez-Magdalena, 2014). Cada cultura cuenta con diferentes usos en el manejo de las eliminaciones corporales de los bebés dependiendo de las normativas sociales, del entorno geográfico y de los factores económicos, entre otros. Además, la capacidad que las personas tenemos de adquirir un control voluntario de los esfínteres también está ligada a diferentes factores culturales y educacionales que pueden explicar porqué algunos niños/as son continentes antes y otros después (Marugán de Miguelsanz et al., 1996).

Dejando cultura y educación a parte, la adquisición de la micción es un proceso complejo de maduración neurológica por el cual poco a poco la coordinación entre el control reflejo-involuntario y consciente-voluntario se consolida; y, se inicia alrededor de los 18 meses hasta culminarse hacia los 5 o 6 años de edad (San José González & Méndez Fernández, 2009). Sin embargo, aproximadamente el 13% de las niñas y niños no consiguen alcanzar el control nocturno, lo que se denomina enuresis. Las expectativas que la sociedad occidental tiene respecto a la adquisición de la continencia y por consiguiente a la retirada de los pañales es cada vez más prematura; situación que no se respalda en la evidencia científica (Marugán de Miguelsanz et al., 1996). La excesiva prematuridad en la retirada de los pañales o la forma de hacerlo, sí que es objeto de discusión científica, y, algunos estudios señalan que tanta premura puede ser causa de trastornos en la buena consolidación de la continencia a largo plazo.

El aprendizaje de los hábitos de eliminación variarán en función del contexto cultural y social, (Martínez-Magdalena, 2014), pero también variarán por razones de género. Las niñas y los niños, cuando ya dejan de ser bebés, aprenden a orinar de manera diferenciada; al principio niños y niñas orinan sentados en un orinal, pero después a los niños se les suele enseñar a orinar de pie y las niñas sentadas (Barquín, 2015).

En los retretes públicos el imperativo social llega aún más lejos ya que hemos establecido como norma que los varones puedan orinar de pie y en grupo, las micciones masculinas son un acto público; por el contrario, a las mujeres se nos ha instruido que necesitamos cierta intimidad, por lo que en los retretes públicos solamente tenemos la opción de cubículos individuales. La necesidad de intimidad y privacidad de las mujeres está relacionada con la educación basada en el pudor, la impureza y la negatividad que hemos recibido respecto a nuestra genitalidad-sexualidad, en contraposición al motivo de orgullo que envuelve a la masculina (Martín, 2009). La socialización diferenciada por sexos en la cuestión de la micción es por tanto dicotómica: niña-sentada y niño-de pie, niña-privado y niño-público.

Unos orinan casi en cualquier lugar y en cualquier momento; pero las otras, desde muy temprana edad, han sido educadas para que a falta de lavabos limpios disponibles se

posponga el momento de orinar (a veces durante horas), o, colocarse en una posición antiérgonómica con el fin de no entrar en contacto con la taza del váter si ésta se encuentra sucia.

Además de la educación familiar y en ámbito escolar, también es muy relevante el papel de la publicidad y los medios de comunicación. Estos canales han tenido una gran influencia en nuestro país en la naturalización de la IU de las mujeres. A partir de que los anuncios de compresas para la IU irrumpieron en las sobremesas familiares la IU salió del armario y se visibilizó de la mano de algunas famosas como Concha Velasco. Pero no se ha estudiado cual ha sido el alcance de estos anuncios, ni tampoco si han provocado algún cambio en las estrategias del manejo de la IU por parte de las mujeres.

Los anuncios de esta índole, lejos de procurar información respecto a la prevención y recuperación de la disfunción que representa la IU, promueven el conformismo entre las mujeres y la ocultación del problema; por lo tanto, un problema de salud incipiente puede evolucionar hacia problemas aún mayores si no es tratado a tiempo. Tanto los Colegios Oficiales de Fisioterapia, como el Observatorio de la Imagen de las Mujeres del Instituto de la Mujer, han denunciado este tipo de anuncios en los que se utiliza a las mujeres de 50 a 65 años como reclamo de la venta de compresas para las "pérdidas leves", naturalizando y fomentado el conformismo y la ocultación frente a un problema de salud (López & Alonso, 2005).

Además de la asunción de que los bebés son incontinentes durante un periodo, y de que las mujeres por naturaleza también se les suele escapar el pipí; a las personas mayores - especialmente aquellas que están institucionalizadas – también se las considera incontinentes por “degeneración natural”.

Según Martínez-Magdalena (2014), la cultura y la sociedad prescriben fronteras de socialización o enculturación del control esfinteriano en la infancia y en la vejez. Si consideramos además el género en esta ecuación, se pueden desvelar algunas desventajas para las mujeres. Por ejemplo, el repudio social que viven las mujeres

africanas que tienen IU causada por una complicación del parto llamada fístula obstétrica (Díaz, 2013; OMS, 2014) , o, el hecho de no tener retretes en las casas y tener que usar lugares apartados, a las mujeres indias les cuesta mucho más caro que a los hombres – el 70% de los asaltos sexuales se dan cuando las mujeres acuden a la calle o al campo para utilizarlos como baño - (Ocampo, 2014).

En resumen, las normas sociales y culturales naturalizan la IU en edades tempranas y de senectud, así como en las mujeres en algún momento del ciclo vital. Esta normalización-naturalización de la IU se alimenta de los mensajes publicitarios y del tabú, que fomentan entre las mujeres considerarla un problema de salud menos legítimo (Cockey, 2003). Así mismo, la socialización diferenciada entre niñas y niños respecto a los hábitos de eliminación, predispone a la sistematización de la demora y a la falta de ergonomía en la micción en las mujeres; hábitos, que en definitiva contribuyen al desarrollo de la IU.

### **3.2. LA CULTURA BIOMÉDICA Y LA ATENCIÓN SANITARIA**

*“No hay nada más machista que el sistema sanitario que considera a la mujer como un varón enfermo y, al mismo tiempo la discrimina por ello” (Gérvas & Pérez-Fernández, 2016)*

Una vez descritas algunas normas sociales y culturales respecto a la IU, también es necesario describir el entorno biomédico para poder averiguar cómo influye en el proceso de su silenciamiento.

Según Esteban (2007), la cultura biomédica en la que nos hemos formado es biologicista, esencialista y naturalizadora, en cuanto que sustenta la definición de los síntomas y malestares en la biología (visión unicausal). En palabras de esta misma autora, las concepciones biomédicas dominantes son tres: una visión universalista y etnocéntrica del cuerpo humano, el enfoque biologicista que naturaliza las desigualdades sociales y el androcentrismo, que radicaliza la diferenciación de los sexos, singularizando en exceso lo considerado como femenino.

Si se tienen en cuenta estas premisas, describir cómo se desarrolla la investigación y *praxis* médica pasa por reconocer que la neutralidad y universalidad a la que aspira la ciencia se ve amenazada por varios factores (González San Juan, 2011); especialmente, en cómo el género ha influenciado (y lo sigue haciendo) en la producción de conocimiento médico sesgado que se sustenta en la hegemonía de la visión masculina.

Han sido los estudios feministas los que han desvelado que tanto la investigación médica como la docencia y la asistencia sanitaria ha mirado a las mujeres como si fuesen hombres y no han visto sus problemas y enfermedades específicas, ni han entendido su queja, su malestar y su dolor (Valls-Llobet, 2009; Valls-Llobet, Banqué, Fuentes-Pujol, & Ojuel i Solsona, 2008).

La sexualidad es uno de los ejemplos más claros de la discriminación de las mujeres en la medicina: el sistema reproductor masculino se describía en los manuales de anatomía desde finales del siglo XVII, sin embargo: el ciclo menstrual fue un misterio hasta bien avanzado el siglo XIX (Bosch, Ferrer, & Gili, 1999).

En este sentido, el trabajo de Jesús de Miguel (1979), *El mito de la inmaculada concepción*, en el que se analizan todos los compendios de Ginecología y Obstetricia de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares a finales de los años setenta, da cuenta cómo el orgasmo femenino era uno de los temas más controvertidos para los ginecólogos.

La ginecología de la España franquista defendía que el 80% de las mujeres casadas no llegaban al orgasmo por el coito marital (de Miguel, 1979), y para algunos ginecólogos la mujer era frígida por naturaleza, idea sustentada en la psicología freudiana de dominación masculina (Gerhard & Mansuy, 2001). Mientras, al otro lado del Atlántico, la sexóloga estadounidense Shere Hite (1977) publicaba un informe donde se desmitificaba la frigidez femenina.

Pero el orgasmo femenino, al igual que otros procesos en el ciclo vital de las mujeres, siguen siendo algo misterioso por la falta de estudio. Así lo ratifican autores como Puppo (2013), quien denuncia la falta de rigor de algunos tratados de anatomía y fisiología sexual de las mujeres. Este autor defiende, primero, que las disfunciones sexuales femeninas son populares porque se basan en algo que no existe, el orgasmo vaginal; segundo, que la respuesta sexual del clítoris y el orgasmo no se ven afectados por el envejecimiento.

Así que a día de hoy, todavía hay muchas mujeres jóvenes que se consideran imperfectas por no tener *orgasmos verdaderos vaginales*, y otras tantas mujeres después de la menopausia creen que no van a poder tener una vida sexual satisfactoria, todo gracias a los sesgos de género de la medicina, a la que todavía hoy, no le interesa investigar la salud de las mujeres.

En este contexto, el personal sanitario, concienciado o no, tiene impedimentos específicos por su enculturación en una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, relacionada a su vez con la propia fundamentación científica de la biomedicina, y, reduce la salud de las mujeres a su capacidad reproductiva, las ginecologiza (Esteban, 2006; Fuentes-Pujol, 2001). La atención sanitaria está contaminada por el sesgo de género existente en la ciencia, en ella sólo se valoran diagnósticos, clasificaciones y globalizaciones a todas costa, dejando sin contabilizar las diferencias, las especificidades, la subjetividad, los diagnósticos abiertos, o la relación de los diferentes síntomas (Valls-Llobet et al., 2008).

Las desventajas para la salud de las mujeres que se han generado a lo largo de la historia del androcentrismo médico han sido muchas y las desarrollaré en profundidad en la parte correspondiente a la orientación teórica, procurando desentrañar las raíces en las que se sustenta la invisibilidad y los sesgos en la atención de la IU de las mujeres.

### **3.3. SALUD DE LAS MUJERES: DETERMINANTES SOCIALES Y DESIGUALDADES EN LA SALUD.**

Hablar de la salud de las mujeres es hablar de diferencias y de desigualdades. Tal cómo lo expresan Rohlfs et al.: *“La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta la salud de las personas”* (2000, p. 60). En otras palabras, las diferencias se han utilizado para excusar y justificar la discriminación de las mujeres (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014).

El estudio de la salud de las mujeres supone un enfoque multidisciplinar que incluya el reconocimiento de las necesidades diferenciales de las mujeres a lo largo de su ciclo vital relacionadas con raza/etnia, cultura, educación, preferencias sexuales, acceso a los cuidados de salud, etc. (M. Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004).

Es por esta razón, que para poder explicar la silenciación de la IU de las mujeres, es necesario estudiarla como un fenómeno indisociable de los determinantes sociales de salud, muy especialmente en lo referente al género. Los modelos conceptuales de los determinantes de salud han ido evolucionando desde los años 90 hasta la actualidad como resultado, a su vez, de la evolución del concepto “salud” a lo largo del siglo XX, que ha pasado de ser físico-biologicista a explicarse en las teorías socio-políticas.

Uno de los modelos conceptuales más clásicos sobre los determinantes sociales de la salud es el Modelo socioeconómico de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991), en el que se explican los factores no modificables (edad, sexo y factores constitucionales), los estilos de vida del individuo, las redes sociales y comunicacionales, y, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (Figura 1).

FIGURA 1. MODELO SOCIOECONÓMICO DE LA SALUD

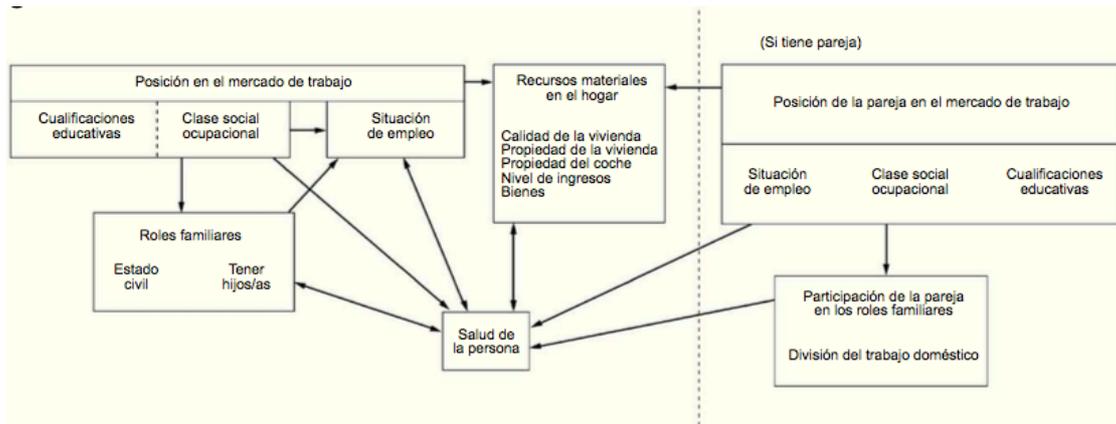


(Dahlgren & Whitehead, 1991, p. 11)

Este modelo trata de representar la interacción de los determinantes sociales, situándolos en capas concéntricas según la relevancia que tengan (Palomino Moral et al., 2014).

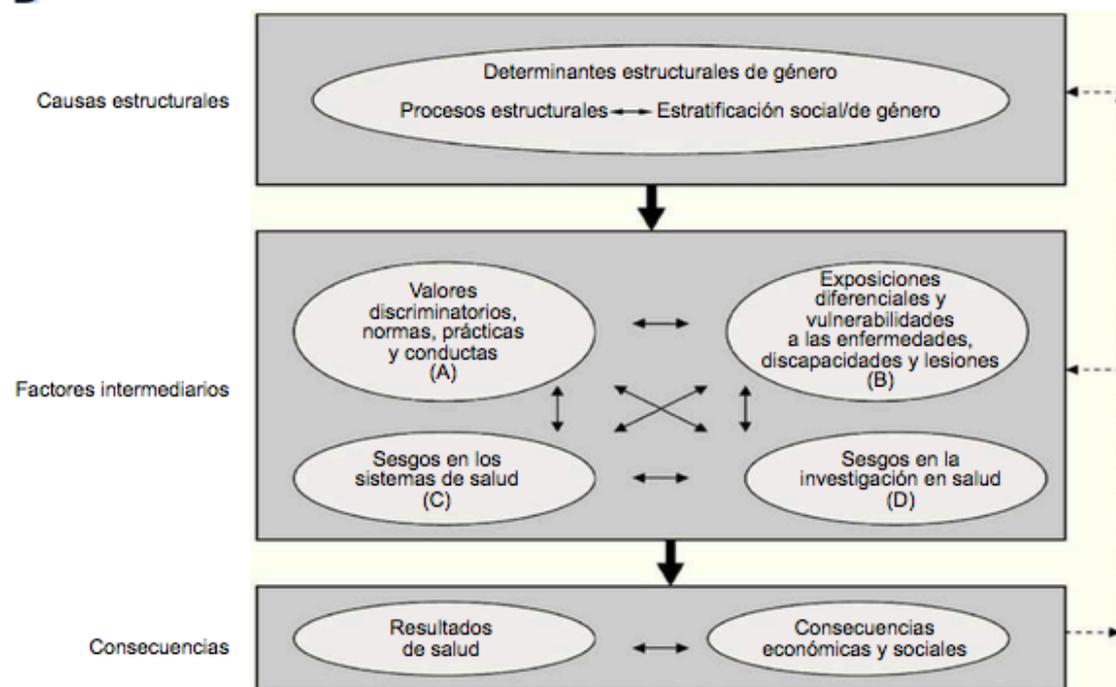
Sin embargo, al necesitar una mayor profundidad en la capacidad explicativa del determinante de salud de género para mi estudio, son dos modelos posteriores al de Dahlgren y Whitehead los que pueden ayudarme en el análisis de las causas por las que se silencia la IU de las mujeres. En concreto he tomado en cuenta el modelo de *Factores que influyen en la salud de la mujer* (Figura 2), de Arber (1997) y el modelo de *Rol del género como determinante social de la salud* (Figura 3), que fue desarrollado por Sen et al. para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007).

FIGURA 2. MODELO DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LAS MUJERES



(Arber, 1997, p. 776)

FIGURA 3. ROL DE GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD



(Sen et al., 2007, p. 3)

El modelo de Arber describe la influencia de la posición en el mercado de trabajo, los recursos materiales y los roles familiares de la salud de la mujeres, así como la posición en el mercado de trabajo de la pareja y de la división del trabajo doméstico en el hogar (Borrell & Malmusi, 2010). Por su parte, el modelo de Sen et al. vincula el género con

diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y/o largo plazo afectan a la salud; incorpora el género como categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo; y, tiene en cuenta cómo el ordenamiento social de lo masculino y lo femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género (García-Calvente, Lozano, & Marcos Marcos, 2013).

Los modelos de determinantes sociales de la salud explican cómo la diferente distribución de los mismos es causa de desigualdades en salud entre las personas; y, para atender y entender la salud de las mujeres y de los hombres será necesario reconocer que las desigualdades por razón de género que están presentes en todas las sociedades, incluso aquellas reconocidas como formalmente igualitarias (Palomino Moral et al., 2014).

En definitiva, todos los elementos que ambos modelos incorporan en el estudio de los determinantes sociales en salud relacionados con el género son muy relevantes para visibilizar las desigualdades en salud. En el caso que me ocupa, para poder desvelar cómo las creencias culturales, los estereotipos y roles de género influyen en sesgar y fomentar las desigualdades en la atención de la IU, voy a tomar de referencia, junto con otras premisas teóricas, el modelo de Sen et al. (2007).

## **CAPITULO 4: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA. ESTADO DE LA CUESTIÓN**



La literatura constata que la IU femenina, aún siendo un problema de salud muy común que compromete la calidad de vida de las mujeres, sorprendentemente está infradiagnosticada, se consulta poco y por consiguiente, está infratratada (Cockey, 2003; Cotterill, 2011; Nieto Blanco et al., 2003). También conviene señalar, que frecuentemente las mujeres tardan un periodo muy largo, incluso años, desde el primer síntoma hasta la consulta (Irwin et al., 2006; Spencer, 2009). Además, hay mujeres que nunca llegan a consultar por este problema, y otras no quieren ser tratadas (Ros et al., 2015).

Según una encuesta llevada a cabo en cuatro países Europeos en 2004, España, Francia, Alemania y Reino Unido, sólo un tercio de las mujeres encuestadas habían consultado al personal sanitario (Hunskaar, Lose, Sykes, & Voss, 2004). Por otra parte, pocas de las pacientes que consultan por IU acaban siendo beneficiarias de alguna medida diagnóstica o terapéutica (Cheater, 2009; Cockey, 2003; Salinas et al., 2010; Spencer, 2009). Por otra parte, mientras las mujeres se quejan de la falta de implicación del personal sanitario, el propio personal sanitario reconoce grandes lagunas en su formación y en el conocimiento de la IU (Cheater, 2009; Neal & Linnane, 2002; Schäfer, 2009; St John, James, & McKenzie, 2002).

De hecho, la IU en las mujeres es muy prevalente, independientemente del país o región investigada. En la última edición de *la International Continence Society (ICS)*, se comparan todos los estudios epidemiológicos y se concluye que entre el 25 y el 45% de mujeres adultas tienen IU (Black, Chang, Svatek, & Turner, 2012).

En general, en relación con la IU, los temas más investigados en biomedicina son la prevalencia de los diferentes tipos y grupos poblacionales y, sobre todo, los diferentes tratamientos y su efectividad.

Sin embargo, en este apartado, pretendo revisar la literatura científica que abunda menos, aquella que va dirigida a investigar sobre los aspectos cualitativos de lo que

significa para las mujeres tener IU, sobre cuáles son sus estrategias para el manejo de la misma, sobre las motivaciones que tienen o no para consultar, sobre la accesibilidad o falta de la misma al tratamiento conservador fisioterápico, sobre las actitudes de los profesionales de salud ante la IU y sobre cómo influyen los roles de género en todo ello. En definitiva, pretendo explorar lo que se conoce hasta el momento respecto al fenómeno de mi estudio: el silenciamiento de IU femenina y el acceso de las mujeres al tratamiento fisioterápico.

Para poder localizar los estudios que abordan estas dos cuestiones principales he realizado diferentes búsquedas bibliográficas en las bases de datos de PubMed, CINAHL, Cochrane y Scielo sin límite en el tiempo.

La primera búsqueda la he dirigido a explorar el silenciamiento de la IU por lo que las palabras clave que he utilizado han sido: incontinencia urinaria, silencio, sufrimiento y vergüenza.

La segunda búsqueda la he dirigido a la exploración de la accesibilidad al tratamiento fisioterápico, pero al no encontrar literatura específica, he ampliado la búsqueda a los cuidados generales de la IU. Las palabras clave que he utilizado han sido: incontinencia urinaria, accesibilidad a los servicios de salud y barreras.

En una última búsqueda he incluido otras dos palabras clave, con la finalidad de ampliar a otro tipo de estudios - dada la naturaleza del fenómeno - que utilicen metodología cualitativa y que tuviesen en cuenta la categoría género; por lo que las palabras clave en esta búsqueda han sido: incontinencia urinaria, grupos de discusión y identidad de género.

Una vez determinadas las palabras clave, y antes de hacer las diferentes búsquedas en las bases de datos, las he transformado en lenguaje documental y jerarquizado en descriptores primarios, secundarios y marginales con ayuda de la herramienta DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), con la finalidad de optimizar los resultados.

Después de elaborar un listado con todos los documentos obtenidos y eliminados los duplicados, se han incluido todos aquellos artículos que tenían relevancia para el estudio. He tenido en cuenta el diseño, material y métodos de los trabajos hallados, sobretodo en búsqueda de trabajos que incorporasen la perspectiva de género. Sin embargo, aunque la gran mayoría utiliza métodos cualitativos basados en el análisis de discurso y entrevistas a las mujeres con IU, no incorporan la categoría de género para el análisis de los resultados.

Los resultados están organizados en los siguientes bloques temáticos que representan los aspectos más importantes que han surgido de la lectura crítica: los servicios de atención a la IU, los sentimientos generados en las mujeres a través de la experiencia de la IU, las estrategias de las mujeres para el manejo de la IU, las quejas de las mujeres respecto al personal sanitario, factores que dificultan el acceso a los cuidados de la IU y la relación entre la IU y el género. Para finalizar este capítulo presento las conclusiones de la literatura científica respecto al fenómeno del estudio.

#### **4.1. SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INCONTINENCIA URINARIA**

La atención disponible para la IU, la ubicación del servicio, y los profesionales involucrados son diferentes dependiendo del país que observemos. Por el contrario, las experiencias y estrategias relatadas por muchas mujeres y las barreras en la accesibilidad a estos servicios son muy parecidas (Basu & Duckett, 2009; Cheater, 2009; Lamoglia-Puig, Juvinyá-Canal, Godall-Castell, Pérez-Pérez, Rifà-Ros, Rodríguez-Monforte, 2015).

En general, las enfermeras han jugado un papel muy importante en los cuidados de la IU. Así ha sido el caso, por ejemplo, en el Reino Unido, donde el cuidado de las personas incontinentes estaba generalmente gestionado por ellas, en lo que refiere al suministro y seguimiento de compresas (Milne & Moore, 2003). En Estados Unidos, sin embargo, el nivel de formación específica para el manejo de la IU es muy dispar. En el *informe The State of the Science of Urinary Incontinence*, donde se revisaron diferentes aspectos del

estado de la IU al inicio de los 2000, constató que en los planes de estudios de enfermería se dedicaban a penas tres horas a este tema (Cockey, 2003).

En el caso de otros países europeos, las intervenciones conservadoras de primera línea están en manos de la fisioterapia, incluso cubiertas por los sistemas sanitarios mutualistas, cómo es el caso de Francia y Bélgica desde los años setenta, y algo posterior en Reino Unido (Martínez Bustelo et al., 2007).

Como señalan Milne y Moore (2003), el solapamiento de algunas intervenciones dirigidas al manejo de la IU por parte de enfermería y fisioterapia ya había sido descrito por Wells et al. a finales de los noventa. Esta situación ha sido una oportunidad para la colaboración entre las dos profesiones y se ha llegado a consenso en las competencias de cada una.

Hay mucha heterogeneidad entre diferentes países europeos en el acceso y la atención de la IU (Monz et al., 2005). Las diferencias más destacables descritas en el estudio llevado a cabo en Francia, Alemania, Suecia, Reino Unido y España por Monz et al. (2005) versan sobre el tipo de profesional que atiende la IU, la forma de financiación, la ratio de profesionales por número de habitantes, las derivaciones que se hacen, y todo ello lo hacen para poder averiguar si existen barreras específicas en el acceso al tratamiento. De acuerdo con los resultados de este estudio, España era el país con menos ratio de profesionales de salud, con mayor lista de espera y con más consultas por IU femenina. En el extremo opuesto, estaba Suecia, donde el gobierno asegura que ninguna mujer espere más de tres meses para ser tratada por IU, independientemente del tipo de abordaje terapéutico (conservador, farmacológico o quirúrgico).

Por otra parte, de este estudio también se desprendió que la especialidad médica a la que más mujeres consultaban por IU era ginecología en primer lugar, y medicina general en segundo. La prestación de servicios dentro de los países europeos era heterogénea y creaba incertidumbre para los médicos, otros trabajadores de la salud y las mujeres afectadas en cuanto a los estándares de atención. Por lo tanto, se concluyó que la

concienciación sobre la prestación óptima de servicios para las mujeres con IU debía ser una prioridad de la política de atención de la salud (Monz et al., 2005).

Las unidades de referencia de cuidados para la IU no son fácilmente reconocibles, por lo que las mujeres se pierden en la búsqueda de ayuda o tan si quiera saben donde preguntar (Basu & Duckett, 2009); así mismo, las derivaciones entre los diferentes especialistas y niveles de atención no son claros ni homogéneos (Neal & Linnane, 2002; St John et al., 2002).

Algunas autoras señalan cómo la IU no supone una prioridad para la atención primaria y se hace caso omiso a las directrices marcadas nacionales o internacionales sobre las buenas prácticas en el manejo de la misma (Milne & Moore, 2003; St John et al., 2002).

En este sentido, la atención clínica y los cuidados dirigidos a la IU no es consecuente con las normas nacionales e internacionales de buenas prácticas, dirigiendo los esfuerzos a medidas paliativas en vez de una gestión activa del problema (Cheater, 2009; Milne & Moore, 2003). Esta tendencia se acentúa a medida que aumenta la edad de las pacientes (St John et al., 2002).

En lo que se refiere a factores organizacionales o de equipo destaca la percepción de carga alta de trabajo, la dificultad al acceso a pruebas diagnósticas, la falta de apoyo institucional (Cheater, 2009).

Por otra parte, en algunos países como Australia, Canadá o EEUU, los programas de educación sobre la IU son también una parte importante dentro de los servicios ofrecidos (O'Connell & Gaskin, 2010; Spencer, 2009).

Para concluir, la atención de la IU a nivel internacional es muy dispar en comparación a otros problemas de salud para los que sí existe consenso entre profesionales y protocolos de actuación; como consecuencia, queda difuminada, discriminada y las mujeres con IU tienen dificultades para poder acceder al tratamiento.

#### **4.2. LA EXPERIENCIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA: SENTIMIENTOS Y CONSECUENCIAS**

El hecho de tener incontinencia puede ser expresado de muchas maneras, dependiendo de factores psicosociales y culturales, pero no parece que sea un tema de interés general entre el personal sanitario, ni para investigadores dado el reducido número de estudios al respecto (Higa et al., 2008; Peake & Manderson, 2003; Peake, Manderson, & Potts, 1999). No obstante, han comenzado a generarse algunas líneas de investigación que profundizan en las causas por las cuales algunas mujeres con IU sufren en silencio y otras buscan ayuda formal en el sistema sanitario.

Lo primero que se debería aclarar es que vivir la IU es una condición heterogénea para cada mujer (Borba, Lelis, & Bretas, 2008). Así que la respuesta de cada mujer frente a la IU será diferente, y, además, puede cambiar en diferentes momentos de su propia biografía.

Muchas mujeres viven con vergüenza tener incontinencia (Cotterill, 2011; Ferri Morales, de Corral, Avendaño, Puchades, & Torres, 2003; Higa et al., 2008) y este sentimiento es objeto de estudio, ya que parece probable que esté relacionado con la ocultación y el silenciamiento de la misma. Algunos autores afirman que la vergüenza es la primera causa por la que no se solicita ayuda (Lamoglia, 2015).

La investigación de Anger et al. (2013) señala como en los discursos de las mujeres aparecían sentimientos emergentes de culpa por la falta de control de la continencia. También se pueden señalar la pérdida de confianza en sí mismas y de autoestima como consecuencias a esta pérdida de control (Higa et al., 2008), situación que genera ansiedad, gran molestia y sufrimiento (Ferri Morales, Melgar de Corral, et al., 2003).

Una de las consecuencias de la IU que parece relacionarse con la vergüenza es la estigmatización que la sociedad construye alrededor de la misma (Bradway et al., 2008). En el estudio realizado por Elstad et al. (2010) se incluyen en los resultados las

experiencias relatadas por mujeres y hombres de diferente etnia, destacando por parte de unas y otros la preocupación que gira en torno al mal olor. Los hombres sienten que el estigma se dirige a la relación que se hace entre el aumento de la frecuencia urinaria y la impotencia sexual y la falta de fertilidad, dañando la imagen normativa social, la virilidad. Las mujeres temen que se relacione el aumento de la frecuencia miccional, y el olor que puedan producir por posibles pérdidas de orina, con una falta de limpieza e higiene y con una pérdida del control sobre la responsabilidad de su cuerpo.

La IU es una condición de descrédito y estigmatización para quienes la experimentan, ya que es interpretada como un indicador de que son personas que carecen de autocontrol (Brittain & Shaw, 2007), que aún son niñas/os, a quienes sí que se les permite no controlar los esfínteres.

En general se opina que la IU está relacionada con la vejez, la demencia y la incompetencia (Elstad et al., 2010), con el declive y la decadencia del cuerpo, algo que provoca rechazo y repugnancia en nuestra sociedad (Brittain & Shaw, 2007). El estigma social hace que se levante férreamente el tabú sobre la IU (Brittain & Shaw, 2007), convirtiéndola casi inevitablemente en un proceso silente (Delarmelindo, 2013; Volkmer, Monticelli, Reibnitz, Bruggemann, & Sperandio, 2012), un fenómeno denominado por Basu & Duckett (2009) de “iceberg”, haciendo visible solamente una pequeña parte del problema.

Muchos de los autores que han investigado sobre las experiencias de las mujeres que tienen IU describen que, a consecuencia del estigma, éstas ponen en marcha diferentes estrategias para evitar los escapes de orina en público. Las modificaciones que hacen de su vida diaria las conducen, poco a poco, hacia la reclusión, dejando de participar en actividades públicas, derivando en un verdadero aislamiento social (Brittain & Shaw, 2007; Delarmelindo, 2013; Spencer, 2009; Wren et al., 2006).

Tener IU comporta bastantes consecuencias negativas en varias dimensiones de la calidad de vida, principalmente en los aspectos físicos, sociales, psicológicos, laborales y sexuales (Cotterill, 2011; Flores & Pizarro, 2012).

Las limitaciones y consecuencias físicas incluyen dificultad en las actividades deportivas, en el trabajo, o en las tareas domésticas, sensación de humedad constante, infecciones y dermatitis por el uso de compresas, y alteración del sueño por el hecho de tenerlo que interrumpir para ir constantemente al baño, entre otras (Delarmelindo, 2013).

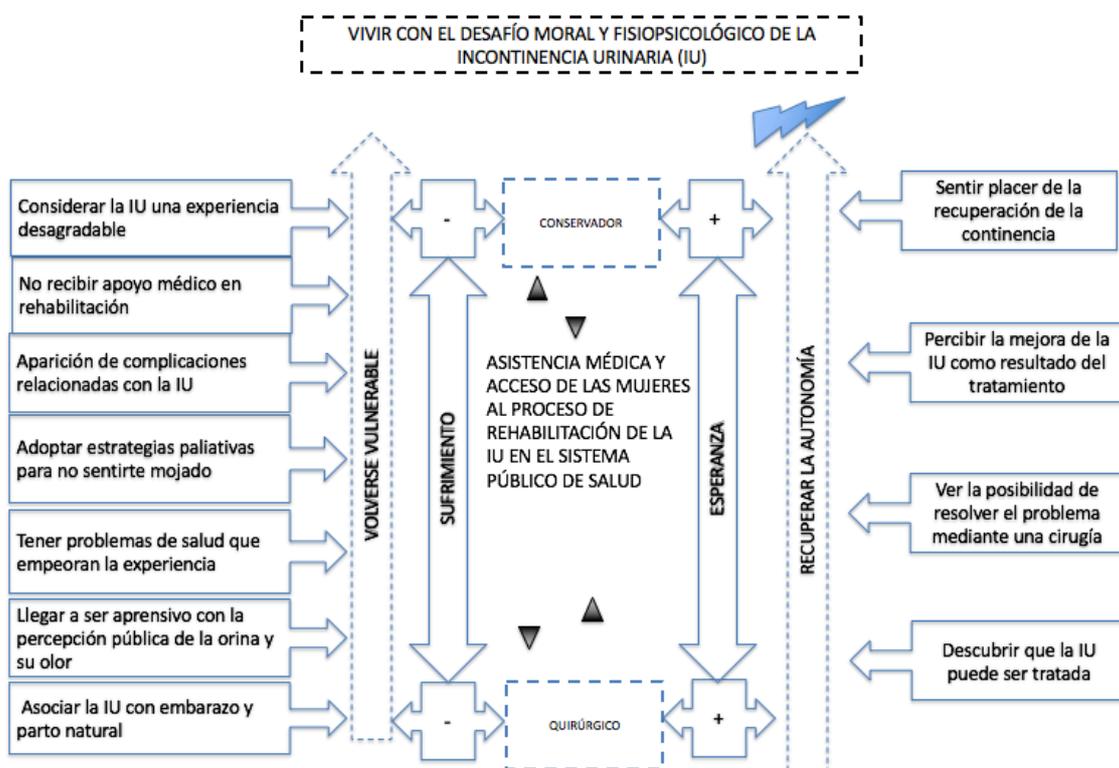
Fultz et al. (2005), en su investigación sobre el impacto negativo en el trabajo que referían las mujeres con IU en EEUU, destacaron principalmente la dificultad en la concentración, en las actividades físicas, en la confianza en sí mismas, y en el desempeño de las tareas. Además, algunas de las entrevistadas habían tomado decisiones sobre su empleo (dejarlo, reducir horas, buscar teletrabajo) a causa de la IU. Desde el punto de vista de las mujeres, todo lo expuesto anteriormente puede suponer una dificultad para la promoción y la satisfacción laboral; desde el punto de vista del empleador, la IU puede significar una pérdida de productividad y un aumento del posible ausentismo laboral (Fultz et al., 2005). En el trabajo desarrollado en seis países europeos por Irwin et al. (2006), Suecia, España, Reino Unido, Francia, Italia y Alemania, se describen fenómenos muy parecidos en cuanto a la productividad en el trabajo y en el hogar.

En lo que se refiere a la esfera sexual, algunas mujeres con IU tienen una peor imagen corporal de sí mismas y se sienten menos deseables. Refieren preocupación por la respuesta de sus parejas, por lo que ven afectados y mermados sus encuentros sexuales (Delarmelindo, 2013; Flores & Pizarro, 2012). El *Royal College of Physicians* (1995) informó que el 50% de las mujeres adultas con IU evitaban la actividad sexual por temor a los escapes de orina (Peake & Manderson, 2003). En el trabajo de estas autoras se describen los sentimientos que les generan a las mujeres imaginar tener pérdidas de orina durante los encuentros sexuales, tales como culpabilidad, repugnancia y miedo.

Uno de los resultados especialmente importante en relación con el presente estudio son los obtenidos en los grupos de discusión del trabajo de Delarmelindo et al. (2013), en

los cuales aparece un concepto interesante: el sentimiento que las mujeres tienen y que va desde el sufrimiento a la esperanza. El sufrimiento lo viven mientras no tienen control sobre su continencia; por el contrario, la esperanza aparece cuando el personal sanitario las tiene en cuenta y les ofrece alguna medida terapéutica. Pasarían de un estado de vulnerabilidad a una recuperación de su autonomía. En este lapso de tiempo, que puede alargarse años, las mujeres pululan entre el tratamiento conservador, el farmacológico y el quirúrgico, sin poder decidir por ellas mismas (Figura 4).

FIGURA 4. ENTRE EL SUFRIMIENTO Y LA ESPERANZA



Traducida de (Delarmelindo, 2013, p. 1987)

Las diferentes vivencias y significados de la IU acaban determinando formas diferenciadas de autocuidado y/o de búsqueda de profesionales de la salud (Volkmer et al., 2012); en unas ocasiones las mujeres van a ocultar el problema y en otras inician acciones en búsqueda de ayuda formal, tal como voy a describir a continuación.

### 4.3. LAS ESTRATEGIAS DE LAS MUJERES FRENTE A LA INCONTINENCIA URINARIA

Se podrían diferenciar dos tendencias que, a su vez, aglutinan diferentes estrategias o motivaciones. Por una parte, encontramos aquellas mujeres que consideran la IU poco grave o molesta como para tomar medidas formales, entendiendo por medidas formales la atención sanitaria. La otra tendencia se da cuando la IU es suficientemente molesta o importante como para tomar medidas formales. La correlación “a mayor gravedad de la sintomatología, mayor búsqueda de ayuda formal” no siempre ocurre (Ferri Morales, Melgar de Corral, et al., 2003; C Shaw et al., 2001).

#### *La incontinencia urinaria no es un problema tan importante*

A partir de esta premisa, las estrategias que las mujeres ponen en marcha para lidiar con la IU son muy diversas, aunque se debería señalar que este es el camino del silencio, o la “táctica del silencio”, tal como la denomina (Volkmer et al., 2012), es decir, asumir el problema en silencio y optar por la autogestión de los mecanismos necesarios.

Los motivos de las mujeres para no consultar acerca de su IU son muchas y voy a enumerar algunas de las que se repiten más en la literatura: las creencias culturales y conceptos erróneos que tienen de la IU por falta de conocimiento del proceso fisiopatológico de la enfermedad y de sus posibles tratamientos (A. L. Smith, Litwin, Sarkisian, & Raz, 2012), es decir, la naturalización de la IU por el hecho de haber parido, la vejez, cirugías como la histerectomía y la prostatectomía radical en el caso de los varones (Bliss, Norton, & Vodusek, 2010); el estigma – ya descrito anteriormente- que hace de la IU algo vergonzante (Bliss et al., 2010); la falta de confianza en el personal sanitario y en las soluciones que les puedan brindar, en concreto creen que los médicos están demasiado ocupados y priorizan problemas más “importantes” (Basu & Duckett, 2009; Cheater, 2009); finalmente, hay factores como la falta de tiempo para cuidarse, pereza, falta de constancia en el seguimiento de técnicas conductuales y miedo a la cirugía (Basu & Duckett, 2009; Lamoglia-Puig, Juvinyá-Canal, Godall-Castell, Pérez-Pérez, Rifà-Ros, Rodríguez-Monforte, 2015; Ortuño Esparza, 2016; Spencer, 2009).

De todas las estrategias que tienen las mujeres con IU para manejarla voy a presentar algunas de las que se describen en la literatura.

En las entrevistas a mujeres con IU registradas por Delarmelindo (2013) se detallan algunas de las medidas paliativas que las mujeres adoptan para sobrellevar las inclemencias de las pérdidas de orina. Una de ellas, el uso de compresas absorbentes, es el *top ten*, favorecida por los anuncios de publicidad emitidos en televisión y por la influencia del mismo personal sanitario. El trabajo de revisión de la literatura de Chearter (2009) respecto a las personas mayores con IU, detecta que hasta el 88% de la población incontinente no recibe ningún tipo de tratamiento para su sintomatología, en cambio se les recomienda utilizar absorbentes.

Otras medidas son reducir la ingesta de líquidos, conocer todos los baños públicos dónde poder parar a orinar, escoger una ropa que pueda disimular las pérdidas de orina en caso de que se produzcan en público, así como llevar ropa de recambio, dejar de tomar la medicación para la hipertensión arterial (en el caso que sea diurética), reducir las actividades de ocio y de relaciones sociales, evitar esfuerzos como reír, toser o estornudar, abstenerse de tener relaciones sexuales (Delarmelindo, 2013).

El olor a orina, que antes se comentó como relacionado con la vergüenza y el estigma, es una de las preocupaciones más grandes, junto con llevar la ropa visiblemente mojada, por eso, además de utilizar ropas oscuras y compresas para la incontinencia, también aparece el uso de desodorantes o perfumes como estrategia para disimular la IU (Borba et al., 2008).

Wren et al. (2006) analizan en profundidad a través de grupos de discusión las principales estrategias que utilizan las mujeres para afrontar la IU. Los temas emergentes se clasificaron en ocho dimensiones: la divulgación de la IU, el aislamiento o reclusión, la preparación, la planificación, las consideraciones sobre la ropa, la sexualidad, el orden e intensidad y las perspectivas. A partir de este trabajo, estos/as

autores/as desarrollaron y validaron el cuestionario *Measure of Adaptations for Pelvic Symptoms* (MAPS).

Estas dimensiones recogen todas las estrategias investigadas por otros autores, añadiendo dos temas nuevos: el orden e intensidad, que hace referencia al ensayo-error de las estrategias que van incorporando las mujeres en su día a día, y las perspectivas que las mujer tenían respecto a su adaptación a vivir con IU.

### ***La incontinencia urinaria es un problema importante que requiere solución***

Las mujeres que inician una búsqueda formal para tratar la IU lo hacen motivadas por diferentes razones. Comúnmente, el inicio de la búsqueda coincide con sentir demasiado molesto el problema, tanto que interfiere en las actividades de la vida diaria, en el centro de trabajo, o en la vida social.

La intranquilidad de oler mal o de poder tener un escape en público y lo bochornoso de esa situación es otro motivo para emprender acciones (Spencer, 2009).

Otras causas que motivan buscar ayuda formal tienen que ver con el apoyo del cónyuge u otro familiar, el impacto nocivo en la calidad de vida, la baja eficiencia en el trabajo, o el empeoramiento de los síntomas (Svihra, Luptak, Svihrova, & Mesko, 2012). Sentir que los síntomas son suficientemente graves como para consultar también puede ser un detonante para pedir ayuda (Volkmer et al., 2012).

Anger et al. (2013) describen un concepto que emerge de los discursos de las mujeres en este sentido y es la búsqueda desesperada de una causa y una cura para la IU. En el momento en que los tratamientos médicos fracasan, aparece el concepto de autosuficiencia, en el que las mujeres desarrollan sus estrategias personalizadas para el manejo de los síntomas, al igual que ocurre entre las mujeres que decidieron no buscar ayuda formal.

Para cerrar este apartado, se podría concluir que mientras algunas estrategias son limitantes (dirigidas a los cuidados paliativos), otras favorecen el empoderamiento (dirigidas a la recuperación de la IU).

#### **4.4. LAS QUEJAS DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA RESPECTO A LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO.**

Contrariamente al ideario comúnmente asumido acerca de las razones que tienen las mujeres con IU para no consultar, como creer que la vergüenza es la única causa, existen quejas muy concretas que apuntan a otros motivos.

Una vez diagnosticada la IU, muchas mujeres refieren estar insatisfechas con el tratamiento recibido (A. L. Smith et al., 2012). En lo que se refiere al tratamiento farmacológico y de modificación del comportamiento, existen expectativas poco realistas por parte de las pacientes. Se sienten poco informadas y opinan que la formación y/o interés del personal sanitario es pobre (St John et al., 2002); ellas consideran que el personal sanitario no pregunta sobre la IU por su propia falta de conocimientos en la evaluación, en los protocolos de tratamiento y derivación de la misma (Bliss et al., 2010).

En el caso del tratamiento a través de ejercicios de SP, no consideran haber aprendido correctamente los ejercicios, ni tener la supervisión necesaria para lograrlo (Smith et al., 2012). En otras ocasiones, al no entender la razón de los ejercicios, tienen dificultades para adherirse al programa (Volkmer et al., 2012).

Algunas mujeres se quejan de la falta de diálogo con el personal sanitario, la falta de confianza, y la falta de educación que se recibe sobre la IU. También se quejan de la falta de evaluación de la IU en las mujeres adultas mayores (Flores & Pizarro, 2012).

Consideran que el tiempo que la medicina general dedica a las consultas es demasiado corto para exponer sus problemas, y que se suelen priorizar otras patologías como el

control de la medicación de la hipertensión (Basu & Duckett, 2009). Opinan que gran parte del personal sanitario trata la IU como una cuestión secundaria y molesta que les hace perder tiempo (St John et al., 2002).

En la investigación llevada a cabo por Schäfer (2009) en Alemania, las mujeres entrevistadas reclamaban mayor apoyo en el manejo de la IU, incluyendo apoyo emocional y gestión de la vida cotidiana. También insistían en la falta de información recibida y en la poca formación del personal sanitario. Exigían una mayor transparencia en el acceso al abastecimiento de los recursos existentes, darle mayor importancia a la prevención y promover la autonomía de las mujeres afectadas.

En definitiva, las mujeres desearían una posición más activa por parte del personal sanitario respecto a la evaluación de la IU, que tomen la iniciativa en el interrogatorio médico, aunque también reconocen cierto temor a ser humilladas (Volkmer et al., 2012).

#### **4.5. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA ATENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA.**

Llegados a este punto, presento a continuación algunos de los trabajos que mejor clasifican las barreras que obstaculizan la accesibilidad a los programas de educación, prevención y tratamiento para la IU. Estas barreras son consecuencia de la suma de lo expuesto anteriormente. Los trabajos sintetizados en este apartado no distinguen si se trata de un tratamiento fisioterápico, más bien hacen referencia a la atención clínica o cuidados de la IU generales, dado que los estudios localizados no distinguen entre unos y otros. Además de trabajos dirigidos exclusivamente a la IU, también se han incorporado trabajos que la abordan junto con otras disfunciones del SP como los prolapsos de los órganos pélvico (POP), y la incontinencia fecal (IF), ya que como se ha señalado en el segundo capítulo, son problemas que van asociados entre ellos, con una etiología prácticamente común y con unas barreras en la accesibilidad al tratamiento semejadas.

Las barreras en la atención a la salud son un conjunto de factores, ya sean internos o externos, que disminuyen la eficacia de una intervención para mejorar la práctica profesional. Los factores internos son aquellos que se refieren a los conocimientos, creencias y actitudes individuales de los profesionales o del equipo u organización. Los factores externos están relacionados con el contexto. Es ampliamente asumido que los esfuerzos para cambiar la práctica profesional tienen una menor probabilidad de éxito, a menos que se identifiquen estas barreras y sean tomadas en cuenta (Baker et al., 2010).

Desde la mirada de las afectadas por IU, las barreras internas también son actitudes y creencias como el miedo, la vergüenza o la ansiedad, que impedirán movilizarse en búsqueda de ayuda; y las barreras externas pueden explicarse por las diferencias socioeconómicas entre otras (Svihra et al., 2012).

***Barreras según Chearter (2009).***

Chearter (2009), hace una clasificación de barreras u obstáculos al tratamiento general a causa del propio personal sanitario. Señala en primer lugar una falta de conocimiento del manejo y opciones terapéuticas de la IU, en segundo lugar, las propias creencias que tienen hacia la inevitabilidad de la IU y añade una actitud nihilista, o un nihilismo terapéutico, entendido como la actitud de negar aquello que podría disminuir las molestias o mejorar el pronóstico.

***Barreras según St. Jonh (2002)***

La investigación de de St. Jonh (2002), en los discursos que emergieron de los grupos de discusión con mujeres incontinentes, obtuvo como resultado tres barreras principales que dificultan el acceso a los cuidados de la incontinencia. La primera es la sensación de estas pacientes, de ser molestas con sus médicos de atención primaria, como si la IU fuese un problema de salud secundario. La segunda es que muchos de los profesionales

de la salud carecían de conocimientos y/o de interés en relación a la IU. La tercera es la falta de cuidado y seguimiento en el paso de atención primaria a atención especializada.

### ***Barreras según Cockey (2003)***

Para cerrar este apartado, expongo el trabajo publicado a través del informe *The state of the Science of Urinary incontinence*, elaborado por enfermeras de atención primaria de EEUU, donde se han clasificado las principales barreras en el manejo de la IU en cinco dimensiones: el conocimiento de la misma, la investigación, administración-organización-política, práctica clínica y creencias culturales. En mi opinión es el trabajo más completo respecto a las diferentes dimensiones relacionadas con las barreras en la accesibilidad al tratamiento de la IU, aunque solamente se centra en la atención primaria y no en la especializada.

TABLA 5. PRINCIPALES BARRERAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

DÉFICT DE CONOCIMIENTO	INVESTIGACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Muchos creen, incorrectamente, que la IU es normal en las personas mayores, específicamente las mujeres mayores</li> <li>· Enfermeras y médicos necesitan información sobre IU y la eficacia de las intervenciones conductuales</li> <li>· El público en general necesita educación sobre la salud de la vejiga, la prevención de la incontinencia y la eficacia de varios tratamientos</li> <li>· Los responsables políticos y los pagadores contribuyentes necesitan información sobre la eficacia de las intervenciones de enfermería</li> <li>· El lenguaje para comunicarse sobre este tema sensible es poco claro e inespecífico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hay una carencia (/falta) de investigación para informar de la mejor atención para los grupos minoritarios y para los hombres</li> <li>* Falta información sobre la prevalencia y la naturaleza de la IU en grupos que no han sido bien estudiados, incluyendo hombres, mujeres jóvenes y miembros de grupos minoritarios</li> <li>* Faltan ensayos clínicos de las intervenciones de enfermería para la IU, en particular los ensayos que examinan la efectividad de los dispositivos y fármacos o que los comparan con las técnicas conductuales o terapias combinadas en un subgrupo de pacientes incontinentes</li> <li>* Algunos hallazgos de investigación no son clínicamente relevantes o no se pueden aplicar fácilmente a la práctica clínica</li> </ul>
PRÁCTICA CLÍNICA	

<ul style="list-style-type: none"> <li>* No existe una terminología estándar para describir la IU y su gravedad</li> <li>* Hay una falta de rutina en la detección de la incontinencia</li> <li>* Existe una carencia de herramientas validadas de evaluación y diagnóstico que puedan ser utilizadas en todos los géneros, razas y grupos de edad?</li> <li>* Hay una necesidad de comprender mejor los efectos de diversas intervenciones en mujeres de mediana edad y más mayores</li> <li>* Las residencias de ancianos carecen de enfoques multidisciplinarios para administrar y mantener programas de continencia</li> <li>* Las enfermeras y el personal administrativo necesitan adquirir aceptar las estrategias conductuales</li> <li>* Existe una carencia de espectro completo de dispositivos y aparatos para adultos incontinentes</li> <li>* El personal ocupado en entornos de cuidados agudos y de larga duración tiene limitaciones de tiempo</li> <li>* Proveedores e instituciones no reconocen el "derecho al aseo" como una actividad crítica de la vida diaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Existe una falta de asociaciones entre investigadores y clínicos</li> <li>* Hay una falta de estrategias de evaluación apropiadas</li> <li>* Hay una falta de información sobre la efectividad de estrategias de prevención primaria</li> <li>* Se necesitan modelos alternativos de personal de enfermería y educación del personal en los entornos de atención primaria y de atención a largo plazo</li> <li>* Se necesitan modelos para transferir con éxito los resultados de la investigación a la práctica clínica</li> </ul>
<p>CULTURAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Prevalen las percepciones de que la incontinencia es menos legítima que otros problemas de salud</li> <li>* Las barreras en el ambiente de trabajo interfieren con la salud óptima de la vejiga</li> <li>* En algunas culturas los tabúes prohíben la discusión de los asuntos de la vejiga</li> <li>* Existe la necesidad de cuidados de continencia culturalmente sensibles y de pautas culturalmente apropiadas</li> </ul>
<p>ADMINISTRACIÓN, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICA</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Las barreras administrativas y estructurales interfieren con la promoción, el cribado, la evaluación y el asesoramiento en atención primaria</li> <li>* Hay una escasez de enfermeras bien preparadas para la atención de la continencia en la atención primaria</li> <li>* Hay una falta de personal calificado, y alta rotación en las instalaciones centros de atención a largo plazo</li> <li>* El reembolso de terceros es limitado para la detección, evaluación y asesoramiento en entornos centros de atención primaria y residencias de ancianos</li> </ul>	

Traducido de (Cockey, 2003, p. 149)

En este informe también se concluye que muy pocas profesionales han recibido formación específica para el manejo de la IU a pesar de que la enfermería de atención primaria es la primera línea de demanda sobre la IU (Cockey, 2003).

Con todo esto, es importante reconocer cómo el silenciamiento de la IU femenina es un proceso complejo y multicausal, que necesariamente requiere un abordaje que rompa el paradigma unicausal de la cultura biomédica.

#### **4.6 INCONTINENCIA URINARIA Y GÉNERO**

Al analizar la IU es importante recordar los posibles efectos de las diferencias biológicas entre sexos, con casuísticas distintas, como son la posibilidad de alumbrar y la menopausia en el caso de las mujeres, o la patología de próstata en los hombres. En relación con esta cuestión, las diferencias anatómicas y los factores de riesgo diferenciados por sexo predisponen a las mujeres a tener una mayor prevalencia de todos los tipos de IU en relación con los hombres, con una proporción de tres a uno, tal y como se señaló anteriormente, y que se va igualando con el aumento de edad (Ewings et al., 2005; Fernández Pérez et al., 2012; Higa, Lopes, & D'Ancona, 2013; Nieto Blanco et al., 2003). Pero ¿Se sabe cómo afectan los roles de género en la IU?

Algunos autores señalan las diferencias entre mujeres y hombres en la búsqueda de ayuda para la IU. Por ejemplo, se sabe que las mujeres son menos propensas a buscar ayuda médica frente a la IU (Christine Shaw, Gupta, Williams, Assassa, & McGrother, 2006), aunque es más probable que reciban tratamiento una vez hayan consultado. Igualmente, tanto en hombres como en mujeres con IU, el estatus socioeconómico, la edad y el nivel académico influyen en la determinación de prescribir tratamiento por parte del personal sanitario, siendo más baja la prescripción en personas más mayores y con menor nivel educativo y económico (Li et al., 2007).

El trabajo de Svihra et al. (2012) explora las diferentes barreras internas y externas que tienen mujeres y hombres en las acciones emprendidas y el manejo de la IU, pero, a pesar de que se presenta como el primer estudio en Europa que trata las diferencias

específicas por género, no profundiza en cuales son los mecanismos vinculados a los roles de género que hacen que haya estas diferencias.

En la reciente tesis de Ortuño (2016), en la que se abordan las diferentes experiencias de mujeres y hombres, se concluye que la IU es un problema de salud fuertemente influenciado por los estereotipos de género tradicionales. Por una parte, señala que las mujeres al asumir este problema como natural no buscan ayuda profesional, y que el colectivo sanitario tampoco ve necesario buscar un tratamiento, porque también asumen la IU en las mujeres como natural, y por la poca gravedad que entraña. Según este trabajo, los hombres, por su lado, viven la IU como una pérdida del rol tradicional masculino.

La revisión sistemática de Volkmer et al. (2012), que incluye una treintena de trabajos cualitativos que abordan la IU, aporta una mirada crítica hacia la incompreensión por parte del personal sanitario de las experiencias que viven las mujeres con IU, quienes han construido un modelo cultural que representa una cuestión de género, en la medida que consideran que ser incontinente es inevitable para ellas.

Finalmente, los trabajos de autoras como Peake et al.(2003; 1999) que investigan la IU de las mujeres desde una perspectiva de la antropología médica, sí que destacan razones de género en la construcción del silencio de las mujeres y del personal sanitario, profundizando más en ellas. Una de sus conclusiones es que los modelos culturales sobre la IU sólo aceptan que las personas ancianas y bebés se orinen, y que el caso de la IU femenina, es un síntoma más de ser mujer, un acontecimiento inevitable. Así mismo estas autoras coinciden con el hallazgo de otros estudios como el Volkmer et al. (2012) y el de Cockey (2003) en que las mujeres con IU desarrollan una actitud de subestimación hacia este problema que se refleja en los discursos en los que reducen la importancia de la IU e incluso utilizan eufemismos para referirse a ella.

Otro hallazgo en la literatura en lo relativo al género, es que en general, las mujeres prefieren ser tratadas por personal sanitario de su propio sexo (Volkmer et al., 2012).

Pero el género es una construcción social y cultural y, como tal, el contexto y la cultura desempeñan un papel importante, hasta el punto de que, en diferentes contextos culturales, pueden aparecer nuevas barreras añadidas vinculadas al género. Así, vinculado con lo anterior y a modo de ejemplo, cabe recordar que, más allá de las preferencias, las mujeres musulmanas no pueden ser tratadas por personal sanitario del sexo opuesto, lo que se suma a otras dificultades como el hecho de que no pueden hablar con sus maridos sobre la IU (El-Azab & Shaaban, 2010).

### **3.7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA LITERATURA**

La revisión de la literatura realizada y presentada a lo largo de este capítulo permite concluir que:

- Hay una falta de conciencia pública sobre la ayuda disponible para el tratamiento de la IU (Cotterill, 2011).
- La prestación de servicios dentro de los países europeos es heterogénea y crea incertidumbre para el personal sanitario y las mujeres afectadas en cuanto a los estándares de atención. Por lo tanto, la concienciación sobre la prestación óptima de servicios para las mujeres con IU debe ser una prioridad de la política de atención de la salud (Monz et al., 2005).
- A pesar de la abundancia de investigación dirigida al manejo de la IU, existen todavía muchas lagunas en la aplicación de la evidencia científica a la práctica clínica (Cockey, 2003).
- La investigación sobre las intervenciones específicas con perspectiva de género, para grupos étnicos minoritarios, o de prevención y tratamiento en atención primaria son escasos (Cockey, 2003).
- La estigmatización y la vergüenza que sufren las mujeres con IU es una de las barreras internas más frecuentes en el proceso de búsqueda de atención formal, por lo que el modelo médico de un único agente causal y enfoque curativo no es suficiente para abordar la IU (Cockey, 2003; Peake & Manderson, 2003).
- La naturalización de la IU en las mujeres está presente en la cultura y sociedad incluido el propio personal sanitario.

Para cerrar el capítulo de la revisión de la literatura, y haciendo balance entre lo que está estudiado y lo que todavía falta por estudiar en relación al silenciamiento de la IU y de la accesibilidad al tratamiento fisioterápico, en mi opinión, es necesario diseñar un estudio que incorpore la perspectiva de género como herramienta metodológica que facilite desvelar y responder a cómo los roles de género del personal sanitario y las mujeres con IU influyen y se retroalimentan en este fenómeno.

La mayoría de estudios están enfocados a explorar los motivos que tienen las mujeres para silenciar la IU. Entre otras causas, se destaca la queja que tienen respecto al trato recibido, concretamente por la falta de interés, conocimientos y prioridad que el personal sanitario le da a la IU de las mujeres.

Sin embargo no hay apenas estudios dirigidos a contrastar las quejas de las mujeres y explorar cómo influye la propia cultura, creencias y estereotipos de género del personal sanitario, y cuál es la responsabilidad que tienen en este proceso de silenciamiento.

También considero que hay una carencia respecto a los trabajos dirigidos a describir la accesibilidad al tratamiento fisioterápico, y, si el conjunto de profesionales sanitarios lo consideran la primera línea de abordaje de la IU tal como se describe en las guías de evidencia internacionales.



## **CAPÍTULO 5: JUSTIFICACIÓN**



Una vez contextualizado el fenómeno de estudio y revisada la literatura, creo importante cuestionarme la necesidad y relevancia de este proyecto de investigación. Para ello voy a reflexionar sobre tres cuestiones: la IU femenina cómo problema de la salud, la tipología de estudios dirigidos a la misma y la necesidad de un cambio metodológico basado en el análisis de género.

Efectivamente, la IU femenina es un problema muy prevalente aunque poco representado en las encuestas de salud: se considera una epidemia silenciosa y el tercer problema de salud después de las enfermedades coronarias y el cáncer (Delarmelindo, Parada, Rodrigues, & Bocchi, 2013); sin embargo no tiene repercusión en las políticas de salud pública, en las organizaciones educativas profesionales, y, en consecuencia, en la evaluación clínica y las intervenciones (Cockey, 2003; Cotterill, 2011; Monz et al., 2005).

La IU representa un problema de salud pública por varias razones, entre las que destacan en la pérdida de calidad de vida en todas sus dimensiones (física, psicológica, social, laboral, deportiva, etc.) y el elevado gasto sanitario que genera. Los gastos pueden ser directos o indirectos: los primeros son los dedicados al diagnóstico, tratamientos conservadores y quirúrgicos, fármacos, ayudas técnicas, etc.; los indirectos son los relacionados con la pérdida de productividad, ya que, aunque la IU no compromete la vida de las mujeres, sí que las aísla progresivamente derivando en cierto grado de dependencia. Los gastos indirectos son difíciles de cuantificar, pero de los gastos directos se sabe que la IU en el área de Madrid en el año 2000 fue causa del 8,8% del gasto total de farmacia (Nieto Blanco et al., 2003; Saura et al., 2001), y, en 2001 supuso en 3,2% de la prestación farmacéutica de España o, lo que es lo mismo, 210 millones de euros (Simó, Izquierdo, Benítez, & Porcar, 2013).

La investigación cuantitativa entorno a la IU es muy abundante por lo que hoy día se conocen bastante bien algunos factores de riesgo, la fisiopatología, la eficacia de muchas de las técnicas quirúrgicas y conservadoras para su tratamiento. Por el contrario, apenas hay literatura que profundice en la identificación de las causas del silenciamiento de la incontinencia femenina, ni en la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

En mi opinión, la ceguera o la insensibilidad al género de la biomedicina contribuye a la perpetuación de la silenciación de la IU. Es por eso, que la IU femenina clama ser investigada con una metodología que rompa con el modelo hegemónico de hacer ciencia; una metodología que detecte las desigualdades de género y los sesgos que las provocan. En definitiva, no es tanto lo que falta por estudiar, sino el cómo se va a estudiar.

Esta manera de hacer ciencia que incorpora el enfoque de género en todos los ámbitos de la vida pública es reconocida internacionalmente desde la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995 (Programa de de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1996). Partiendo de que este enfoque supone el análisis de las construcciones sociales de lo masculino y femenino, y las relaciones de poder y desigualdades que implican para mujeres y hombres, el *mainstreaming* (o transversalidad) de género se ha convertido en objetivo primordial de las distintas organizaciones intergubernamentales, y se incluyó en los planes de muchos países, incluido España (García-Calvente et al., 2013; Grupo de especialistas en mainstreaming. Instituto de la Mujer., 1999).

En este sentido la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE, 2007), en su artículo 20, insta a los poderes públicos a que incluyan en sus estudios y estadísticas, nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres (García-Calvente et al., 2013).

A continuación paso a desarrollar cómo la teoría crítica feminista cuenta con las herramientas necesarias para poder dar respuesta a mi pregunta de investigación.

## CAPITULO 6: PERSPECTIVA TEÓRICA

*“En la ignorancia de quien tiene el deber de saber se esconde siempre, qué duda cabe, una resistencia” (Valcárcel, 2009)*



Para poder dar respuesta a las preguntas de investigación del fenómeno que estudio, el silenciamiento de la IU de las mujeres, es necesario mirar desde el género. Dice Valls-Llobet, en su trabajo *Mujeres invisibles* (2006), que no se puede ver lo que no se mira. La medicina y la investigación no han mirado a la salud de las mujeres en toda su amplitud porque no han tenido en cuenta el género como un determinante social que la sitúa de forma injustamente desigual con respecto a la de los hombres (Borrell & Artazcoz, 2008; Borrell et al., 2004; Gómez Gómez, 2002). La IU es un problema de salud que muchas mujeres no pueden resolver, ni por ellas mismas, ni con intervención del entorno de atención de salud. La sociedad parece entender como normal que las mujeres tengan IU en algún momento de la vida, que es inevitable, porque, al fin y al cabo, es muy frecuente. Llamar “normal” a lo frecuente es predicar la resignación, y el silencio, e impedir que se investiguen soluciones (Valls-Llobet, 2009).

Me propongo mirar este fenómeno con otras lentes que me permitan ver y explicar cómo la desigualdad social, en este caso por razón de género, daña la salud de las mujeres (Benach & Muntaner, 2005).

Para desarrollar este trabajo me apoyo en la teoría crítica feminista. Una teoría es un sistema de ideas que nos puede servir para explicar un fenómeno, un conjunto de premisas que explican la realidad, o una explicación global que explora relaciones entre conceptos, una lente con la que mirar la realidad (Gastaldo, 2008).

En el feminismo y en los estudios con perspectiva de género se suele hablar de las lentes o gafas violetas, en referencia al color que representa al movimiento feminista o a la lucha por la igualdad de derechos entre las mujeres y los hombres. Las lentes violetas, procuran una sensibilidad de género a quien quiere mirar la realidad sin espejismos ni resistencias. En palabras de Celia Amorós “teoría” significa “ver”, del griego *θεωρία* *theōría* (2010).

La teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo con una epistemología propia que considera que pese al carácter progresista de la ciencia, ésta es androcéntrica, es decir que surge de la experiencia social masculina; por lo que los planteamientos de los problemas de investigación, los diseños de los experimentos y sus aplicaciones son sexistas (Ruiz-Cantero, 2013) .

Harding (1997) plantea que la posición dominante del hombre en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y que *el punto de partida feminista* abre la posibilidad de un conocimiento más completo, es decir, se plantea el feminismo como un factor de corrección de los sesgos de género de las teorías ya establecidas que no los contemplan en la selección de los problemas a investigar.

A continuación presento: 1) un breve resumen de los hitos del feminismo, de sus corrientes actuales y los fundamentos de la teoría crítica feminista, 2) los conceptos de sistema sexo/género, roles de género y estereotipos de género, 3) las aportaciones del feminismo a la salud de las mujeres, 4) la evolución de los enfoques de género en salud, 5) estudios feministas en salud y, 6) algunas categorías de análisis que he utilizado para organizar y discutir los resultados de mi trabajo.

## **6.1. TEORÍA CRÍTICA FEMINISTA COMO PARADIGMA**

### ***De dónde venimos***

Es fundamental saber de dónde venimos para conocer cómo las desigualdades siguen reproduciéndose en la actualidad en todas las esferas y no caer en la ilusión de que ya está todo conseguido (de Miguel, 2008). En palabras de Valcárcel, a eso se alude con la expresión del espejismo de la igualdad (2009).

En occidente las mujeres hemos experimentado una gran mutación de las condiciones generales de vida. En plenos años setenta en España, una mujer no podía disponer de sus bienes, incluida su nómina, no tenía potestad sobre sus hijos, no podía trasladarse o aceptar un trabajo sin permiso, y una larga lista de otras prohibiciones y restricciones

(Valcárcel, 2009). Pero, aunque haya habido muchos avances, el camino no está concluso y queda mucho trabajo por hacer en la actual agenda feminista, que va más allá de haber recuperado las libertades más elementales.

Los tres siglos de recorrido del feminismo han sido fundamentales en la historia de la humanidad en materia de democracia y de derechos, con ellos se han conseguido ampliar espacios de libertad e igualdad para las mujeres (Cobo, 2014). Como las olas del mar, el feminismo ha pasado por diversas etapas; algunas que han tenido más peso en la teoría política y otras que lo han tenido en el movimiento social (Varela, 2013; Zauner, 2017).

La lucha de las mujeres empieza a tener finalidades precisas a partir de la Revolución Francesa; primero por la igualdad de los derechos civiles, políticos, laborales y educativos entre hombres y mujeres; después vino la demanda del derecho al sufragio y finalmente, tras los logros feministas de las etapas anteriores que han procurado que las mujeres vivan en una sociedad legalmente “casi igualitaria”, se plantean otra serie de reivindicaciones feministas en materia de igualdad social (de Miguel, 1995; Gamba, 2008).

En el nuevo desafío del feminismo moderno cabe destacar a Simone de Beauvoir (de Beauvoir, 2005), quien revela claramente el peso del sexo como condicionante en la vida y puso sobre la mesa, probablemente de la manera más clara hasta entonces hecha, que el sexo – y de manera despiadada –, es más determinante en la vida de las personas que la clase social.

### ***Corrientes actuales del feminismo y sus categorías de análisis fundamentales***

En la actualidad no se puede hablar de un único feminismo; es a partir de los años setenta, que el feminismo radical, desde su teoría y práctica – *lo personal es político* –, provocó que cada feminista trabajara sobre su propia realidad, por lo que en cada lugar

del mundo evolucionó según sus características, tiempos y necesidades propias (Varela, 2013).

Entre los años setenta y hasta comienzos de los ochenta las principales líneas feministas fueron la radical, la socialista y la liberal, a su vez entrecruzadas por las tendencias de la igualdad y la diferencia (Gamba, 2008).

A comienzos de los años setenta en los Estados Unidos y Francia el feminismo radical evolucionó para denominarse feminismo cultural. Esta nueva corriente, dejaba atrás aquello por lo que se había luchado, la superación de los géneros, para reivindicar la diferencia sexual a través del eslogan *ser mujer es hermoso* (de Miguel, 1995). El feminismo cultural deriva en los feminismos de la diferencia que se apoyan en la concepción esencialista y la revalorización de lo femenino, incluyendo la maternidad, lo irracional y lo sensible como características de la mujer o exaltando las tareas domésticas como algo creativo que se hace con las propias manos (Gamba, 2008).

El feminismo de la igualdad, en sentido opuesto, se plantea remover totalmente las diferencias artificiales por razón de sexo dentro del sistema. En el contexto de esa corriente surge lo que se ha dado a llamar el feminismo institucional o de estado, esto es, la incorporación del feminismo a las instituciones y el sistema, a partir del cual se ha legislado en materia de igualdad, y se ha reconocido la situación de las mujeres como un asunto asumido por los organismos internacionales. Algunos de los resultados de esta corriente han sido la creación de ministerios o institutos interministeriales de la mujer (en España se creó el Instituto de la Mujer en 1983) (Gamba, 2008; Varela, 2013).

Defiende Velasco (2009) que no queda más remedio que mantener una postura ecléctica respecto a la igualdad y la diferencia, para poder investigar, pensar y producir teoría explicativa. Por una parte es necesario mantener la igualdad de derechos y oportunidades en el plano político; y por otra, las diferencias y diversidades deben ser también un vector guía de los desarrollos teóricos y de lucha por la no discriminación.

También Valls-Llobet reflexiona sobre este debate y lo que comporta en las ciencias de la salud:

*“[...] me he preguntado cómo influye el debate feminista que resumo de forma esquemática entre el feminismo de la igualdad y el de la diferencia en las ciencias de la salud. Las feministas de la salud hemos tenido que estudiar todas las discriminaciones que han sufrido y sufren las mujeres, todos los sesgos de la sociedad patriarcal que se han introducido en la medicina, lo que nos acercaría a los supuestos del feminismo de la igualdad, pero estamos en contacto cada día con todo tipo de diferencias, que se convierten en desigualdades por no ser visibles ni valoradas” (2009, p. 81).*

En mi opinión, todavía queda demasiado por conseguir - o por mantener - en cuestión de igualdad y salud. Creo que las diferencias entre hombres y mujeres son todavía un coladero de inequidades e injusticias. Considerando que el feminismo de la diferencia promulga en materia de salud una atención diferencial de las funciones femeninas como la maternidad, parto, puerperio y lactancia (Gamba, 2008), en el caso que me ocupa - la silenciación de la IU de las mujeres -, quedarían excluidas otras mujeres con IU que no la relacionen con estos procesos. Este tipo de atención diferencial pone de manifiesto la función reproductiva de la mujer como el centro de la misma, cómo si no existiesen otros procesos en su vida.

Me identifico más con las políticas de la igualdad y la equidad en los recursos de salud, que se han preocupado en detectar y evitar los sesgos de género en la atención sanitaria, en las desigualdades por sexos y de género de las formas de enfermar, y, que han procurado que se eviten los factores de riesgo que son fuentes de desigualdad en la forma de enfermar (Velasco, 2009).

Están vigentes muchas otras corrientes feministas como la teoría *queer* (Butler, 2007), el ecofeminismo (Puleo, 2008) o el ciberfeminismo (Aguilar García, 2007). Sin embargo, no me voy a apoyar en ellas para el desarrollo de mi trabajo.

Así es que, aunque no haya una única manera de definir feminismo, todos los feminismos tienen en común, al menos en su origen, poner al descubierto todas aquellas estructuras y mecanismos ideológicos que reproducen la discriminación o exclusión de las mujeres de diferentes ámbitos de la sociedad, y para ello incorpora categorías de análisis propias: el concepto de patriarcado – fundado y sustentado por el androcentrismo –, es un sistema de sometimiento sexual, “padre” y sostén de todas las dominaciones; y, el concepto de género (Cobo, 2014). En otras palabras:

*“El feminismo es aquella tradición política de la modernidad, igualitaria y democrática, que mantienen que ningún individuo de la especie humana debe ser excluido de cualquier bien y de ningún derecho a causa de su sexo, y añadido ahora que sea este sexo masculino, femenino, epiceno o incluso poco demostrable. Feminismo es pensar normativamente como si el sexo no existiera o no fuera relevante. El verdadero quid del feminismo es la injusticia de la propia jerarquía sexual, no algunas de sus indeseables consecuencias”* (Valcárcel, 2009, p. 57).

Estas indeseables consecuencias a las que se refiere la filósofa Valcárcel son muchas en el ámbito de la salud, incluida la silenciación de la IU de las mujeres.

## **6.2. SISTEMA SEXO/GÉNERO. ROLES DE GÉNERO. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO**

Para poder entender las aportaciones que el feminismo ha hecho en materia de desigualdades en salud, primero es necesario definir algunos conceptos clave. Algunas de las aportaciones más relevantes que el feminismo incorpora a la producción científica son el concepto de patriarcado entendido como una estructura de dominación masculina, y, los conceptos vinculados a la categoría género. En concreto, voy a desarrollar aquellas categorías que me han servido en el análisis de los datos: el sistema sexo/género, los roles de género y los estereotipos de género.

### ***Sexo/género***

El concepto género, tal y como es empleado en la teoría feminista, fue definido en el año 1975 por la antropóloga feminista Gayle Rubin y desde ese momento se convierte en una de las categorías centrales del pensamiento feminista (Cobo, 2005). Existen numerosos antecedentes en las décadas previas, que provienen de feministas tan significativas como son Simone de Beauvoir o Margaret Mead, quienes describen las diferencias y desigualdades sexuales (Stolke, 2004). Sin embargo, no es hasta a finales de los años setenta cuando las feministas anglosajonas incorporaron definitivamente este concepto de género (Esteban, 2006).

Los conceptos sexo y género se utilizan a veces de forma indistinta, pero son distintos y no tienen en absoluto el mismo significado. Por una parte el sexo se refiere a las características biológicas que definen la capacidad de procreación y las características de la respuesta sexual (Sánchez López, 2013). Así, un cuerpo es portador de la diferencia anatomofisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico: hembra, macho o intersexo (Velasco, 2009). Por otro lado, el concepto género proviene del inglés *gender*, y, apartándonos del debate semántico y terminológico que pueda existir (este anglicismo no tiene exactamente el mismo significado exclusivo que en español), se refiere a roles, relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, influencias y relaciones de poder que se construyen culturalmente y que la sociedad atribuye de forma diferencial a uno u otro sexo (Sánchez López, 2013).

En un sentido muy amplio, se entiende la identidad de género como el proceso por el que cada cual se sabe perteneciente a un grupo de asignación sexual, y excluido de otro. Las personas, a partir de estar vinculadas a un género concreto, a través del aprendizaje de comportamientos y actividades tipificadas – los roles de género – se reafirman en el mismo (Barberá, 1998).

El concepto género va a resultar explicativo en la búsqueda del proceso de la silenciamiento de la IU y puede ser útil para desvelar diferencias y sesgos en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico entre las mujeres y los hombres. Introducir la perspectiva

de género en el análisis de esta cuestión - la IU de las mujeres – rompe con el paradigma biomédico que lo reduce todo a una única causa biológica y la relaciona con otras de origen social y cultural (Valls-Llobet, 2009).

### ***Roles de género***

Una vez que cada persona se reconoce en un género, el paso siguiente es la reproducción de de comportamientos tipificados y del desarrollo de los estereotipos de género (Barberá, 1998). Los roles de género son los papeles y funciones que la sociedad asigna a cada persona en función de su sexo biológico. Como dice Valcárcel (2009), el sexo es, en efecto, macho o hembra; con ese material bruto las culturas construyen lo masculino y lo femenino; es un desdoblamiento de lo biológico y lo cultural.

Por ejemplo, en antropología los roles de género se definen como el conjunto de actividades, comportamientos y tareas o trabajos que cada cultura asigna a cada sexo (Martin Casares, 2006).

Los roles de género se aprenden a través de la socialización diferenciada. La socialización es el proceso por medio del cual las personas desarrollan una personalidad como resultado del aprendizaje de los contenidos de una cultura dada que presupone y naturaliza unos espacios, funciones y actividades determinadas para cada sexo (Rohlf et al., 2000).

Este proceso que se inicia en el nacimiento es fruto de la información que reciben por parte de la familia, ya que desde el nacimiento los padres y madres tratan a niños y niñas de forma diferencia según los roles de género propios de su cultura. Así mismo, la socialización en la escuela y en los medios de comunicación influyen de manera contundente a través de las normas y valores que se transmiten (Barberá, 1998; Martin Casares, 2006; Rohlf et al., 2000; Sánchez López, 2013).

En relación a los cuidados de salud los roles de género también van a condicionar una serie de actitudes y comportamientos diferenciados entre las mujeres y los hombres; en

el manejo de la IU, los roles de género atribuidos a las mujeres contribuyen a su naturalización por gran parte de la sociedad. Las mujeres acaban ocultando su IU mientras que la de los hombres no tiene esa misma connotación de “natural “ en la sociedad.

### ***Los estereotipos de género***

Los estereotipos son algo subjetivo que descansan en ideas preconcebidas, condicionan las opiniones de las personas y dirigen las expectativas de los miembros del grupo social, es decir, determinan qué son lo que esperamos unos de otros y cómo nos vemos unos a otros (Ferrer & Bosch, 2003). En relación al género existen también ideas subjetivas, estereotipos de género que tienen que ver con los rasgos de personalidad, las conductas correspondientes al rol, las ocupaciones laborales o la apariencia física. Los estereotipos de género, al igual que los roles de género, también van a variar respecto a la cultura y momento en la historia en la que nos situemos. Así que la extrema delgadez en las mujeres y los cuerpos musculosos de los hombres son hoy día en occidente un objetivo a alcanzar para muchos y muchas.

Las características estereotipadas atribuidas al sexo masculino y al sexo femenino en la cultura occidental contribuyen a procesar los problemas de salud de diferente manera en detrimento de las mujeres tanto en el manejo y abordaje de los mismos como en la accesibilidad de los recursos sanitarios. La IU es un claro ejemplo de este proceso por el cual las mujeres dejan pasar años antes de solicitar ayuda, o no acuden al tratamiento porque tienen muchas otras cosas que hacer (cuidar, dedicarse a los demás, tareas domésticas, etc.). Sánchez López (2013) recopila algunos de todas estas características en la siguiente tabla:

TABLA 6. Estereotipos de género

	Estereotipo masculino	Estereotipo femenino
Rasgos	Activo, decidido, competitivo, independiente, persistente, seguro de sí, fortaleza psíquica	Dedicación a los otros, emotividad, amabilidad, consciente de los sentimientos de los otros, comprensión, calidez
Roles	Proveedor y control económico, cabeza de familia, líder iniciativa sexual, deportista	Ocupaciones domésticas, interés, fuente de soporte emocional, preocupación de y por los /las niños/as
Características físicas	Atlético, corpulento, musculoso, fuerte, vigoroso, alto	Belleza, eterna juventud, elegancia, sexy
Destrezas cognitivas	Analítico, pensamiento abstracto, destrezas matemático-científicas	Pensamiento concreto, artístico, creativo, inteligencia social, destrezas verbales

(Sánchez López, 2013, p. 21)

### 6.3. FEMINISMO Y SALUD

La crítica feminista ha permitido investigar cómo los determinantes sociales de la salud, especialmente el género, han contribuido a la discriminación, desigualdad o violencia hacia las mujeres, por lo tanto causándoles problemas en su salud (Borrell & Malmusi, 2010).

Según la médica y antropóloga Mari Luz Esteban (2001,2006), los dos ejes centrales de las aportaciones del feminismo en el ámbito de la salud han sido: la denuncia de la naturalización social de las mujeres, y la distinción de los conceptos de sexo y género. El análisis de las desigualdades en salud de mujeres y hombres requiere una visión no determinista y desnaturalizadora del cuerpo y la salud (Esteban, 2006). Para lograrlo, una de las aportaciones más importantes que ha hecho el feminismo a los estudios en general y a los de la salud, en particular, ha sido la incorporación del género como categoría de análisis.

En este análisis es imprescindible hacer un buen uso de este concepto, ya que en muchas ocasiones, se utiliza como equivalente a “mujer”, o bien se sustituye de manera mecánica por “sexo”. Esta tendencia tan común en la investigación biomédica, desligada de la teoría feminista, vacía por completo la capacidad explicativa de la categoría género, silenciando los logros del feminismo en materia de salud, y limitando y empobreciendo el desarrollo científico del mismo. Utilizar género como sinónimo de sexo o mujer, sin preocuparse de las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres, no aporta ningún conocimiento respecto a las construcción social que subyace a las mismas (Esteban, 2006). Añade Velasco (2009) que la teoría crítica feminista ha desarrollado componentes epistemológicos propios, que observan el sexismo y androcentrismo de la ciencia. Éstos, son fruto de las relaciones de poder de lo masculino sobre lo femenino, y se suman a las epistemologías críticas con la ciencia moderna en dos puntos: no creer en la neutralidad de la ciencia, ni en la objetividad del investigador. El sesgo del investigador o investigadora está presente entonces en todo el proceso investigador (preguntas, hipótesis y en la observación de los resultados), ya que por definición un sujeto no es objetivo. Es más, la epistemología feminista declina este sesgo en relación al sexo del investigador o investigadora.

A grandes rasgos, lo que propone el feminismo en materia de investigación en salud es plantearse una serie de objetivos que se resumen en la tabla 7.

TABLA 7. OBJETIVOS GENERALES EN LA INVESTIGACIÓN FEMINISTA EN SALUD

DESVELAR Y CUESTIONAR LAS DÍADAS BINARIAS:	DESVELAR Y CUESTIONAR:	DESVELAR Y CUESTIONAR:
Hombre/mujer	La exclusión	Las premisas biologicistas de las características y diferencias entre hombres y mujeres
Femenino/masculino	El silenciamiento y omisión	Las premisas esencialistas, que ligan los hechos de ser mujer a la biología (el sexo) y no a la construcción cultural (el género)
Activo/pasivo	El tratamiento sesgado	Las premisas universalistas, que suponen una identidad igual para la mujer y todas las mujeres
Público/privado	La devaluación	
Racional/emocional y su jerarquía social desvalorizado los lados femeninos de las díadas.	La discriminación	
	La subordinación de lo femenino y de las mujeres mismas	

Elaboración propia basado en el trabajo de Velasco (2009, p. 87)

#### 6.4. EVOLUCIÓN DE LOS ENFOQUES DE GÉNERO EN SALUD E INTERSECCIÓN DE TEORÍAS DE LA SALUD Y TEORÍA FEMINISTA

A partir de la revisión de las diferentes corrientes feministas y su relación con las teorías sobre la salud, Sara Velasco (2009) sugiere que los métodos para la práctica clínica y los programas de salud con perspectiva de género han ido evolucionando dando lugar a tres líneas que se desarrollan sucesivamente y que describen a continuación por orden cronológico:

***Primera etapa: la salud de las mujeres o pre-género (inicios de los años setenta)***

En esta etapa se empiezan a abordar los problemas de salud específicos de las mujeres. Esto se concreta en la lucha dirigida a conseguir derechos en materia de salud sexual y reproductiva. En esta primera etapa, el feminismo liberal exigía la separación de la sexualidad de la reproducción. Es la etapa de *lo personal es político*, lema que trata de expresar que las decisiones que toman las mujeres sobre sus vidas personales, no son fruto de su libre elección y de sus negociaciones como pareja sino de un sistema de poder, es decir, político. También es el feminismo radical el que promueve la oposición al poder médico, insta a luchar por el derecho al aborto, cuestiona la patologización, la medicalización de la vida (tan importante para las mujeres en el embarazo, parto, postparto y en su malestar mental), y la iatrogenia.

Una de las producciones más destacables de esta etapa es el texto *Nuestros cuerpos, Nuestras vidas* del Colectivo de Mujeres de Boston (2000),, cuya principal premisa fue *Saber es Poder*. En él se promulga la autogestión de los cuidados en salud a través del aprendizaje, y la exploración de la anatomía, fisiología, embarazo, parto, puerperio, lactancia, infecciones ginecológicas y un largo etcétera, que pasa también por el movimiento de parir en casa, y desmedicalización del parto. Este texto y todas sus aportaciones siguen vigentes entre los movimientos asociacionistas de mujeres y salud.

Otros temas de vital importancia que empiezan a tratarse en esta etapa son los relacionados con la violencia contra las mujeres, el abuso sexual, los estilos de vida, el envejecimiento, la infertilidad y la reproducción asistida, la terapia hormonal sustitutiva, las enfermedades de transmisión sexual, la medicalización, o el lesbianismo.

No obstante, en esta etapa, a pesar de que se promulga la autonomía y la liberación de las mujeres, no se cuestiona que la diferencia de los sexos sea biológica ni tampoco se incorpora aún el concepto de género para explicar la salud o las diferentes maneras de enfermar.

***Segunda etapa: desigualdades de género en salud y sesgos de género en la atención sanitaria (años setenta y ochenta)***

Los principales objetivos de esta etapa son: primero, identificar y medir los problemas de salud de hombres y mujeres, sus factores determinantes y las desigualdades de género; segundo, promover políticas y acciones sociosanitarias para la igualdad y equidad en la atención de la salud. Estas propuestas provienen del feminismo liberal, radical y de la igualdad. Se consideran por primera vez los sesgos de género y la inequidad en la atención sanitaria. Se parte de que la situación social de hombre y mujeres es diferente y discriminatoria para ellas.

Se empiezan a desarrollar estudios en los que se incorpora el género como una variable, aunque a la práctica queda casi equivalente al sexo. Este es el primer paso para visibilizar a las mujeres en cuestiones de enfermedad y salud, sin que queden ocultas en el patrón masculino. El paso siguiente aparece un poco más tarde, cuando se describe la morbilidad por sexos, diferencias que ya se dirigen a describir desigualdades de género, evitables injustas e innecesarias. En esta época se vuelven a producir estudios que abordan los factores sociales de riesgo del trabajo productivo y reproductivo y la división sexual del trabajo como causa de desigualdades (Verbrugge, 1985). Otra línea de estudios que se desarrolla son los que identifican diferencias en el trato, esfuerzo diagnóstico y esfuerzo terapéutico en la atención sanitaria por el hecho de ser hombres o mujeres (González San Juan, 2011; Rohlfs et al., 2000; M. Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004), relacionados con los estereotipos de género existentes en el medio sanitario y los sesgos de género que de ellos se derivan (más detallados en capítulos posteriores).

En España, esta etapa ha producido informes de gran relevancia para la Salud Pública y la epidemiología, como el *Estudio de Salud de las Mujeres en España*, el *Informe sobre Salud y Desigualdades en Cataluña* (Borrell & Benach, 2006) o el *VI Informe SESPAS* de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Borrell et al., 2004). La importancia de estos trabajos reside en que se empiezan a visibilizar los problemas

de salud de las mujeres españolas. Sin embargo, la IU, a pesar de ser tan prevalente, no suele aparecer en las encuestas de salud (Instituto Nacional Estadístico, 2014).

***Tercera etapa: género como categoría de análisis (finales de los años noventa)***

Los objetivos en esta etapa, conocidas ya las desigualdades en salud, son comprender cómo y por qué se han producido, analizar y transformar los modelos socioculturales y las actitudes personales de género; transformar las relaciones de poder-subordinación y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres; y, pasar del objetivo de la igualdad al de las diferencias no jerárquicas.

No es hasta finales de los años noventa que se incorpora el enfoque de género en salud; por fin se van a tener en cuenta las condiciones de género como determinantes de salud derivando procesos de vulnerabilidad y riesgo. Por citar un ejemplo clarificador, el conocimiento sobre el rol de cuidadora-cuidador y sobre su vinculación con los efectos en detrimento de la salud de quienes lo asumen (mayoritariamente las mujeres, en concreto un 92% de las personas cuidadoras en 2005 en España según el IMSERSO (Cuéllar Flores, Limiñana Gras y Sánchez López, 2013) es el resultado de incorporar la categoría género al análisis de esta situación (de desventaja para las mujeres). Las consecuencias en la salud de las personas que asumen los cuidados están ampliamente documentadas, así como las características del rol de la cuidadora o cuidador (Bover-Bover, 2006; García-Calvente et al., 2010), pero también es necesario añadir que el impacto sobre la salud es peor para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir (Larrañaga et al., 2008) porque los estereotipos sexistas atribuyen más capacidades “cuidadoras” a las mujeres (García-Calvente et al., 2010).

Si en los años setenta-ochenta uno de los principales retos para las mujeres fue romper la identificación entre mujer y madre, en esta etapa es deshacer la equivalencia entre mujer y cuidadora (Esteban, 2003).

Las producciones de modelos de atención en salud de esta tercera etapa priorizan una atención centrada en el paciente con sensibilidad de género. También se hace hincapié en modificar la relación de poder-subordinación médico-paciente para desarrollar prácticas de empoderamiento de las mujeres pacientes.

La integración de las propuestas y premisas de estas tres etapas resumidas por Sara Velasco en su trabajo *Sexos, género y salud* (2009), nos conduce a un enfoque integrado de género en salud que se muestra en la tabla siguiente:

TABLA 8. PROPUESTAS FEMINISTAS EN SALUD

Concepto caracterizado	Teoría o enfoque feminista de la salud
<b>Concepto de enfermedad</b>	Salud-enfermedad como proceso biológico y su expresión de los conflictos en la posición social, los roles y la identidad sexuales. Definida por la sociedad y el sujeto. Histórica y biográfica.
<b>Tipo de causalidad</b>	Multicausal biopsicosocial e interaccionista, incluyendo la diferencia sexual y las relaciones de poder. Cuestiona el determinismo biológico del sexo.
<b>Modelo de atención</b>	Centrada en la <b>salud de las mujeres como sujetos sexuados</b> . Basada en <b>clarificar e interpretar las experiencias</b> de las pacientes y los <b>factores sociales de opresión</b> . Romper las relaciones de subordinación. Modelos tendentes a restablecer actividad y autonomía ( <b>empoderamiento</b> ), autoayuda y apoyo mutuo, uso de estructuras médicas y colectivas no jerárquicas
<b>Factores considerados en relación médico-paciente</b>	Influencia del sexo del médico/a y el/la paciente y de estereotipos de género. Factores subjetivos sobre la diferencia sexual.
<b>Epistemología/métodos de investigación</b>	<b>Cuantitativos, descriptivos</b> y estadísticos de diferencias por sexos. <b>Cualitativos, interpretativos</b> de los procesos sociales y del discurso sobre género. Análisis de <b>experiencia vivida</b> y subjetiva de género.

(Velasco, 2006, p. 12)

## **6.5. CATALOGACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA FEMINISTA EN MATERIA DE SALUD: ESTUDIOS DE LAS MUJERES, ESTUDIOS FEMINISTAS Y ESTUDIOS DE GÉNERO VERSUS ESTUDIOS FEMINISTAS DE LAS MUJERES Y DE GÉNERO. RESISTENCIAS RELACIONADAS CON EL FEMINISMO**

A continuación presento un resumen de la evolución de la catalogación de la producción científica feminista en todas las disciplinas incluida las ciencias de la salud, y su relevancia en nuestro contexto.

A partir de los años 60 en los Estados Unidos aparecen los *Estudios de las Mujeres*, que agrupaban diferentes líneas de estudio e investigación dirigidos a la producción de conocimiento en esta materia, y que se generalizaron a partir de los años setenta. Se denominan “de Mujeres” para evitar una posición esencialista: “la Mujer” (Velasco, 2006).

A partir del uso de la teoría feminista como instrumento se produce conocimiento que se engloba en los *Estudios Feministas*, cuyos objetivos principales incluyen desvelar y cuestionar la exclusión, el silenciamiento, la omisión, el tratamiento sesgado, la devaluación, la discriminación, la subordinación de lo femenino y de las mujeres mismas. Éstos estudios se asientan en la teoría crítica feminista, la cuál parte del estudio de las relaciones de poder-subordinación entre hombres y mujeres inmersas en el patriarcado.

A partir de la incorporación de la categoría “género” en las ciencias sociales a principios de los 70, entendida como la construcción social del sexo y las relaciones entre hombre y mujeres, que se nutren de los roles y de las identidades masculinas y femeninas, que se construyen desde el entorno social y cultural, se empiezan a constituir los *Estudios de Género*.

Sin embargo, existe una línea crítica que señala el peligro que tiene la incorporación de la categoría “género” como visualizadora de ambos sexos, pero que puede hacer perder

el marco teórico feminista, es decir, aquel que tiene capacidad explicativa en el análisis de las diferencias asimétricas y de poder de hombres a mujeres (Velasco, 2006). El término “Estudios de las mujeres, feministas y de género” se emplea en España desde la primera legislatura presidida por José Luís Rodríguez Zapatero (a partir de 2004), cuando el Instituto de la Mujer comienza a hablar de ellos en estos términos; es en esta línea en la que se enmarca mi tesis.

A pesar de que hay suficientes datos para afirmar que la calidad de la atención sanitaria recibida por las mujeres está condicionada por el desconocimiento científico de la diferencia de las historia natural de ciertas enfermedades en hombres y mujeres, existen resistencias a la incorporación de género en la investigación biomédica (Eguiluz López et al., 2011). El campo sanitario es especialmente impermeable a planteamientos conceptuales que no se pliegan bien al positivismo y al paradigma biomédico; sobretodo, es impermeable a posiciones ideológicas críticas como es el feminismo (Velasco, 2006).

Cabe cuestionarse una cultura biomédica que promulga un modelo basado en la evidencia, que tienen como objetivo optimizar la actividad asistencial, asegurando que todas las praxis que se llevan a cabo hayan demostrado su eficacia y adecuación en términos de riesgo-beneficio (Tasa-Vinyals, Mora-Giral, & Raich-Escursell, 2015), pero que no sabe ni quiere tener en cuenta el género.

Quiero señalar, que el presente estudio está enmarcado dentro de los estudios que incorporan la categoría género sin desvincularla de la teoría crítica feminista.

## **6.6. CONCEPTOS DE LA TEORÍA CRÍTICA FEMINISTA PARA LA SALUD**

De las diferentes aportaciones del feminismo a la salud, mencionadas a lo largo de los apartados anteriores, he seleccionado aquellas categorías que mejor se ajustan al análisis del objeto de estudio en el que se centra mi trabajo.

Concretamente, he tomado como punto de partida la propuesta de Valls-Llobet (2001, 2006, 2008, 2009), que defiende que los estereotipos de género han sesgado la ciencia, dejando a las mujeres invisibles, inferiores y controladas. Para ello, el patriarcado viene utilizando, como si fueran premisas científicas, tres máximas con respecto al cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, la fragmentación del cuerpo y de la experiencia, y la objetualización de los sujetos.

La *naturalización* de la diferencia sexual como inferioridad se refiere a aceptar como válidos (y como fundamentados en causas naturales, y por tanto, inmutables) los estereotipos de género que sitúan al sexo masculino como dominante, frente al sexo femenino como dominado, procurando una relación desigual de poder.

La *fragmentación del cuerpo* y de la experiencia se refiere a la extirpación de la capacidad de sentir y expresar los síntomas con relación al propio cuerpo, que acompañada de la extrema especialización de la medicina, cada vez más tecnológica y sofisticada, hace que no haya espacio para poder describir un malestar. De hecho, no se puede separar la percepción de salud que las mujeres tienen de sí mismas de su propia salud, y es necesario explorar el significado de “*me encuentro mal*”, y qué determinantes sociales provocan ese malestar.

La *objetualización de los sujetos* se refiere al mecanismo por el cual las mujeres, principalmente, pasan a ser objeto de deseo del mercado: son objetos a los que se les van a vender cremas anti-edad, depilaciones láser, rejuvenecimiento de la vagina, y tantas otras cosas como todo tipo de medicalizaciones.

A continuación presento un esquema que resume esta propuesta, para luego pasar a describir con más detalle algunos de los conceptos a los que se refiere.

FIGURA 5. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO



Elaboración propia basada en el trabajo de Valls-Llobet (2009)

### 6.6.1. Invisibilización de las mujeres a través de los sesgos de género

#### *Sesgo de género en la investigación y la formación médica*

El término sesgo hace referencia a la existencia de error sistemático –por contraposición al error aleatorio-, que deriva en resultados equivocados (Tasa-Vinyals et al., 2015) y que distorsiona sistemáticamente nuestro conocimiento (Esteban, 2010).

Los sesgos de género en investigación –que también se dan en la práctica clínica con consecuencias dañinas- consisten en asumir los estereotipos de género como supuestos científicos, sin realizar un análisis más riguroso en términos de sexo-género, y se basan en supuestos erróneos sobre la igualdad o las diferencias entre hombres y mujeres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Hasta el año 1993 la *Food and Drug Administration* (FDA) no levantó la prohibición de 1977 por la que no se podían incluir mujeres en edad fértil en los ensayos clínicos o en los estudios de medicina, salvo alguna excepción (M. Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004). Sin embargo, y a pesar de ello, una revisión posterior de ensayos publicados en *The New England Journal of Medicine* a finales de los noventa mostró que la situación no había mejorado, y que la representación de mujeres no alcanzaba apenas el 25 % de las muestras (Ramasubbu, Gurm, & Litaker, 2001).

Como resultado de lo anterior se puede observar: primero, que muchas enfermedades que afectan sólo a mujeres están muy poco estudiadas, y, por tanto, son invisibles para la ciencia, como ocurre con las enfermedades endocrinas, las anemias con déficits de glóbulos rojos, la deficiencia de las reservas de hierro, o las enfermedades e interacciones ambientales que afectan al ciclo menstrual, por poner algunos ejemplos (Valls-Llobet et al., 2008); y, segundo, que no disponemos de una ciencia capaz de distinguir entre las diferencias en el enfermar de hombres y mujeres (M. Ruiz-Cantero, 2013).

Además, los resultados que se han obtenido en estos ensayos clínicos que han excluido a las mujeres se han extrapolado para toda la población, un reduccionismo peligroso, ya que ha invisibilizado los verdaderos síntomas o enfermedades de las mujeres, poniéndolas en importantes riesgos.

La investigación no presta atención a las consecuencias de las diferencias biológicas no reproductivas entre mujeres y hombres, por lo que se omiten variables fundamentales, como, por ejemplo: desconocer que las mujeres tienen una proporción mayor de tejido adiposo, que aumenta el riesgo de los productos químicos solubles en grasa, así como la piel más delgada, y un metabolismo más lento, lo que causa diferencias en la absorción, metabolismo y excreción de productos químicos (Ostlin, 2002).

En este contexto, si los sesgos de género se dan en el ejercicio médico, o por parte del personal sanitario, es porque el entrenamiento y la formación que han recibido se basa

en resultados de investigaciones sin sensibilidad de género (Ruiz-Cantero, 2013) y en una formación académica ciega al género. De hecho, los manuales médicos internacionales utilizados tradicionalmente en las facultades de medicina apenas han contemplado o han prescindido de aspectos de género basados en la evidencia (Dijkstra, Verdonk, & Lagro-Janssen, 2008).

El ejemplo más utilizado para dar cuenta de esto es la diferencia de los síntomas del infarto de miocardio que presentan las mujeres, con un dolor más intenso retroesternal, dolor en la boca del estómago y en las mandíbulas, y no tanto en el brazo izquierdo como presentan los hombres (Monteagudo-Piqueras & Sarría-Santamera, 2006; Östlin, 2005; Valls-Llobet, 2009).

### ***Sesgos de género en la práctica clínica***

*“Los sesgos de género en medicina se producen de tres formas distintas: en primer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales, cuando no lo son; en segundo lugar, partiendo de la base de que existen diferencias biológicas y psicológicas donde finalmente sólo hay similitudes; y, en tercer lugar, partiendo de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas” (Valls-Llobet, 2001, p. 180).*

En un trabajo posterior, esta misma autora (2009) concreta cómo los estereotipos de género interfieren en la salud de las mujeres, produciendo los sesgos de género siguientes: invisibilización de las mujeres en la investigación (de modo que reciben tratamientos o vacunas no investigadas), como ya se ha comentado en el apartado anterior; dificultades y sesgos en los procedimientos de exploración y para obtener diagnósticos; invisibilización de las quejas y los síntomas; en relación con los tratamientos, que pasan de la asistencia a la medicalización, y en relación con el reduccionismo de las etiologías.

En el trabajo de Tasa-Vinyals y colaboradores (2015), se organizan algunos de los posibles sesgos de género en el ámbito de los actos médicos de la siguiente forma:

TABLA 9. SESGOS DE GÉNERO EN EL ACTO MÉDICO

Relación médico/a - paciente	Proceso diagnóstico
Diferencias en: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El trato humano</li> <li>▪ La credibilidad a los síntomas</li> <li>▪ La legitimación de los síntomas</li> </ul>	Diferencias en : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La latencia al consultar</li> <li>▪ La latencia hasta ser diagnosticado/a</li> <li>▪ La cantidad y agresividad de las pruebas diagnósticas practicadas.</li> </ul>
Proceso terapéutico	Prevención y seguimiento
Diferencias en: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La latencia hasta el inicio del tratamiento</li> <li>▪ La tipología de tratamiento utilizado</li> <li>▪ Las dosis y pauta de tratamiento utilizadas</li> <li>▪ La consideración de los efectos adversos</li> <li>▪ La credibilidad y legitimación de las quejas sobre los efectos adversos</li> </ul>	Diferencias en: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La estimación del riesgo y la necesidad de prevención/seguimiento</li> <li>▪ La cantidad y agresividad de los procedimientos preventivos utilizados</li> <li>▪ La frecuencia de las visitas de seguimiento</li> <li>▪ La autonomía del/la paciente en sus quejas de seguimiento</li> </ul>

(Tasa-Vinyals et al., 2015, p. 17)

Las expresiones del sesgo de género en la práctica clínica, según esta clasificación, consisten, básicamente, en la diferencia que existe entre hombres y mujeres en la frecuencia y tipo de utilización de los servicios especializados o ambulatorios; en la demora y espera para recibir asistencia sanitaria; en la diferencia en la aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos; en la medicalización del legítimo malestar emocional femenino, o dicho de otro modo, en la sobreprescripción de fármacos ansiolíticos y antidepresivos y en la medicalización de la fisiología femenina.

Por ejemplo, los hombres acuden menos a los centros de salud de atención primaria respecto a las mujeres; en cambio hacen más uso de los servicios hospitalarios y especializados, reflejo del sesgo en el esfuerzo terapéutico de los y las profesionales médicos y del sistema sanitario, que consideran más importantes y creíbles los síntomas de los hombres. Ruiz-Cantero et al. (2004) listan algunos de los estudios que han medido

estas diferencias en relación al infarto de miocardio, los tratamientos sintomáticos como el dolor, o la utilización de tecnologías más avanzadas situadas en centros hospitalarios, y todos apuntan a una discriminación hacia las mujeres.

Exceptuando el parto, el puerperio y las complicaciones del embarazo, en todos los grupos de edad y para la mayoría de grupos diagnósticos es mucho más frecuente el uso de servicios especializados y hospitalarios en hombres que en mujeres (Brugulat, Séculi, y Fusét, 2001; Castellá, Mompart y Pérez, 1997; Healy, 1991; Larrañaga, 2002).

Resumiendo, podemos decir que los sesgos de género más comunes en la práctica clínica son el sesgo en el esfuerzo diagnóstico, el sesgo en el esfuerzo terapéutico, el sesgo en la demora y espera de la asistencia sanitaria, y el sesgo en la prescripción y consumo de fármacos psicótropos (M. Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004).

### **6.6.2. Inferioridad de las mujeres a través de la naturalización, la renaturalización y el reduccionismo**

#### ***Naturalización y renaturalización***

Muy acertadamente, Victoria Sau (2000) definió la naturalización como uno de los instrumentos del poder para justificar lo injustificable. Para Esteban (2006), la naturalización es la percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano.

La naturalización se ha utilizado tradicionalmente para hacer a las mujeres responsables de cuidar a las criaturas o a los enfermos (entendiendo que el “cuidar” estaba en su naturaleza o formaba parte de ella), y que, en todo caso, pueden tener *“la suerte de tener una pareja que ayude mucho en casa”*. No se debe confundir *ayudar* con *corresponsabilidad*. Esta *suerte* es uno de los espejismos de la igualdad a los que se refiere Valcárcel (2009). Pero la realidad es otra, la que ya se ha puntualizado en el apartado de contextualización: las estadísticas siguen siendo desfavorables para las mujeres en cuanto al número de horas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidados

(INE, 2016). Y cabe decir desfavorables porque esta doble jornada, división sexual del trabajo o explotación doméstica (Amorós, 2010), además de no ser un trabajo ni remunerado ni reconocido socialmente, constituye un riesgo para la salud de las mujeres (Artazcoz et al., 2014; Bover-Bover, 2006), y restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. La capacidad reproductiva nos ha salido muy cara a las mujeres.

Vivimos en una sociedad a la que le cuesta reconocer que las mujeres pueden decidir ser madres o no serlo, o que se arrepientan de haberlo sido. Es una sociedad que juzga a aquellas mujeres que anteponen su carrera profesional, su vida social y de ocio a la crianza; que juzgan a las madres hijas-sobrinas-nueras que no cuidan de sus padres-madres-tíos-tías-suegros-suegras dependientes (Esteban, 2003). Porque a pesar de la tendencia oficial a creer - fingir que las relaciones entre hombres y mujeres son iguales y simétricas, este supuesto equilibrio no se refleja en la realidad: las mujeres no deciden libremente criar o no criar, cuidar o no cuidar (Donath, 2016). Creernos en una sociedad formalmente igualitaria (de Miguel, 2015) es una falacia social más, una ceguera selectiva.

En este contexto, la renaturalización sería el proceso por el cual se vuelve a poner en valor y a sobrevalorar la maternidad y los cuidados, y ello a través de conceptos como son la crianza consciente o la crianza natural, que ha hecho que estemos viviendo la época de las biomadres perfectas, que no biopadres.

Volvemos a una sociedad -en realidad nunca la hemos dejado- en la que se valora positivamente a las mujeres que renuncian a su carrera profesional para dedicarse a la crianza, pero una crianza de mejor calidad que la de nuestras madres y abuelas, porque ahora se tienen pocos hijos para dedicarles más. Este fenómeno viene reforzado a través de redes sociales y medios de comunicación de masas en los que series televisivas, como *The Good Wife*, o películas, como *Feliz día de la madre*, presentan a las madres abnegadas como un ideal a perseguir (Cobo, 2016; Esteban, 2003; Yañez, 2013).

***Reduccionismo reproductivo***

La medicina contribuye y alimenta la naturalización de las mujeres, y, con ello, las reduce a seres con una única finalidad: la reproducción (Villalba, 2000), por lo que las clasifica en mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas, mujeres-madre-lactantes, mujeres en edad no reproductiva, o mujeres-menopáusicas, mujeres-siempre-cuidadoras. Esta clasificación pone de relieve necesidades médicas basadas en procesos naturales e invisibiliza, tras estereotipos de género, verdaderos problemas de salud.

En consecuencia, gran parte de la atención que presta el personal sanitario, y muchas de las políticas que se establecen en relación a la salud de las mujeres, van dirigidas o se centran en el embarazo, la contracepción, las enfermedades de transmisión sexual y, recientemente, la menopausia (Valls-Llobet, 2009). Esto sería un reduccionismo reproductivo, pero también se han descrito otros reduccionismos en relación a la atención psicológica y/o psiquiátrica o a la etiología de los síntomas.

Es importante destacar que todos ellos contribuyen a la inferioridad e indefensión de las mujeres en la medicina, ya que los profesionales sanitarios pueden estar sesgados en sus diagnósticos y en los tratamientos que pautan, dejando fuera del sistema algunas demandas de las mujeres por no considerarlas con enfoque de género (Valls-Llobet, 2009).

El problema de la naturalización y de la inferioridad de las mujeres es que la medicina ha confundido lo frecuente – normal - con lo natural. En el caso de la IU, al ser tan prevalente y relacionada con ciertos periodos del ciclo vital de la mujer – posparto y menopausia -, se la ha considerado como inherente a las mujeres, por lo que muchas veces no se diagnostica.

### **6.6.3. Control de las mujeres a través de la medicalización de las mujeres y encarnizamiento médico**

Como consecuencia de lo descrito en los apartados anteriores en referencia a los sesgos de género en salud y a la medicina naturalizadora y reduccionista, que ha considerado a las mujeres como seres dedicados principalmente a la reproducción, no es de extrañar que se haya establecido una medicalización de la prevención, es decir, un exceso de prescripción farmacológica para procesos que son naturales, como el embarazo, el parto, la menstruación, o la menopausia.

Añadir que, además de medicar o prescribir fármacos, también se utilizan una serie de intervenciones médicas de rutina en estos procesos y en otros relacionados con la salud de las mujeres, que son excesivas o innecesarias y a las que Gervás y Pérez-Fernández (2016) denominan encarnizamiento.

La prescripción de fármacos psicótrópos a las mujeres para “curar” su malestar es un clásico, en este sentido se medicalizan causas de origen social, como si fuesen de origen biológico (Papí, 2007).

Describir la magnitud y el alcance de esta medicalización e instrumentalización médica de las mujeres en general sobrepasa el alcance y propósitos de este trabajo. Por ello, me centraré en lo que puede suponer para la aparición de la IU. En el apartado dedicado a los aspectos fisiológicos de la IU, se ha hecho referencia a los factores de riesgo para la misma, siendo uno de los más importantes el parto, en concreto la instrumentalización del parto.

En la década de los años veinte del siglo pasado, en Estados Unidos el parto pasó a ser un proceso patológico, y se empezaron a utilizar técnicas como los fórceps, para la extracción del feto, la episiotomía, o corte quirúrgico en el suelo de la pelvis, la anestesia, o la inducción del parto. En definitiva, el parto pasó a ser considerado como peligroso, y se pasó a considerar necesario intervenir (Gérvas & Pérez-Fernández, 2016;

Yañez, 2013), relegando a la mujer a un segundo plano, pasivo y sumiso. Y este tipo de prácticas se fueron generalizando y extendiendo a otros países, incluido el nuestro.

En relación con esta cuestión, la asociación de usuarias y profesionales de la salud *El parto es nuestro*, ha trabajado desde 2003 en nuestro país para difundir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en la atención al parto (WHO, 2015). Desde este tipo de foros se denuncia que sólo el 10% de las intervenciones obstétricas que se realizan habitualmente en España están basadas en la evidencia científica (El parto es nuestro, 2017) y vulneran la Ley de Autonomía del Paciente (BOE, 2002). Cabe señalar que estos colectivos participaron activamente en la elaboración de la Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad de España (2008) y que la posteriores revisiones y actualizaciones (*Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*, 2012).

En este sentido, en el estudio de variabilidad y revisión sistemáticas *La asistencia al parto de las mujeres sanas* (2009), llevado a cabo por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España, se comparan por Comunidades Autónomas el uso y el no uso de algunas de estas técnicas que medicalizan el parto y sus consecuencias. En el caso del uso de la episiotomía, cuando la recomendación de la OMS es que se use de manera selectiva, y que este uso no debe ser mayor al 10% de los casos, se dan disparidades tales como un uso del 70% en provincias como Palencia, que contrastan con un uso 0,4% en Lérida.

Cabe señalar que la episiotomía está asociada a mayores desgarros, y deja la pelvis condicionada para sufrir incontinencia de orina, de heces, y otras disfunciones (Gérvás & Pérez-Fernández, 2016; Maceira Rozas, Salgado Barreira, & Atienza Merino, 2009; Valls-Llobet, 2009).

## **6.7. LA CONTRIBUCIÓN DE LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA SILENCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE LAS MUJERES**

Para concluir este apartado, quisiera reflexionar sobre cómo los sesgos de género pueden contribuir al fenómeno de mi estudio, el silenciamiento de la IU. Hemos visto cómo las mujeres, a través de los estereotipos de género, han sido situadas como inferiores, invisibles, y controladas en la atención e investigación médica. Cabe preguntarse si la IU de las mujeres es un síntoma de poca importancia, inferior. Si es algo natural e inherente a las mujeres, que ha de quedar en el silencio, invisible.

En lo que se refiere a la medicalización de las mujeres, en nuestra sociedad occidental, en una “cultura de la pastilla” (Valls-Llobet, 2009), que da soporte a la sociedad de la prisa, consumista y pasiva respecto a la salud, no se nos permite que las enfermedades se incuben y transcurran. Tapamos rápidamente los síntomas, a veces sin dar tiempo a saber cuáles son sus causas. La IU en las mujeres, a diferencia de la de los hombres postprostatectomizados - que aparece repentinamente -, es mucho más paulatina, y requiere de un tratamiento a medio plazo, y, normalmente, es necesario incorporar cambios en los estilos de vida. Esto choca radicalmente con esta “cultura de la pastilla”.

Creo necesario, también, preguntarse sobre los efectos secundarios de los medicamentos y de las prácticas rutinarias ¿Acaso son inocuos los tratamientos farmacológicos para la IU de urgencia?, ¿No tienen efectos secundarios? Reflexionar también sobre si las decisiones que se toman respecto a la instrumentalización de un parto se han consensuado con la mujer, si se la ha informado de cómo puede afectar una episiotomía, o de que la utilización del fórceps/ventosa puede tener, a la larga, efectos en su calidad de vida.

Todas estas reflexiones y cuestiones serán las que se plantean en el siguiente apartado al formular los objetivos de mi tesis.



## **CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA**



En este capítulo presento los aspectos relacionados con la metodología y el diseño utilizado para analizar el fenómeno de estudio estructurados en los siguientes apartados: pregunta de investigación y objetivos del estudio, diseño del estudio y congruencia con la orientación teórica, contexto y localización, participantes y muestra, estrategia de generación de datos, análisis de los datos, rigor del estudio y consideraciones éticas.

### 7.1. OBJETIVOS Y PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: A QUÉ QUIERO DAR RESPUESTA

Después de contextualizar el fenómeno de estudio, de hacer una aproximación a través de la literatura y seleccionar la orientación teórica apropiada para el análisis, paso ahora a describir mi pregunta de investigación y los objetivos necesarios para darle una respuesta.

¿Cómo influyen los roles de género, las creencias y la cultura del personal sanitario y de la mujeres con IU en el silenciamiento de la misma y por consiguiente en el acceso a los recursos del tratamiento de fisioterapia existentes en la Isla de Mallorca?

Partiendo de esta pregunta de investigación, se formulan los siguientes objetivos.

TABLA 10. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERALES
1. Desvelar y cuestionar cómo influyen los roles de género en el silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina
2. Describir la accesibilidad al tratamiento fisioterápico por parte de las mujeres con incontinencia urinaria en la isla de Mallorca
ESPECÍFICOS
1. Describir los principales recursos sanitarios de los que se dispone en la isla de Mallorca para informar, educar, prevenir y tratar la incontinencia urinaria de las mujeres
2. Averiguar y cuestionar cómo las creencias, la cultura y los roles de género influyen en las estrategias y manejo de la incontinencia urinaria de las mujeres que la padecen
3. Averiguar y cuestionar cómo influyen la cultura, las creencias y los roles de género en el personal sanitario, y en el abordaje manejo de la incontinencia urinaria femenina.
4. Describir la accesibilidad al tratamiento fisioterápico por parte de las mujeres con incontinencia urinaria

## 7.2. DISEÑO DEL ESTUDIO, CONGRUENCIA TEÓRICA Y POTENCIALIDADES DEL DISEÑO.

Dada la naturaleza de la pregunta de investigación, la metodología que he utilizado para desarrollar este trabajo es cualitativa a través del análisis crítico del discurso. No me estoy preguntando “cuánto” sino el “cómo” y el “porqué” sucede un fenómeno (Green & Thorogood, 2013); pretendo profundizar en el entramado del silenciamiento de la IU, visibilizar los sesgos de género que se producen en su atención, señalar la falta de conocimiento de la morbilidad diferencial y averiguar como todo esto influye en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico. La orientación teórica ha sido la teoría crítica feminista, en especial la obra de las autoras Valls-Llobet y Velasco. La primera me ha aportado categorías de análisis relacionadas con la invisibilidad, la inferioridad y el control sobre las mujeres en el sistema sanitario; la segunda la metodología del enfoque de género en la investigación en salud.

La metodología de investigación debe ser coherente al marco teórico, por lo que es importante identificarlo adecuadamente. La posición epistemológica feminista propone, entre otros, métodos cualitativos que puedan interpretar los procesos sociales y del discurso, incorporando la categoría analítica género para desvelar y cuestionar la exclusión, el silenciamiento, el tratamiento sesgado, la discriminación y la subordinación de lo femenino (Velasco, 2006). La teoría crítica feminista tiene grandes utilidades en el estudio de la salud en cuanto que es interdisciplinar, desnaturalizadora, no dualista y crítica con los esquemas científicos occidentales. Además, el concepto género, entendido como un “principio de organización social” tienen un gran potencial para el análisis de las desigualdades en la salud de las mujeres y los hombres.

*“El género como categoría de análisis requiere utilizar marcos teóricos contextuales y de subjetividad, ya que precisamente el género se compone de los aspectos psicosociales (contextuales) y de los significados subjetivos de la experiencia vivida en ese contexto” (Velasco, 2006, p.24).*

La crítica epistemológica de los estudios feministas cuestiona la neutralidad de la ciencia, visibiliza la condición sexual jerarquizada de las mujeres y denuncia la circulación del conocimiento de lo femenino como marginal. Así mismo, la metodología de la teoría crítica feminista propone una serie de criterios para la aplicación del enfoque de género a un problema de salud.

TABLA 11. CRITERIOS PARA LA APLICACIÓN DE ENFOQUE DE GÉNERO EN UN PROBLEMA DE SALUD

<b>Criterios de aplicación de enfoque de género a un problema de salud</b>
<b>Elección del Problema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevancia para las mujeres.</li> <li>• Vulnerabilidad por condicionantes de género.</li> <li>• Impacto potencial de cambios de género.</li> </ul>
<b>Caracterización del problema:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción por sexos.</li> <li>• Factores biopsicosociales causales, asociados, predisponentes y protectores.</li> <li>• Variabilidad en la atención por el sexo y de pacientes y sanitarios.</li> </ul>
<b>Análisis de factores determinantes de género</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación del problema con estereotipos y condicionantes de género. (Tradicional, de transición, de modernidad).</li> </ul>
<b>Análisis previo de impacto de género:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciales efectos sobre la estructura social de género.</li> </ul>
<b>Método de actuación</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que incluya el contexto socio-cultural y la vivencia subjetiva.</li> <li>• Que incluya modificación de circunstancias sociales de género y modificación de actitudes de género.</li> <li>• Que incluya estrategias para activación subjetiva de las mujeres y ruptura de posiciones de subordinación.</li> <li>• Que tengan efectos de cambio social de género favorables</li> </ul>

(Velasco, 2006, p. 27)

Teniendo en cuenta los criterios descritos, el silenciamiento de la IU femenina es un problema de relevancia para las mujeres que las sitúa una posición de vulnerabilidad e inferioridad, que necesita ser estudiado aplicando esta metodología.

Otras ventajas de la investigación cualitativa en salud las describe Calderón (2002) a través de tres factores la importancia de la investigación cualitativa en salud (ICS) en los terrenos de la salud pública y la investigación de servicios de salud: primero, las necesidades de salud de los individuos requieren un enfoque más integral y dinámico que estudie en profundidad el sustrato socio-cultural y los valores como condicionantes esenciales para conocer las expectativas respecto de lo que debería ser una “vida sana” y “bien atendida”; segundo, el enfoque de la investigación debe recontextualizarse en realidades concretas donde variables como la edad y el género recobran su verdadero

significado, donde las pluripatologías son la norma y las interrelaciones humanas, tanto sanitarias como no sanitarias juegan un papel muy importante; y tercero, es necesario comprender como el contexto social y cultural no solamente afecta a la población en general, sino que tiñe al personal sanitario condicionado por su visión asistencial y de hacer ciencia – androcéntrica y cargada de estereotipos de género - (Calderón, 2002; Esteban, 2001; Valls-Llobet, 2001; Velasco, 2006). Las potencialidades de la investigación cualitativa en salud son compartidas con la teoría crítica feminista en salud y se ajustan a las necesidades de mi estudio.

Finalmente, he seleccionado el análisis crítico de discurso porque permite explorar las construcciones sociales (en el caso que me ocupa en relación al género) y cómo éstas influyen en el objeto del estudio (Íñiguez Rueda, 1999).

Van Dijk (2016) define el análisis crítico de discurso como un tipo de investigación que se centra en el análisis discursivo y estudia, principalmente, la forma en la que el abuso de poder y la desigualdad social se representan, reproducen, legitiman y resisten. En el caso que me ocupa voy a indagar en los discursos de las mujeres y del personal sanitario cómo se han generado situaciones de desigualdad en la atención clínica de la IU y cómo influye el control sobre las mujeres con IU a través del poder del acto médico.

### **7.3. LOCALIZACIÓN Y ESTRATEGIAS DE ENTRADA AL LUGAR DEL ESTUDIO**

De acuerdo al problema de investigación planteado, la localización es fundamental ya que un fenómeno y el lugar donde sucede son indisociables. El lugar donde he llevado a cabo esta investigación es la isla de Mallorca, y tiene principalmente una localización, el *Casal de les Dones* de Palma, vinculado al Instituto Balear de la Mujer. Por otra parte, también he recogido datos de un conjunto de profesionales sanitarios del servicio de salud público de este contexto.

El *Casal de les Dones* es un espacio que el Instituto Balear de la Mujer ofrece desde el año 2003 para el encuentro y participación de las mujeres y facilitar la promoción de su

calidad de vida así como su protagonismo en todos los campos, social, político, cultural y creativo.

Este espacio fue uno de los primeros dónde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares desarrolló una campaña de sensibilización sobre la Fisioterapia Uroginecológica y que derivó en una relación de cooperación permanente desde el año 2008 hasta la actualidad. Las actividades que se desarrollan por parte de las fisioterapeutas voluntarias que acudimos periódicamente al Casal son de carácter informativo, formativo y de promoción de la salud del SP. Estas actividades han atraído a gran número de mujeres de todas las edades, entre ellas mujeres con IU que nunca antes habían solicitado información ni ayuda médica o que han tardado años en hacerlo. Esto me ha permitido, una vez formalizada la conformidad de la Institución implicada, el reclutamiento de una parte de la muestra.

#### **7.4. PARTICIPANTES, MATERIALES Y MUESTRA**

Las personas participantes en el estudio han sido dos grupos diferenciados: por una parte, han participado mujeres usuarias del Casal de les Dones de Palma que refieren algún tipo de IU; por otra parte, he incluido personal sanitario de diferentes especialidades médicas que trabajan en los diferentes niveles de atención del sistema sanitario público de la isla de Mallorca (atención primaria y hospitales). Cabe aclarar que en contexto donde desarrollan su actividad el personal sanitario y las relaciones con el mismo, no ha sido objeto de este estudio.

Teniendo en cuenta que la selección de la muestra en investigación cualitativa trata de que las personas seleccionadas sean capaces de explicar e ilustrar el fenómeno, y, que no se trata de generalizar los resultados sino de profundizar en los mismos; el número de participantes y el procedimiento de muestreo ha sido flexible hasta llegar a la saturación de la información (Green & Thorogood, 2013; Martínez-Salgado, 2012).

He considerado necesario incluir a las dos partes protagonistas de este fenómeno, porque en mi opinión, el silenciamiento de la IU de las mujeres no se puede explicar solamente a través de los discursos de las mujeres, sino que parte de este proceso de silenciamiento reside en la atención sanitaria y los estereotipos de género del personal sanitario. Además, hay una parte de profesionales de la salud que es consciente y crítica de esta situación. Cabe, además, señalar que este tipo de diseño que incluye en la muestra a los dos grupos de informantes puede considerarse como uno de los aspectos novedosos de esta tesis doctoral puesto que no he hallado estudios similares en la revisión de la literatura.

El grupo del personal sanitario incluye médicos y médicas especialistas en medicina de familia, urología, ginecología y rehabilitación; enfermeras especialistas en ginecología urología y obstetricia (matronas y no matronas) y fisioterapeutas especializadas en urología y ginecología. La razón de incluir especialistas y no especialistas de la IU ha sido para poder obtener información del personal más cualificado y formado en esta entidad, así como del personal menos formado.

El tipo de muestreo ha sido intencional para poder seleccionar a aquellas personas con más capacidad explicativa respecto al fenómeno de estudio (Marshall, 1996) y, en el caso de la selección del personal sanitario, porque gran parte ocupa las unidades especializadas de atención a las disfunciones de SP. Finalmente, he podido incluir en la muestra especialistas sanitarios de la totalidad de unidades especializadas de atención a la IU de las mujeres de las áreas de ginecología, urología y rehabilitación-fisioterapia de la isla de Mallorca, teniendo en cuenta que algunas de ellas están únicamente formadas por una persona y que algunas especialidades no están atendiendo la IU junto con el resto de disfunciones del SP en una unidad específica constituida como tal.

Después de identificar la población del estudio, ha sido necesario definir el perfil de las personas participantes y de elaborar los criterios de inclusión que he tenido en cuenta para cada uno de los grupos. A continuación se muestran en la tabla 12.

TABLA 12. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LAS MUJERES CON IU	JUSTIFICACIÓN
Referir algún tipo de IU de más de tres años de evolución no relacionada con ningún tipo de patología neurológica	Teniendo en cuenta la pluralidad de definiciones y técnicas diagnósticas de la IU, se ha considerado la inclusión de aquellas mujeres que a través del relato en una entrevista clínica el cuestionario ICS
No haber consultado a ningún/a especialista médico/a o haber tardado más de dos años en hacerlo	Para poder estudiar cómo los roles de género influyen en el silenciamiento de la IU es necesario contar con un grupo de mujeres que hayan ocultado o sigan haciéndolo en el momento del grupo de discusión, entendiendo ocultación la no consulta médica o la demora de la misma
CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PERSONAL SANITARIO	JUSTIFICACIÓN
Tener mínimo tres años de experiencia y estar trabajando en alguno de los niveles del sistema sanitario público de la isla de Mallorca <ul style="list-style-type: none"> <li>Necesariamente una parte de la muestra debe estar prestando servicios en las unidades especializadas de SP, en las que se atiende la IU</li> </ul>	La experiencia mínima es necesaria para poder tener tiempo de acumular una opinión respecto al fenómeno de estudio por la suma de situaciones al respecto. Por otra parte, para poder describir los recursos específicos en relación a la IU y la accesibilidad a los mismos ha sido necesario contar con especialistas que forman parte de los mismos

Finalmente, y tras aplicar el proceso descrito, se seleccionaron 17 mujeres, que se distribuyeron en dos grupos de discusión: 9 mujeres en el primero y 8 en el segundo.

El grupo del personal sanitario incluyó un total de 18 profesionales de la salud, entre médicos y médicas especialistas en medicina de familia, urología, ginecología y rehabilitación; enfermeras especialistas en ginecología urología y obstetricia (matronas y no matronas) y fisioterapeutas especializadas en urología y ginecología que fueron entrevistas individualmente.

Cabe remarcar que la razón de incluir especialistas y no especialistas de la IU ha sido para poder obtener información del personal más cualificado y formado en esta entidad, así como del personal menos formado.

Las características sociodemográficas y algunos aspectos biomédicos sobre la IU de las mujeres se reflejan en la tabla 13; así como los aspectos sociodemográficos y laborales del personal sanitario se refleja en la tabla 14.

TABLA 13. FACTORES PSICOSOCIALES DEL PERSONAL SANITARIO ENTREVISTADO

PROFESIONAL	EDAD	SEXO	UNIDAD ACTUAL	FORMACIÓN SP	AÑOS EXPERIENCIA	AÑOS EXPERIENCIA SP
Fisioterapeuta	43	Mujer	Unidad de rehabilitación SP	Sí	22	11
Fisioterapeuta	34	Hombre	Unidad de rehabilitación SP	Sí	15	10
Fisioterapeuta	36	Mujer	Unidad de rehabilitación SP	Sí	15	3
Fisioterapeuta	41	Mujer	Unidad de rehabilitación SP	Sí	21	16
Fisioterapeuta	38	Mujer	Fisioterapeuta general	Sí	20	6
Médica rehabilitad	42	Mujer	Unidad de rehabilitación SP	No	12	9
Médica rehabilitad	37	Mujer	Unidad de rehabilitación SP	sí	8	1
Médico rehabilitad	47	Hombre	Unidad de rehabilitación SP	Sí	17	10
Comadrona	57	Mujer	Atención Primaria	No	35	0
Comadrona	58	Mujer	Atención Primaria	Sí	35	32
Enfermera	63	Mujer	Atención Primaria	Sí	41	11
Enfermera	62	Mujer	Unidad de SP Urología	Sí	40	40
Enfermera	42	Mujer	Gerencia Atención Primaria	No	21	0
Ginecólogo	58	Hombre	Unidad de SP Ginecología	Sí	30	14
Ginecóloga	42	Mujer	Unidad de SP Ginecología	No	10	10
Urólogo	38	Hombre	Unidad de SP Urología	Sí	4	2
Urólogo	48	Hombre	Unidad de SP Urología	Sí	18	18
Médica de familia	52	Mujer	Atención Primaria	No	23	0

TABLA 14. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

SEUDÓNIMO	EDAD	ESTUDIOS	SITUACION LABORAL	EVOLUCIÓN	COMPRESAS	PARTOS	EPISIOTOMÍAS	PARTO INSTRUMENTALIZADO
IRIS	71	Bachillerato	Ama de casa	20 años	sí	4	Sí	NO
LILA	44	Universitarios	Activa	4 años	sí	1	Sí	Sí
ADA	70	Bachillerato	Jubilada	10 años	sí	5	SI	NO
ELSA	61	Formación pro	Jubilada	20 años	sí	2	Sí	Sí
CELIA	67	Bachillerato	Jubilada	20 años	sí	0	-	-
VIOLETA	70	Secundaria	Jubilada	20 años	Sí	3	SI	No
LAIA	75	Primaria	Jubilada	20 años	sí	3	Sí	No
LOLA	62	Primaria	Ama de casa	20 años	sí	3	SI	Sí
BEA	70	Primaria	Jubilada	20 años	sí	3	SI	Sí
MARTA	69	Primaria	Jubilada	20 años	sí	1	SI	NO
DUNA	64	Secundaria	Jubilada	20 años	No	0	-	-
FLOR	46	Universitarios	Activa	10 años	sí	2	SI	NO
GALA	65	Bachillerato	Jubilada	20 años	sí	2	SI	NO
JANA	58	Secundaria	Jubilada	20 años	No	1	SI	NO
MAR	39	Universitarios	Activa	3 años	No	2	SI	NO
PAZ	60	Primaria	Jubilada	15 años	sí	2	SI	NO
SARA	51	Primaria	Activa	10 años	No	0	-	-

El reclutamiento de las mujeres con IU lo realicé en el *Casal de les Dones* a partir de algunas de las charlas informativas que hicimos desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares. A estas actividades acudían gran número de mujeres a las que pude informar sobre el proyecto que estaba realizando y solicitar voluntarias para el mismo.

Por otra parte, el reclutamiento del personal sanitario se hizo a través de las fisioterapeutas de las unidades de SP de los dos hospitales de Palma aprovechando el haber compartido formación posgraduada con ellas y al haber estado trabajando en uno de los dos hospitales al inicio de los años 2000. Estas fisioterapeutas me han puesto en contacto con el resto de personal sanitario que trabaja en las diferentes unidades de SP, a través de la técnica de bola de nieve, dada la relación que hay establecida.

## **7.5. ESTRATEGIAS DE GENERACIÓN DE DATOS**

Las técnicas para la recogida de datos las he seleccionado teniendo en cuenta la naturaleza del fenómeno de estudio y el marco teórico: por una parte los grupos de discusión para las mujeres; y por otra, las entrevistas semiestructuradas para el personal sanitario. Además, durante toda la investigación he recogido a través de un diario de campo todo el proceso reflexivo, experiencias, datos clave, nuevos cuestionamientos, y todo aquello que en definitiva me ha conducido y reconducido en todo el proceso.

La potencialidad de los grupos de discusión es el estudio de los discursos que circulan en un grupo: normas tácitas, consensos, discrepancias, visiones y experiencias compartidas, captando lo colectivo (Barbour, 2005). Presenta la ventaja de poder producir una considerable información en un espacio de tiempo breve y sirven, entre otras cosas, para la exploración de las opiniones de los y las usuarios/as de un servicio (Green & Thorogood, 2013).

El primer grupo de discusión se realizó en julio de 2015 a modo de pilotaje y para acceder a los temas de interés de las mujeres respecto a la silenciación de la IU por parte del

sistema sanitario. Este primer contacto me ayudó a diseñar el guion de las entrevistas semiestructuradas. Entre febrero de 2016 y septiembre de 2016 se realizaron las dieciocho entrevistas semiestructuradas y el segundo grupo de discusión. El guion temático para dinamizar los grupos de discusión lo elaboré teniendo en cuenta el problema de investigación, los objetivos a resolver y la literatura científica revisada.

TABLA 15. GUIÓN DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

GUIÓN GRUPOS DE DISCUSIÓN
Aspectos introductorios
Breve presentación de la investigadora principal y del estudio
Cumplimentar fichas con datos sociodemográficos
Escoger un seudónimo para mantener el anonimato.
Fase exploratoria
Además de venir a este grupo con la intención de ayudar en nuestro trabajo/estudio, ¿Para qué habéis venido, en qué creéis que os va a ayudar/servir/aportar?
Señalad alguna cosa que os haya llamado la atención de algún comentario de las otras participantes.
Preguntas introductorias: la vivencia de la IU
¿Qué sabéis sobre incontinencia urinaria?
¿Por qué creéis que tenéis IU?
¿Con quien habláis sobre la IU?
¿Cómo es vuestro día a día con la IU?
¿Alguien os ha contado que tiene IU? ¿Cómo os lo ha contado?
Pregunta sobre las acciones emprendidas
Frente a la IU ¿Cómo habéis actuado?
Si habéis solicitado ayuda médica ¿Cuándo y por qué os decidisteis?
¿Por qué en ese momento? ¿Por qué no antes?
Preguntas manejo/abordaje de la IU por parte del personal sanitario
¿Cuáles eran tus expectativas con relación a los profesionales cuando te decidiste acudir a ellos? ¿En que medida se han cumplido?
¿Cómo es la atención recibida?
¿El personal de la salud que os ha atendido ha tratado la IU igual que otra consulta?
¿Qué conocimientos sobre los diferentes tratamientos, incluido el de fisioterapia creéis que tienen?

Las entrevistas semiestructuradas me sirvieron para recoger las opiniones del personal sanitario. En una entrevista semiestructurada, el/la investigador/a establece la agenda en términos de los temas tratados, pero las respuestas de la persona entrevistada definen los tipos de información producidos sobre esos temas y la relativa importancia de cada uno de ellos (Green & Thorogood, 2013). La utilidad de esta técnica es la capacidad de profundizar y clarificar las ideas y sentimientos de los entrevistados (Delgado-Hito, 2012), con la ventaja de su flexibilidad y adaptabilidad que he necesitado para cada profesional. El diseño base del guion de la entrevista lo realicé teniendo en cuenta los discursos de las mujeres que emergieron del primer grupo de discusión, los objetivos del estudio y la literatura revisada. A partir de este guion se introdujeron una serie de preguntas “in situ” a medida del progreso de cada una de las entrevistas y de otros temas que fueron emergiendo.

TABLA 16. GUIÓN ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

**GUIÓN DE LA ENTREVISTA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD**

**Aspectos introductorios**

Breve presentación de la investigadora principal y del estudio

Cumplimentar fichas con datos sociodemográficos

Presentación del o la profesional, años de experiencia y formación específica sobre la IU

En el caso de aquellas personas que se encuentren desarrollando su actividad en una unidad de SP se les pide que explique cómo y cuando se creó

**Fase exploratoria**

¿Acuden muchas personas con incontinencia urinaria a consulta?

Describe el perfil de los/las pacientes, prevalencia, tipos de IU

Enfocan de la misma manera la demanda de la IU los hombres y las mujeres

Existe algún protocolo para la IU.

¿Conoce alguna campaña de educación, prevención o sensibilización de la IU? ¿Hay alguna acción específica desde Atención Primaria para la IU?

**Conocimientos de la IU**

¿Qué tratamientos están indicados para la IU?

La fisioterapia, ¿Es un recurso a tener en cuenta? ¿Conoce en que consiste el tratamiento fisioterápico?

En su opinión ¿Es una dolencia inevitable?, ¿Prevenible?

En su opinión, es un problema de salud pública?

**Acciones emprendidas**

¿Qué derivaciones se hacen?

¿Qué recomendaciones les hace a sus pacientes con IU?

Está de acuerdo con las medidas que se toman respecto a la IU, está suficientemente diagnosticada y tratada?

Tanto los grupos de discusión como las entrevistas semiestructuradas las registré en audio y posteriormente las transcribí con ayuda de dos investigadoras más. La duración de los grupos de discusión fue de 2 horas aproximadamente y las entrevistas variaron desde los 40 minutos hasta las 2 horas y media. En alguna ocasión la entrevista se realizó hasta en tres encuentros diferentes.

En los grupos de discusión tuve ayuda de una segunda investigadora para poder registrar en el diario de campo todo aquello que no se podía captar con la grabación, sobretodo lo referido al lenguaje no verbal. También para poner en común las opiniones y sensaciones posteriores a cada uno de los encuentros.

## **7.6. ANÁLISIS DE DATOS**

El proceso de análisis y reducción de los datos es una de las fases de la investigación más interesante, compleja e intensa. También es una de las etapas que más precisa de una revisión constante de los objetivos planteados y de la orientación teórica, con una finalidad: obtener el máximo significado a los datos obtenidos y que van a dar respuesta al problema planteado (Rodríguez, Gil Flores, & García, 1996).

La estrategia que he utilizado para el análisis de los datos ha sido la combinación entre el carácter inductivo y deductivo. La primera lectura ha sido la toma de contacto con los datos y me ha posibilitado una categorización inductiva, sin categorías teóricas previas para tener una mente más abierta y sensibilidad al contexto. Las siguientes lecturas han sido deductivas por lo que he tenido en cuenta las categorías apriorísticas halladas en la orientación teórica. A medida que han ido apareciendo categorías y subcategorías, las he ido contrastando y reagrupando teniendo siempre presente los objetivos del trabajo planteados y el problema de investigación a resolver (Cisterna, 2005; Fernández Núñez, 2006).

El análisis de los datos se ha desarrollado en tres momentos o etapas: una inicial o de descubrimiento, la segunda etapa para la codificación, y la última de relativización o interpretación (Bogdan & Taylor, 1990). En las dos primeras etapas del análisis y reducción de los datos me he apoyado en el programa NVivo 11 que me ha resultado de gran utilidad en el manejo de toda la información transcrita de las entrevistas y los grupos de discusión, en particular para volcar toda la información registrada y hacer una primera aproximación a los temas más recurrentes que han emergido en los discursos de las mujeres y el personal sanitario. Este software me ha permitido contabilizar la frecuencia de palabras y agruparlas en familias para después contrastar estos resultados con la codificación manual de las unidades de significado. De este modo me he asegurado de no dejar ningún tema emergido sin considerar.

En la etapa o inicial ha sido necesario la lectura repetidas veces de los textos para buscar los temas emergentes, desarrollar ideas y conceptos. En la segunda etapa he etiquetado con códigos todas las ideas o unidades de significado. Los códigos los he organizado en subcategorías y éstas a su vez, las he agrupado en macro-categorías o temas principales. Esta segunda fase la he revisado en bastantes momentos por lo que el mapa de códigos y categorías inicial ha sufrido varias transformaciones fruto de las reflexiones y de tratar de extraer el máximo significado relevante para dar respuesta al problema de investigación.

La última fase, la interpretativa, ha sido la más creativa de todas y está teñida de mi posicionalidad y de la sensibilidad hacia la orientación teórica. Todavía en esta fase he podido acabar de pulir la organización de los códigos y categorías que presento en el capítulo de resultados y en el anexo 4.

## **7.7. RIGOR DEL ESTUDIO**

La fiabilidad de los resultados es la piedra angular de la investigación cualitativa de alta calidad (Birt, Scott, Cavers, Campbell, & Walter, 2016). Las estrategias de rigor que he

tenido en cuenta para este cometido en mi estudio son la reflexividad y la triangulación de los datos.

La reflexividad y la posición del investigador han sido descritas como estrategias de rigor muy útiles para promover la congruencia teórico-metodológica en la investigación cualitativa (Bover, 2013). Este proceso de posicionamiento reflexivo ha sido un continuum en el desarrollo de todas las fases de mi tesis. El diario de campo ha sido la herramienta que me ha ayudado en tal cometido, convirtiéndose en un cuaderno de bitácora.

En lo referente a la triangulación, Cisterna (2005) señala que la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio por medio de una serie de instrumentos: la selección **pertinente** y **relevante** de la información, y, la triangulación de la información entre las diversas fuentes de información y con el marco teórico.

En la fase de análisis de los resultados he seleccionado la información **pertinente** para la temática de esta investigación, y, posteriormente, he buscado aquellas informaciones que han sido más recurrentes y **relevantes** en relación con la pregunta de investigación.

La triangulación la he llevado a través de diferentes estrategias: 1) A través de las diferentes fuentes de información, contrastando las voces de las mujeres con las del personal sanitario. Frente a una misma cuestión han aparecido múltiples perspectivas y esta situación me ha llevado a nuevas cuestiones y planteamientos. El uso de diferentes técnicas de recogida de los datos – grupos de discusión y entrevistas – , ha nutrido el análisis y la discusión de los datos. 2) La triangulación con el marco teórico - acción de revisión y discusión reflexiva de la literatura y la orientación teórica (Cisterna, 2005) – ha consistido en cruzar las categorías teóricas y los hallazgos de la revisión de la literatura con los datos. 3) Se han intercambiado impresiones e interpretaciones de los datos con las investigadoras que participaron en los grupos de discusión y las transcripciones de las entrevistas. 4) Por último, se ha utilizado la verificación de miembros (*member checking*), también conocida como validación de participante o de

encuestado, que es una técnica para explorar la credibilidad de los resultados. Los datos o resultados se devuelven a los participantes para verificar su exactitud y resonancia con sus experiencias (Birt et al., 2016).

A parte de las estrategias de rigor propias de los estudios cualitativos, esta investigación se basa en la incorporación de la perspectiva de género - metodología que proviene de las teorías feministas -. Por esta razón, se ha considerado evaluar su correcta aplicación comprobando si se cumplen los principales aspectos del protocolo publicado por Ariño et al. (2011). La presente investigación cumple con los siguientes criterios:

- Incluye el conocimiento científico y la carencia del mismo, con perspectiva de género del fenómeno que estudia.
- Tiene en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres en el problema de salud y determina cuales son injustas e inevitables.
- Tiene en cuenta la categoría de género como un determinante de salud.
- Utiliza “género” como palabra clave para identificar los estudios de género.
- Formula los objetivos del tema de investigación asociándolos con el género (roles, creencias culturales, división sexual del trabajo, rol familiar, ciclo vital, asignados a mujeres y hombres).
- Los objetivos no contienen sesgos de género.
- Las categorías de análisis ponen de relieve la relación existente entre el tema de salud investigado y algunos factores de género.
- Contribuye a poner de manifiesto diferencias y desigualdades que se generan en el tema de salud investigado.
- Contribuye a incrementar el conocimiento de la salud de las mujeres o de los hombres y la diversidad en su expresión.

## 7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto ha sido aceptado por la Comité de Ética de la Investigación (CER) de la *Universitat de les Illes Balears* (Anexo 5) , así como también cuenta con la conformidad del *Casal de les Dones* (Anexo 6).

Se entregó a todas las personas informantes una hoja de información (Anexo 7) y una hoja de consentimiento informado (Anexo 8) días antes de la participación en la entrevista semiestructurada o el grupo de discusión. Igualmente, antes del inicio de la recogida de datos se volvió a informar en qué consistía el proyecto y se resolvieron cuestiones o dudas de las personas participantes.

En cuanto al consentimiento informado que se entregó a las personas participantes, se tuvieron en cuenta la participación voluntaria en el estudio, la posibilidad de recibir información adicional a la descrita en la hoja de información así como de abandonar el estudio en cualquier momento.

Se ha garantizado el anonimato de todas las personas participantes mediante un nombre ficticio que sólo reconoce la investigadora principal. Tampoco se ha revelado el nombre del centro de salud o del hospital en el que trabaja en el caso del personal sanitario. Una vez finalizada la investigación las grabaciones de audio de los grupos de discusión y de las entrevistas se destruirán. Se garantiza la confidencialidad de la información recogida según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE, 1999).

Este estudio no ha vinculado a las mujeres con el personal sanitario y no existe ningún tipo de conflicto de interés entre las personas participantes y la investigadora.

## **CAPITULO 8. RESULTADOS**



En el siguiente apartado presento los resultados que están organizados teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, dando lugar a tres temas o macro-categorías: la primera que describe el contexto y los recursos que existen en la isla de Mallorca para la atención y el tratamiento fisioterápico de la IU; la segunda que describe las experiencias de las mujeres con IU y la tercera en dónde dirijo la atención al personal sanitario que atiende a mujeres con IU. Estas tres macro-categorías o bloques de resultados se dividen a su vez en subcategorías y códigos.

Antes de pasar a exponer los resultados, debo aclarar tres cosas para facilitar el seguimiento de la lectura: primera, en la presentación de los resultados no hay siempre una representación equitativa de las voces de las mujeres y del personal sanitario porque hay temáticas específicas, como por ejemplo la descripción cronológica de las unidades del SP, que no han sido abordadas por las mujeres; segunda, en el bloque temático dirigido al contexto no hay códigos para todas las subcategorías; y tercera, los códigos que aparecen es la siguiente tabla, en el texto están ilustrados con frases textuales de las personas participantes.

A continuación se ofrece una tabla resumen de las macro-categorías, subcategorías y códigos.

TABLA 17. CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

MACRO-CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
CONTEXTO	Arbitrariedad de los recursos sanitarios para la IU	
	Atención fragmentada y heterogénea	
	Falta de recursos	
	Consecuencias	Derivaciones confusas Listas de espera Desigualdades en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico
LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON IU	Sentimientos	Sufridoras
		Silenciadas
		Ignoradas
		Desinformadas
	Naturalización	La enculturación
		La edad
		Los partos
		El rol de cuidadora y la doble jornada
		El deporte de alto impacto
	Reconocer la IU como un problema	Hartazgo
		Generación
	Estrategias	Uso de las compresas
		Limitar vida social
Vivir alrededor del baño		
Adherencia al tratamiento de fisioterapia		
Preferencias de tratamientos		
EL PERSONAL SANITARIO Y LA IU	Invisibilizadas	Formación
		Desconocimiento de la fisioterapia
	Inferiorizadas	Naturalización
		Discriminación
		Proactividad hacia el manejo de la IU de las mujeres
	Controladas	Discriminación cuando no “son operables”
		Tratamiento quirúrgico y encarnizamiento médico
		Medicalización de la prevención
		El suelo pélvico como campo de batalla
	Derivación a fisioterapia	

## **8.1. CONTEXTO**

Algunas de las causas de la accesibilidad o falta de la misma al tratamiento fisioterápico se encuentran en el contexto sanitario, lugar donde suceden todas las acciones emprendidas – o la omisión de ellas - por parte del personal sanitario y las mujeres con IU; consultar o no consultar, lugar y especialidad dónde se consulta, derivaciones a los servicios especializados o falta de las mismas, entre otras. En este apartado voy a describir a través de las narraciones del personal sanitario la arbitrariedad del origen de los servicios especializados para la atención de la IU, la atención fragmentada y heterogénea debido a la extrema especialización, la escasez de recursos y las consecuencias de lo que todo esto conlleva (derivaciones poco claras, listas de espera y desigualdades en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico).

### **8.1.1. Arbitrariedad de los recursos sanitarios para la IU**

Considerando la alta prevalencia de la IU, el carácter crónico de la misma y la pésima calidad de vida de las personas que la padecen, parecería lógico que su atención fuese un servicio claramente establecido, con unos criterios comunes en todos los centros de atención primaria, con un protocolo de detección y de derivación ágil hacia las unidades específicas para la valoración y el tratamiento. Sin embargo, la realidad es verdaderamente compleja, ya que ni los diferentes centros de salud, ni los hospitales de la isla están dotados de los mismos recursos para la atención de la IU. Además, gran parte del personal sanitario desconoce las unidades de SP de ginecología, urología y rehabilitación-fisioterapia ubicadas en los hospitales de la isla.

*“[...] y en los profesionales de la salud te sorprenderías la ignorancia que hay de nosotros y de lo que hacemos...(Fisioterapeuta, 36 años).*

La atención especializada de la IU de las mujeres en la isla de Mallorca se sitúa en el Hospital Universitario de *Son Espases*, en el Hospital de *Son Llätzer*, en el Hospital Comarcal de Inca y en el Hospital de Manacor. Cada uno de ellos tiene una idiosincrasia

que ha configurado servicios y derivaciones muy diferentes. En estos cuatro hospitales se encuentran las diferentes unidades o gabinetes para la atención de las patologías y disfunciones del SP, entre las que destaca por su alta prevalencia la IU; y, se han ido creando desde el inicio de los dos mil. Estas unidades o gabinetes se han creado gradualmente por varios motivos: primero, por la necesidad de atender un tipo de patología, que sin ser de riesgo vital disminuía considerablemente la calidad de vida de la población; segundo, por la incorporación de personal cualificado en esta materia y tercero, gracias a la motivación y la defensa de estos servicios frente a los responsables los servicios implicados.

A partir de las entrevistas a diferentes profesionales que trabajan en estas unidades de SP he podido identificar al menos dos en urología, una en ginecología y dos en rehabilitación, todas ellas localizadas en los hospitales de Palma. En los hospitales de Inca y Manacor se tratan las IU en los servicios generales de urología, ginecología y rehabilitación; y, en ocasiones, según la complejidad de la misma, las pacientes son derivadas al hospital de referencia de Palma. Además, existen unidades de SP en los servicios de medicina digestiva que están en estrecha relación con rehabilitación, pero que no tratan la IU.

Las unidades de SP de los servicios de rehabilitación se crearon alrededor de los años 2005 y 2006, después de varios años de insistencia de las fisioterapeutas especializadas en disfunciones de SP. Estas unidades están constituidas, al menos, por las especialidades de rehabilitación (médicos y médicas) y por fisioterapia (fisioterapeutas). El médico o médica rehabilitador/a recibe las derivaciones de otros servicios del hospital y también de otras especialidades de atención primaria; después de valorar a la paciente, decide si es candidata a iniciar o no el tratamiento fisioterápico. Los inicios no fueron fáciles aunque están plenamente consolidados en la actualidad.

*“Yo ya había hecho formación en fisioterapia de suelo pélvico [...] presenté el proyecto de fisioterapia de suelo pélvico que había estado preparando y en principio fue muy difícil [...] estamos hablando del año noventa y nueve. El (jefe de) servicio que teníamos entonces no tenía ninguna intención de poner una unidad, porque en Baleares no había,*

*no había incontinencias porque a él no le llegaban partes de interconsulta (Fisioterapeuta, 41 años).*

En los hospitales, a veces el apoyo para montar las unidades de suelo pélvico en el servicio de rehabilitación no vino desde el mismo servicio, sino de otros (urología y ginecología) que tenía la necesidad de derivar pacientes a rehabilitación.

*“Los servicios de urología y cirugía fueron los que intentaron que se hiciese fisioterapia de suelo pélvico” (Fisioterapeuta, 41 años).*

En el caso de las unidades de suelo pélvico identificadas en los servicios de ginecología y urología los inicios se remontan unos cuantos años antes a los de las unidades de rehabilitación, entre finales de los noventa y el inicio de los dos mil. Una de las unidades de SP de ginecología fue impulsada gracias a la sensibilidad hacia este tipo de patología de algunos de los y las ginecólogos/as, tal como había ocurrido en la unidad de SP de fisioterapia-rehabilitación; en otro de los hospitales ha sido al contrario, por lo que la falta de motivación y sensibilidad ha hecho que no se desarrolle una unidad específica.

*“[...] algún compañero más que en estos momentos no está aquí, en este servicio, y yo, empezamos a tener cierta sensibilidad y cierta preferencia por la patología de suelo pélvico, y empezamos desde cero a montar toda la unidad, en este momento somos cuatro profesionales trabajando en la unidad, cuatro ginecólogos, más una enfermera y una auxiliar, desde el año 2004 o 2005”. (Ginecólogo, 58 años).*

La existencia de unidades especializadas en los diferentes servicios de los hospitales es positivo porque se visibilizan patologías como la IU; no obstante, al ser servicios tan extremadamente especializados – son una especialidad dentro de otra especialidad - , acaban siendo difíciles de reconocer por la población en general, por otras especialidades y por atención primaria.

### 8.1.2. Atención fragmentada y heterogénea

Las mujeres con IU que consultan lo hacen en su centro de salud, en atención primaria, normalmente a las especialidades de medicina familiar, enfermería, comadronas o ginecología. Las intervenciones que se hacen en este primer nivel determinarán el diagnóstico y el tratamiento a seguir. Sin embargo, a falta de consenso en el abordaje de la IU, los procedimientos y derivaciones pueden ser variados a causa de la atención que fragmenta a las personas por órganos o sistemas – vejiga, útero, recto -. En el caso de las mujeres la atención está extremadamente ginecologizada, por lo que la IU de las mujeres está mediada principalmente por comadronas y ginecología. Esta cobertura por parte de las comadronas tampoco es homogénea en todos los centros de salud tal como lo relatan las mujeres.

“Yo creo que las comadronas son las que han ido trabajando más sobre las incontinencias derivadas de un parto o en un posparto, yo creo que son las que en un inicio han trabajado, diría los ejercicios posparto para la prevención urinaria para reforzar la musculatura del suelo pélvico y tal, etcétera (Enfermera, 42 años)”

*“-Jana (58 años): la comadrona te decía lo que ella comentaba, de hacer estos ejercicios.*

*-Bea (70 años): a mi no me dijeron nada, no me dijeron nada, pero tampoco no nos dijo nada la comadrona de hacer estos ejercicios*

*- Jana (58 años): ahora se lo dicen a las jóvenes.*

*- Bea (70 años): a nosotras no nos decían nada.*

*-Mar (39 años): pero depende de donde caigas, al final es un poco faena eso. Porque caí en una mujer que se preocupaba de estos temas, pero tenía, otra amiga mía, que su matrona no le había dicho nada, no le decían nada. Depende, no es algo general, o sea al final hay una profesional que se preocupa de ...y hay otras que no tanto. Esto es depende de con quien caigas”. (Grupo de Discusión 1)*

Por lo tanto, el alcance de las intervenciones por parte de las comadronas tampoco es igualitario para toda la población de mujeres en riesgo de tener IU, ya que al centrarse en la etapa de embarazo y puerperio se invisibiliza al resto de mujeres que también tienen riesgos asociados como el deporte de impacto, esfuerzos abdominales en el

trabajo o la obesidad por ejemplo. A esta situación, se le debe añadir que la atención primaria está poniendo el foco en los cuidados de la cronicidad, por lo que las mujeres de mediana edad no son población candidata a las intervenciones preventivas o de tratamiento ya que la IU no está dentro de las prioridades de la “cronicidad” por una parte; ni tampoco el sistema sanitario las mira como embarazadas o púerperas, por la otra.

*“Lo digo porque yo estoy totalmente en contra de lo que se hace en enfermería comunitaria, es decir, que se hace una parcela tan pequeña de la atención, sabes, entonces en mi opinión, porque yo cuando estaba de enfermera comunitaria yo hacía todo [...] preguntaba de arriba abajo; ahora, solamente como crónicos, educación para la salud [...] pero hay una parte invisible de la población, hasta los cuarenta o cincuenta años, si no tienes una patología grave, crónica, ninguna... ..ninguna, ninguna enfermera de atención primaria...(Enfermera, 63 años).*

### **8.1.3. Falta de recursos**

En general los recursos para la atención de la IU son escasos y en particular los destinados al tratamiento conservador fisioterápico y a su prevención. En la opinión de los profesionales de la salud, se cree necesario introducir en las etapas de la niñez y juventud programas dirigidos a la educación del suelo pélvico que contengan explicaciones sobre sus funciones, de cuáles son los factores de riesgo que lo comprometen y de cómo evitar debilitarlo. Es un conjunto de deseos, ya que no existen campañas de sensibilización ni programas de educación dirigidos al manejo y la prevención de la IU.

*“Yo creo que sí, que nos hace falta conocimiento sobre el tema, sobre el tema...eeehh...¿qué haría?...¿qué haría?, yo creo que sí que es un tema de campaña de sensibilización” (Enfermera, 42 años).*

*“Yo creo que se podría hacer más de lo que se está haciendo, es decir [...] empezar con los hábitos, eh, saludables para la incontinencia [...] y el informar un poco más a la gente,*

*ya prevendría, muchas incontinencias ¿Vale? que es verdad que la que ya haya tenido incontinencia y la que luego vaya de leve a grave, pues, posiblemente hay cosas que pueden cambiar un poco el curso o entretener el tema de la gravedad” (Ginecóloga, 42 años).*

*“Sería maravilloso que pudiera haber pues eso, una educación para la salud de suelo pélvico” (Enfermera de primaria, 63 años).*

Coinciden las mujeres en la insuficiente o casi inexistente labor preventiva de la IU de atención primaria.

*“Quería comentar que también a nivel de prevención, claro, con la época de crisis todo ha ido deteriorándose muchísimo, entonces han eliminado un montón de cosas y lo que nos falta todavía incluso en casos de necesidad, con eso hay que decirlo todo porque es que prevención no existe” (Elsa, 61 años).*

La IU es prevenible, pero la atención que recibe por el sistema sanitario queda totalmente polarizada entre unidades altamente especializadas, donde las mujeres que debutan con los primeros síntomas no llegan hasta años más tarde cuando han empeorado mucho.

*“Yo creo que sí, yo creo que sí, que sería prevenible si existieran programas de prevención, pero como no existen, actualmente nos encontramos con todos los problemas” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“No, es que yo creo que en primaria, en incontinencia no se está haciendo nada, o muy poco, pero... yo creo que nada, y creo que es un problema, o sea, a ver, qué habrá otras cosas más importantes, según lo que se considera importante, es decir, nadie se va a morir de incontinencia, eso también está claro” (Ginecóloga, 42 años).*

*“Si se pudiera hacer una prevención y una atención primaria [...] dando los pasos por aquí, yo creo que se reduciría más de algún problema posterior (Fisioterapeuta, 36 años).*

La situación del tratamiento fisioterápico de la IU, en el que me he centrado a lo largo del trabajo, responde al número de fisioterapeutas especializados que en este momento desarrollan su actividad en el sistema público sanitario de la isla de Mallorca. En las dos unidades especializadas de SP situadas en los hospitales de Mallorca, están trabajando aproximadamente seis fisioterapeutas, y tienen una actividad frenética, aunque no son capaces de reducir las listas de espera de meses. Por otra parte, no todos los centros de atención primaria cuentan con fisioterapeutas, en toda la isla hay veintisiete, de los cuales ninguno se dedica a las disfunciones del suelo pélvico en exclusividad, sino que alguno de ellos hace puntualmente alguna clase de gimnasia hipopresiva.

*“Claro, en primaria nos pasa lo mismo (risas), es el problema, no hay recursos, no hay suficientes recursos, no es que no haya, es que no hay suficientes, los fisios de primaria van desbordadísimos, desbordadísimos, desbordados ya.... pero son [...] veinte siete [...] en toda la isla [...] claro, son muy pocos, muy pocos, somos conscientes, muy pocos, entonces claro, quiero decir...”(Enfermera de gerencia de atención primaria, 42 años).*

*“Pero si no tenéis fisios en los centros de salud, no tienen tiempo, [...] Yo reivindicaría que hubieran más fisios que hicieran suelo pélvico ”(Enfermera de primaria, 63 años).*

En el discurso de esta rehabilitadora, quien cuenta con unas largas listas de espera en el servicio de suelo pélvico, se hace patente la queja de recibir pacientes de otras áreas que no cuentan con suficientes recursos o que no tienen recursos especializados. Ella entra en un conflicto ético e ideológico, ya que considera que el sistema de salud debería ser universal y gratuito para toda la población, pero recibe instrucciones para acotar esta atención a la zona que cubre su hospital.

*“Nos está llegando a nuestra área, más áreas que no hay rehabilitación de suelo pélvico, más todas las carencias de otras áreas. Y claro, estamos un poco y desde gerencia y desde nuestra jefa de servicio, hemos tenido unas reuniones últimamente de cara a pues que intentemos parar esta avalancha y no admitir pacientes de estas zonas, pero claro, para mi es muy difícil como médico, el ver a un paciente con una necesidad, estando en el sistema público, que garantiza la universalidad, la gratuidad y la igualdad, el no tratar de pacientes vengan de [...] yo entiendo que tengo que respetar las áreas, yo eso lo*

*asumo, soy obediente en esto, pero si tengo un paciente que veo que necesita con preferencia iniciar, no puedo mandarlo a un agujero negro, o allí a los leones, o mandarlo a una peregrinación que al final la patología sino se empieza con prontitud va acabar con secuelas o sin posibilidad de recuperación. Nosotros estamos en esa fase, un poco de avalancha” (Rehabilitadora, 47 años).*

A través de las entrevistas a algunas personas informantes clave, se intuye que hay una intención de empezar a trabajar desde atención primaria y de manera interdisciplinar para abordar la IU en la etapa perinatal principalmente, aunque no se descarta que pueda dar cobertura a mujeres perimenopáusicas que presenten pérdidas de orina.

*“Ahora mismo a nivel de gabinete técnico se ha escrito lo que sería el protocolo del suelo de la pelvis con la intención de abordarlo y lo han escrito conjuntamente las comadronas con los fisioterapeutas y el resto de equipo, el equipo es multidisciplinar, también hay médicos y enfermeras que también han trabajado este protocolo” (Enfermera, 42 años).*

Esta falta de recursos se hace patente a través de todas las personas entrevistadas y obviamente es una queja que tienen las mujeres con IU que a día de hoy no está resuelta.

#### **8.1.4. Consecuencias de la atención fragmentada y la falta de recursos.**

Considerando la atención fragmentada y la extrema especialización por una parte, y la falta de recursos, es preciso señalar tres de las consecuencias que más han sido objeto de crítica por parte de las personas entrevistadas y que están codificadas como: circuitos de derivación confusos, listas de espera y desigualdades en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico

##### **8.1.4.1. “Hay que hacer un periplo para acudir al rehabilitador”**

Derivaciones confusas al tratamiento fisioterápico

A partir de las entrevistas al personal sanitario he podido describir algunas de las derivaciones que se hacen entre diferentes niveles de atención y entre diferentes especialidades dentro de los mismos niveles. En general, las derivaciones intrahospitalarias para tratar la IU están mejor definidas que las que se hacen entre atención primaria y atención especializada.

Por ejemplo, la derivación entre atención primaria y especializada para esta médica de familia va a depender del tipo de incontinencia y de lo que decidan otros especialistas. Para ella no es posible derivar directamente al servicio de rehabilitación de SP del hospital de su zona. También destaca que tienen la posibilidad de tratar las incontinencias más leves a través de una enfermera y no conoce demasiado el servicio de rehabilitación de suelo pélvico.

*“Si la incontinencia es muy llamativa, bueno, hay que descartar que no haya un prolapso o esto, se hace una valoración por ginecología y si hay una debilidad muy grande pues hay un centro de rehabilitación de suelo pélvico pero que tiene que ser derivado a través del ginecólogo o del urólogo, nosotros no podemos derivar directamente, nosotros solamente tenemos aquí a la enfermera para cosas más leves les enseña para que conozcan un poco y para que conecten los músculos como son estos ejercicios [...] a urología [...] cuando es de esfuerzo generalmente hacemos primero gine y si el gine ve que todo está bien y si ve que es muy severo se puede derivar a uro. Cuando es urgencia mandamos directamente al urólogo sin pasar por el ginecólogo [...] Muchas veces acaban con la medicación, o sea, muchas mujeres vienen con la medicación y punto; y eso, pues nosotros un poco que les aconsejamos de hacer un poco la rehabilitación de suelo pélvico, pero otras veces yo sé que hay una unidad, pero tengo poca experiencia [...] no tengo la referencia clara” (Médica de familia, 52 años).*

Otra diferencia entre las derivaciones es que algunos hospitales reciben pacientes directamente de comadronas y médicos de familia y otros no. En la opinión de algunas de ellas, los circuitos de derivación no están muy claros o son desconocidos para medicina familiar y para ellas mismas, añadiendo dificultad a las propias pacientes.

*“Pues yo creo que ellos no pueden derivar tampoco, tienen que pasar siempre por ginecología [...] Y a lo mejor ya no llega, si cuesta tanto y es tan difícil, igual se pierde por el camino y se cansa. Pues no sé, no sé si lo saben, de que existe la unidad de suelo pélvico, supongo que algunas si y otras no y...” (Comadrona, 58 años).*

Una última diferencia que quiero destacar es la que existe en la aceptación de pacientes en cada una de las distintas unidades de SP de rehabilitación; mientras en una parece ser más permeable a las derivaciones directas de medicina familiar y de matronas, la otra es más estanco, para protegerse del colapso por la presión asistencial que reciben.

*“También recibimos indicaciones y derivaciones de matronas, porque también están los centros de salud. Aunque no está, digamos contemplada la derivación directa desde médico de cabecera y de matrona, si que es verdad que si nos viene un paciente que creemos que tiene una patología que tiene que iniciar, lo que hacemos es tramitar rápidamente la visita con ginecología o urología. O si ya ha sido visto por un ginecólogo o un urólogo, pues ya lo vemos directamente aunque nos lo envíe una matrona o un médico de cabecera, siempre y cuando haya sido valorado por ginecólogo o urólogo, o a veces por coloproctólogo” (Rehabilitador, 47 años).*

*“Una de las demandas que hacen siempre las matronas de ambulatorio es hacer un circuito más directo entre detectar un caso de una incontinencia o un dolor sexual postparto, derivarlo más ágilmente a la unidad de suelo pélvico de rehabilitación; pero eso de momento está todavía colapsado, no existe, el circuito es muy largo: el ginecólogo de zona lo deriva al ginecólogo de suelo pélvico del hospital, y es éste, el que envía a rehabilitación. Igual que urología, también lo mismo, médico de cabecera, urólogo, urólogo a rehabilitación, y son muchos meses”. (Rehabilitadora, 42 años).*

Las diferentes vías de derivación al tratamiento fisioterápico hacen que el camino sea largo y algo tortuoso, por lo que no hay una fácil accesibilidad.

*“... por este motivo tampoco entran en la Seguridad Social de manera accesible, o sea, hay que hacer un periplo para acudir al rehabilitador, eso es un periplo, primero el ginecólogo, luego te dan hora al cabo de... etc. Entonces no hay un acceso [...] directo al fisioterapeuta de suelo pélvico, que iría muy bien; no lo hay.” (Comadrona, 57 años).*

En definitiva, casi se puede decir que las mujeres que acceden a las unidades de fisioterapia han recorrido una carrera de obstáculos.

#### **8.1.4.2. “Te puedes morir esperando”**

Listas de espera

Las mujeres que inician el proceso de búsqueda formal para tratar la IU pueden recorrer muchos caminos y no todos los conducen al mismo lugar. En los apartados anteriores se han descrito algunas de las posibles derivaciones; en particular, aquellas que dirigen a las mujeres al tratamiento fisioterápico y que cuentan con un sinfín de especialistas que interrogan y exploran una y otra vez a las mujeres.

*“Pero el sistema tampoco les favorece, es decir, para que lleguen a la fisioterapia pública tienen un largo camino, que si el médico de cabecera que te mande a la comadrona, que te mande al ginecólogo, que te mande... tiene que valorar, pruebas, empiezan urodinamia, no sé que...”(Fisioterapeuta, 43 años).*

Este periplo, como lo define acertadamente una de las comadronas informantes en el apartado de las derivaciones, se convierte en meses o incluso sobrepasa el año.

*“Llegan a rehabilitación, hay bastante tiempo de espera, esto son..., pongamos... una vez que llegan allí, a través de ginecología, que yo ya de verdad me pierdo, a no ser que luego me lo diga la señora yo me pierdo. Son meses de espera de que les den cita normalmente a rehabilitación, porque hay bastante...” (Comadrona, 57 años).*

A las propias listas de espera de fisioterapia y rehabilitación, se suman las listas de espera de otros especialistas que confirman las mujeres que les llegan con IU son susceptibles de ser tratadas con fisioterapia.

*“[...] a parte que ya te digo que tenemos ahora mismo una lista de espera bastante... bastante... si siguen el circuito de ir a, al médico de fa..., o sea, si vienen a través de*

*derivación del ginecólogo hasta aquí, pueden ser unos seis meses ¿Vale?, del médico de familia pueden llegar al año”(Ginecóloga, 42 años).*

En opinión de las mujeres que han participado en los grupos de discusión, las listas de espera son insufribles.

*“No esperes que te llamen, tienes que tocar a la puerta. Yo creía haber ido en enero. He ido ayer [...] pero sino... es que te puedes morir... puedes estar esperando eternamente” (Laia, 75 años).*

#### **8.1.4.3. “La gente se tiene que buscar la vida”**

Desigualdad en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico

Otro de los temas que ha emergido como un discurso crítico a modo de respuesta a la situación de colapso del sistema de sanidad público - listas de espera interminables o derivaciones confusas -, es aquel que explica como las mujeres con más recursos económicos deciden pagar el tratamiento al que no hay accedido por el sistema público.

*“No hay un acceso [...] directo al fisioterapeuta de suelo pélvico que iría muy bien, no lo hay. Entonces qué pasa, que hay mujeres que se lo pueden pagar, pero claro, esto es una cosa que no todo el mundo puede” (Comadrona, 57 años).*

Las mujeres que no han llegado a poder ser atendidas en el sistema de salud público, tanto con tratamiento fisioterápico como quirúrgico, lo confirman y se quejan de esta situación.

*“Y sí a veces he pensado, ay... si yo tuviera dinero ahora para gastar en médicos y para ir y venir, iría a consultas a estos médicos, iría solo para que me dieran un diagnóstico” (Laia, 75 años).*

*“Yo para esta operación que os comento que quiero, que he estado mirando, me he tenido que hacer un seguro privado [...] la operación que yo he buscado es un hospital, una fundación pública, se puede hacer por lo público pero si viviese en Terrassa, así que*

*lo voy a hacer por la privada porque vivo aquí en Baleares y no me pueden enviar allí”  
(Lila, 44 años).*

A falta de recursos, algunas personas informantes sugieren soluciones inspiradas en otros modelos que ya existen en países tan cercanos como son Francia y Bélgica, donde cualquier mujer tiene no solamente el derecho de recibir tratamiento de suelo pélvico, sino que es obligatorio en algunas etapas para prevenir patologías que requerirán más gasto público en el futuro. Las pacientes pueden ir a una clínica o gabinete privado y remitir la factura a la seguridad social.

*“[...] y en Europa, por ejemplo en Bélgica la fisioterapia del suelo pélvico es una fisioterapia privada que paga la seguridad social. O sea, en Bélgica toda la fisioterapia la paga la seguridad social [...] vas a un privado y luego lo factura la seguridad social. Está muy, muy, muy bien la fisioterapia de suelo pélvico [...] en Francia por ejemplo, era obligatorio a partir del segundo hijo hacer recuperación, era obligatorio hacer recuperación posparto. Porque ellos, lo que veían es que si no hacías recuperación en el posparto del segundo hijo, como seguro que ibas a tener problemas de suelo pélvico en la tercera edad e ibas a generar gasto, en pañales, en dispositivos, que la seguridad social no tenía porqué asumir porque tu no hubieses hecho la recuperación correcta [...] en Francia en los años dos mil ya era así” (Fisioterapeuta, 41 años).*

Las desigualdades en el acceso al tratamiento por parte de las mujeres son muchas y las voy a ir describiendo en apartados posteriores cuando analice los sesgos de género. En este caso concreto, el no tener recursos económicos - y las mujeres son las que menos tienen – son discriminadas por el sistema de salud.

*“Yo lo que creo, desde luego, que nuestro sistema público de salud es universal, bueno, parece ser que ha vuelto a ser universal, que es gratuito, bueno, si que es gratuito, pero bueno, teniendo en cuenta las listas de espera, y tal, y tal y tal, entonces la gente se tiene que buscar la vida por otro sitio, entonces ya no es gratuito. Yo creo que debería tenerse que cumplirse más estrictamente que si una persona espera tanto tiempo, realmente pueda ir a un sitio privado y que le atiendan, y lo pague luego ....” (Rehabilitadora, 47 años).*

Para cerrar este apartado que se ocupa del contexto en el que se desarrolla el fenómeno de estudio, quiero destacar: primero, que existe un mapa asistencial de la IU de las mujeres muy heterogéneo y muy fragmentado, en comparación a otros problemas de salud menos prevalentes; segundo, que hay una falta de recursos de tratamiento fisioterápico importante; tercero, que la atención preventiva está dedicada principalmente a las mujeres en el embarazo y el puerperio a pesar de la alta prevalencia de la incontinencia en todas las edades, dejando que la patología empeore hasta poder ser subsidiaria de tratamiento especializado y que para llegar al tratamiento de fisioterapia se inicia un periplo en el que tanto las mujeres como profesionales se pueden llegar a perder; en definitiva, las mujeres con IU están discriminadas.

## **8.2. LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA**

En este segundo apartado presento cuatro subcategorías que emergen de los discursos de las mujeres en los grupos de discusión y de las entrevistas al personal sanitario, al que se le ha preguntado también sobre cómo viven la IU las mujeres que atienden y qué acciones emprenden. Los cuatro temas principales que he agrupado son: 1) Los sentimientos que tienen las mujeres respecto a la IU; 2) La naturalización de la IU al no reconocerla como un problema que requiere solución, normalmente ligado a la enculturación de la misma y a la idea de que es inevitable en las mujeres a consecuencia de los partos, la edad, la naturalización del rol de cuidadora y la doble jornada, y, actualmente también, al deporte de impacto; 3) Reconocer la IU como un problema que requiere solución y 4) Las estrategias que tienen respecto al manejo de la misma.

Aparecen dos grandes discursos o dos grandes grupos de mujeres, aquellas que no reconocen la IU como un problema y las que sí lo reconocen como un problema suficientemente importante para emprender acciones formales. Aunque existan dos tendencias opuestas que van a derivar en una serie de acciones diferentes (formales y no formales), muchos de los sentimientos y estrategias que las mujeres con IU relatan son comunes a ambos grupos.

### 8.2.1. Sentimientos

A través del debate generado en los grupos de discusión, las mujeres expresan cómo es vivir con IU para cada una de ellas. Se tratan temas cotidianos y discuten sobre si es algo más o menos llevadero. Independientemente de la gravedad de los síntomas las vivencias no son proporcionalmente negativas para todas por igual, ya que hay mujeres que tienen pocos síntomas pero que ven muy limitadas sus vidas, mientras que otras que llevan años lo asumen como algo casi intrínseco a su anatomía.

El punto de partida de las participantes de los grupos de discusión es el deseo de compartir experiencias entre mujeres que tienen IU y de aprender unas de las otras, poder *naturalizar el tema*, como dicen ellas. Se refieren a la IU como un *problema* muy común, que a muchas mujeres les pasa.

*“Yo tengo este problema y me gustaría saber como lo viven otras mujeres [...] normalizar el tema, hablar de ello”*(Lila, 44 años).

*“Al fin y al cabo es un problema de mucha gente”* (Laia, 75 años).

*“Yo tengo un problema con esto (Lola, 62 años)”*. (Grupo de discusión 1).

A continuación presento los sentimientos más consensuados por las mujeres en los grupos de discusión distribuidos en cuatro códigos: el sufrimiento, la sensación de estar silenciadas, estar ignoradas y sentirse desinformadas por el sistema sanitario.

#### 8.2.1.1. “La IU es una cruz que tienes que soportar”

Sufridoras

Hay mujeres que reconocen que vivir con IU es algo muy pesado con lo que tienen lidiar todos los días, algo que deben soportar, como una cruz que les limita y condiciona mucho la vida.

*“Un incordio, yo lo vivo como un incordio que pienso que se me pasará, un incordio que a veces no le ves salida”*(Ada, 70 años).

*“Estás pendiente de este problema, porque es que es incomodísimo, muy desagradable a más no poder... te asusta y te acobarda para todo” (Laia, 75 años).*

*“Es algo horroroso porque te condiciona mucho, casi no puedes salir de casa porque una tos muy fuerte pues...se..., se te llena la compresa o el salva slip o lo que lleves”(Duna, 64 años).*

Los episodios de pérdidas urinarias que relatan las mujeres se pueden dar en diferentes espacios; tanto en el trabajo como en medio de la calle, lo que les provoca vergüenza, situaciones de nervios, frustración, inseguridad y rabia.

*“Yo trabajando, se me ha ido el pis, que me ha ido hasta los zapatos, trabajando, ¡En pleno trabajo! [...] Y no os puedo contar el disgusto y lo mal que te sientes” (Paz, 60 años).*

*“El otro día tuve que correr, y cuando llegué a casa una buena mancha de pipí [...] cuando me vi en la calle y vi que sí que se me escapaba, pues claro, me dio un ataque de nervios” (Marta, 69 años).*

*“- Yo puedo, no me... no, venga tranquila -, pero otras veces dices - ¡Ay! ¡Ahora toca andar hasta allí! ¡No voy a llegar! [...] Hay muchos factores y no solo uno, pero claro, se asocian a ciertas cosas, por ejemplo y por eso nos hacen más vergüenza, ¿No?” (Lila, 44 años).*

Cada mujer tiene una explicación para la aparición de la IU. Voy a tratar dos temas muy recurrentes en apartados posteriores que hacen que la IU se naturalice, el parto y la edad; además, en una última categoría también van a desarrollarse otras ideas que han emergido de los grupos de discusión de las mujeres y de las entrevistas al personal sanitario y que se consideran importantes en relación a las causas de la IU.

Cuando pregunto al personal sanitario sobre cómo expresan las mujeres la cotidianeidad de tener IU y qué sentimientos las acompañan coinciden con ese sufrimiento.

*“La mujer es **sufridora** de por sí, y entonces [...] se pone en la cola de otras prioridades de la vida, como cuidar a los demás estar por los demás, no tengo tiempo para esto, menospreciar un poco su salud, mucha falta de autoestima incluso, no, muchas mujeres, también puede que en mujeres más mayores, o no sé si más mayores, o sí con un nivel cultural tal vez...medio-bajo, en donde la mujer todavía tiene un rol muy de...de por debajo del hombre, en un estatus muy por debajo del hombre” (Enfermera, 42 años).*

*“En una sola palabra, mal, simplemente mal, lo viven mal, en silencio además muchas veces, porque les cuesta admitirlo” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“Te entran por la puerta y te dicen por qué vienen - ¡Me meo, me meo, me meo encima! – [...], las mujeres aquí, cuando entran están desquiciadas, parecen que están desquiciadas [...] yo la veo que... tienen un problema gordo” (Urólogo, 38 años).*

#### **8.2.1.2. “Siempre ha sido un tabú, tan misterioso y tan pecaminoso”**

Silenciadas

Las mujeres relacionan la IU con una región anatómica innombrable, que conlleva implícitamente vergüenza y pudor. Durante el transcurso de uno de los grupos, aparece una discusión entorno a la mejor manera de mantener una correcta higiene de la región urogenital, donde se omiten las palabras vagina y vulva.

*“[...] bueno, en el trabajo hay toallitas y te limpias, y te procuras limpiar, a parte del papel higiénico, con las toallitas [...] y cuando llegas a casa, estamos hablando, igual que la intimidad tuya de delante” (Jana, 58 años).*

Se construye un silencio que oculta la magnitud del problema. Las mujeres se refieren a la IU como un asunto desagradable, escatológico y políticamente incorrecto y que aprendemos desde la infancia a no hablar de la misma.

*“-Elsa (61 años): sí, yo creo que a la mayoría de mujeres nos da pudor el tener que hablar, a no ser con familiares de estos temas.*

*-Lila (44 años): sí porque es un poco...*

*-Elsa (61 años): es desagradable.*

*-Lila (44 años): es escatológico, siempre pipí y caca, siempre [...] cuando eres pequeña te lo quitan de la cabeza, entonces luego volver al tema es como... (risas de fondo) queda como...es como políticamente incorrecto, no mala educación, pero no es un tema agradable, ¿No?, sí”. (Grupo de Discusión 1).*

*“Considero que esto tapamos, hasta que pesa y ya tienes que hacer medidas más drásticas, pero vamos tapando, nosotras mismas queremos olvidar el tema y como es una cosa o que no le pasa a nadie, o que nos pasa a todas, muchas veces ni lo hablas” (Flor, 46 años).*

El personal sanitario coincide en este silencio, en la ocultación de la IU, en la poca consulta por parte de las mujeres y en la construcción de un tabú entorno a la misma.

*“Hay mucho tabú, entonces realmente creo que las estadísticas no reflejan verdaderamente el problema que supone los problemas de suelo pélvico” (Fisioterapeuta, 34 años).*

*“Primero la vergüenza y el pudor, ¿no?, de... muchas mujeres que huelen, el olor que tienen, no pueden tener relaciones, también porque se van a orinar encima y eso te lo comentan [...] también es muy silente, claro, no se consulta tampoco” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“Ah..., claro también depende del grado de la incontinencia, pero (pausa), pero sobretodo muy escondido, es un problema que no comentan, incluso ni, ni, ni dentro de la familia, dentro del ámbito familiar, ¿No?” (Enfermera, 42 años).*

### **8.2.1.3. “Los médicos te ignoran totalmente”**

Ignoradas

Aparece una queja bastante común entre las mujeres con IU sobre la respuesta que obtienen del personal sanitario cuando solicitan ayuda para su problema.

*“Los médicos que se encuentran así en la televisión y están tan dispuestos y hay tantas cosas que efectivamente que nos pueden ayudar, después a la hora de ir a las consultas, a la hora de escucharte, a la hora de ayudarte te ignoran totalmente” (Laia, 75 años).*

*“... y no hacen el suficiente estudio para saber cual es su problema, a lo mejor no es problema de ellos, porque es verdad que hay mucha cola y tienen que agilizar y no se pueden dedicar el tiempo que se le tiene que dedicar a una persona, pero bueno, a fin de cuentas, es tu salud” (Mar, 39 años).*

*“Hay prioridades, es verdad, pero la prioridad también la elige uno, o sea yo...esto es prioritario, yo quiero solucionar este problema y no ir al médico cada día y que no me haga caso [con énfasis] (Lila, 43 años).*

Esta queja está corroborada en los discursos de las profesionales de la salud, sobretodo por parte de aquellas que están en el tratamiento conservador: rehabilitadoras, fisioterapeutas, ginecólogas o comadronas.

*“Creo que a veces se sienten poco escuchadas o poco valoradas por el hecho de que... de manifestar esto, que tienen pérdidas” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“Creo que es un problema, o sea, a ver, qué habrá otras cosas más importantes, según lo que se considera importante, es decir, nadie se va a morir de incontinencia, eso también está claro” (Ginecóloga, 42 años).*

Una de las razones que una comadrona da para explicar esta falta de interés por parte del personal sanitario es que no se reconozcan los problemas específicos de las mujeres con suficiente importancia.

*“Yo no creo que en general haya mucho interés en todas las cosas que nos afectan solamente a las mujeres” (Comadrona, 58 años).*

En este mismo sentido, añadir que la queja que tienen tanto las mujeres cómo algunas profesionales de la salud respecto al trato que han recibido está dirigida a que no sienten que la IU sea un problema de primera categoría o de suficiente importancia en comparación a otras patologías.

*“Hay gente que consulta y no se le hace caso [...] Yo pienso que es verdad ¿sabes? es como si no hubiese oído nada ¿vale?, en plan -Tu has dicho que te orinas, vale, pero a parte de esto, ¿qué te dolía, la cabeza o te dolía el tal...?- Pues, yo creo que esto funciona así” (Ginecóloga, 42 años).*

*“Porque no hablamos de patologías vitales, pero la calidad de vida, es terrorífico, o sea, esto no está afectando a una mujer porque se sienta sucia, o porque le incomoda, una incontinencia de orina, te hace que una mujer su vida social desaparezca” (Rehabilitadora, 47 años).*

Incluso a veces, la impresión que tienen es que hasta que la IU no pasa a ser subsidiaria de intervención quirúrgica, no pasa a ser realmente importante no pasa de ser un problema de salud mínimo y sin importancia, cuando ellos pueden hacer algo dentro de su formación y conocimientos, entonces ya es tomado en serio.

*“Cuando ya el doctor quizá lo ve en grado máximo, que te aconseje la operación, pero hasta entonces pues no parecen darle mucha importancia”(Elsa, 61 años).*

*“Me dijo: usted está estupenda [ ]y yo sigo con el problema” (Lila, 44 años)*

**8.2.1.4.” No te dicen nada, hay poca información sobre esto”**

Desinformadas.

Otra de las quejas de las mujeres con IU es la falta de información que han recibido por parte del personal sanitario. Muchas no saben que es el suelo pélvico, cómo cuidarlo o cuáles son los factores de riesgo que provocan la IU. Tampoco saben muy bien qué especialidad debería cumplir esas funciones, dar información, educación y consejos sanitarios para el manejo de la IU; situación que viene derivada de la atención extremadamente especializada y fragmentada.

*“Creo que hay mucha falta de información en general, y no sabes al final, de donde sacar tus fuentes, para ver como cuidar tu suelo pélvico o como hacerlo bien, o como hacerlo mal. Hay una falta, en general en el siglo veintiuno, que dices, esto no es muy lógico” (Mar, 39 años).*

*“Es que yo creo, perdón, los ginecólogos ahí fallan un poco. No sé en qué momento, o sea, está el médico de cabecera, después [...] Creo que el que te puede dar más información sobre esto debe ser el ginecólogo, me imagino” (Lila, 44 años).*

Al no tener una información correcta, cada mujer va construyendo sus propias ideas, muchas veces erróneas y que pueden ser incluso dañinas. Cómo voy a describir más adelante, algunas de estas ideas naturalizan la IU en las mujeres. En los grupos de discusión, algunas mujeres se sorprenden al saber por primera vez que hay mujeres jóvenes que tienen IU.

*“-Lila (44 años): No es una cuestión solamente de la edad, porque seas mayor; hay mucha gente joven que también, porque son deportistas [...] para eso estamos aquí para hablarlo, y porque son deportistas, es que son muchos datos, demasiadas cosas, porque pueden ser varias las cosas.*

*-Iris (71 años): ¡Ah sí!, de partos también las chicas jóvenes, se me había olvidados, porque tengo una hija que quedó...*

*-Lola (62 años): Sí, sí...mi madre tenía, y yo a veces pensaba que era por los años, por los hijos, y no sabía que había gente joven o deportistas que lo tienen, esto me ha*

*sorprendido. Yo pensaba que era una cosa de la edad, pues que las mujeres...tenía que ver con los partos [...], es importante, porque no lo sabía". (Grupo de discusión 1).*

En los grupos de discusión, aparecen experiencias muy diferentes y en ocasiones opuestas en referencia a la información recibida por parte del personal sanitario; demostrándose, que lejos de haber un protocolo común respecto a la información que se les ofrece a las mujeres, es más bien el azar el que las coloca frente a una persona preparada y sensible o frente a alguien que no tiene ni preparación ni sensibilidad para el manejo de la IU. El momento histórico también ha jugado un papel diferenciador entre las mujeres; así las más mayores señalan cómo a ellas no se les ofreció la misma información que actualmente a las jóvenes.

*"-Gala (65 años): Hay poca información sobre esto, vas al ginecólogo...bueno yo encuentro que ahora, el ginecólogo, y ginecólogas que hay muchas jóvenes, que están como más...te ayudan más, porque antes el ginecólogo no tenías ninguna, no había ninguna participación, era...como ir al ginecólogo, que miedo, que horror, que mal.*

*-Duna (64 años) no te decían nada.*

*-Jana (58 años): la comadrona te decía lo que ella comentaba, de hacer estos ejercicios.*

*-Bea (70 años): a mi no me dijeron nada, no me dijeron nada, pero tampoco no nos dijo nada la comadrona de hacer estos ejercicios*

*- Jana (58 años): ahora se lo dicen a las jóvenes.*

*- Bea (70 años): a nosotras no nos decían nada". (Grupo de Discusión 2)*

Frente a la desinformación, algunas mujeres deciden buscar sus propias fuentes para poder tomar decisiones.

*"Lo sé porque me he informado, [...] he buscado tantas alternativas he hecho mucho tiempo suelo pélvico, y la verdad que estoy contenta y he mejorado y todo , pero la calidad de vida... pero me queda mucho tiempo para estar así, y paso..." (Lila, 44 años).*

*"A mi todas estas cosas, no sé muy bien cómo es porque tampoco me he enterado, ya me enteraré ahora que voy a Madrid, pero son naturales. Yo creo que al final con unos*

*ejercicios básicos, o con una forma de llevar tu día a día se puede controlar, ¿No?, es lo que estoy viendo ahora y lo que estoy estudiando” (Mar, 39 años).*

El lenguaje técnico que se utiliza entre el personal sanitario favorece a mantener a las mujeres desinformadas de sus propios procesos de enfermedad.

*“Pues yo cuando me enteré, que fui al médico, me dijo - bueno, tienes eso... el suelo pélvico) bajo, no se qué...- y el ginecólogo ya me lo había dicho cuando lo miraba por la pantalla - la vejiga...- y yo no tenía ni idea... La vejiga no sabía qué quería decir, hace unos cuantos años... -la vejiga la tienes baja- “ (Celia, 67 años).*

### **8.2.2. Naturalización**

El proceso por el cual se naturaliza la IU en las mujeres está omnipresente en los discursos de las mujeres y del personal sanitario principalmente por cinco razones que recojo en los siguientes códigos: la enculturación de la IU, los partos, la edad, la naturalización del rol de cuidadora y la doble jornada, y, el deporte de impacto.

#### **8.2.2.1. “ Se me escapa el pipí lo normal”**

La enculturación

La naturalización de la IU de las mujeres está en los discursos sociales. La imagen de una mujer a la que se le escapa el pipí no sorprende a nadie y forma parte de nuestra cultura, de la cultura de las compresas de Concha Velasco.

Por el momento, ya se ha podido constatar que tener IU se vive y se expresa de tantas maneras como personas hablan de ella, sin embargo, muchas mujeres que no la reconocen como un problema suficientemente importante o molesto, acaban por no tomar medidas de carácter formal (acudir al centro médico), no solamente para tratar la incontinencia, sino para que no empeore, como suele pasar. De las mujeres que han participado en los grupos de discusión la mayor parte no ha consultado en su centro de salud ni a ningún especialista tal como se puede ver reflejado en la siguiente gráfica:

FIGURA 6. CONSULTA DE LAS MUJERES CON IU AL PERSONAL SANITARIO



En los discursos de las mujeres se recogen diferentes maneras de considerar la IU normal o algo poco importante, casi siempre asociado a que son pocos los episodios de pérdidas de orina, o que es poca la cantidad por lo que con una compresa pueden seguir haciendo su rutina.

*“No, no he ido no (al médico), no encuentro que sea tanto ni tan grave lo que tengo para tener que ir, hay momentos..., pero tampoco” (Gala, 65 años).*

*“De momento no es muy grave pero a veces...y querría saber si esto se puede mantener en le tiempo o puede degenerar...tengo un poco de...” (Lola, 62 años).*

*“Cuando iba horas a caminar, que cuando iba a bailar, si daba una carrera para coger el autobús...y este era todo el problema que tenía, que era nada” (Ada, 70 años).*

La cultura sanitaria en la que la promoción y prevención no son consideradas, va a favorecer la creencia entre las mujeres de que la IU es normal hasta que no sea operable.

*“[...] y cuando fui es porque ya era grave, cuando no queda más remedio, míralo, para operarme, me dijo” (Duna, 64 años).*

La IU está considerada por algunas mujeres como una condición normal e inevitable – ley de vida-, sentencian.

*“Yo lo que sé, es que cuando somos pequeños hasta que nos han educado, y luego, hasta que somos mayores porque es ley de vida” (Violeta, 70 años).*

*“Yo creo que irá a más, porque es una cuestión de ley de vida, irá a más...(Lola, 62 años).*

También el personal sanitario considera que esta idea o concepción de normalidad respecto a la IU de las mujeres está muy presente en la sociedad, en la cultura, en las propias mujeres y en algunos profesionales de salud. Una normalidad que sugiere que no se puede hacer nada para evitarla.

*“Entonces claro, mientras ellas, mientras ellas consideren que la incontinencia es normal, no van a pedir ayuda [...] Está como muy asumido en la sociedad que la IU es un síntoma de la mujer, no un síntoma de patología” (Fisioterapeuta 41 años).*

*“Entonces la mujer lo vive como más asumido, como que es una patología que les ha tocado y tienen que aguantarla, como que es normal, lo normalizan mucho más, primero porque la sociedad es machista y ya se lo han hecho ver, que es normal, que si te haces caca o pipí, te pones una compresa o un salva slip, y que hija, que quieres, que después de cuatro partos, de haber tenido sexo y ya con la menopausia, es lo normal” (Rehabilitadora, 47 años).*

*“...primero, porque es algo como un problema normal, es decir, la concepción social, de que tener IU, en mujeres, es normal [pausa], entonces claro, si es normal no se puede hacer nada (Enfermera, 42 años).*

*“Supongo que porque es como una creencia popular, ¿no?, que esto pues a veces pasa y que es frecuente, que realmente es muy frecuente” (Médica de familia, 52 años).*

El papel de los medios de comunicación respecto a la idea que transmiten sobre la IU, es un tema que ha emergido en prácticamente todas las entrevistas y en los grupos de

discusión. Se ha hecho referencia sobretodo a los anuncios de compresas para la IU y existe una discrepancia respecto a si éstos son favorables o desfavorables. En general casi todas las mujeres y profesionales han coincidido en que el mensaje que transmite este tipo de publicidad es dañino y perpetúa la idea de que la IU es normal-natural en las mujeres de cierta edad.

*“A nivel social, creo que hay otra variable muy importante, y es que se perpetúa esta idea que la IU es normal, con la publicidad ¿No?” (Enfermera, 42 años).*

*“Y luego la cultura también, eso de, siempre digo de la Concha Velasco (risas), que la televisión anuncie cosas de IU con total normalidad no ayuda, porque eso hace que la que lo esté viendo admita algo que no es normal, la menstruación es normal, la IU no es normal, es un mensaje que tendría que quedar a las mujeres” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“Se me pone la carne de gallina y como escarpas los pelos, cuando veo los anuncios de la tele de que, como se llama esta, de que Concha Velasco se va a hacer rica haciendo anuncios para Indasec. O sea, para mí, compresas para la mujer es degradante para la mujer, desde las televisiones públicas, ya no te digo privadas, en un programa público les estás ofreciendo pañales, compresas” (Rehabilitadora, 47 años).*

La discrepancia se refleja cuando en algunos comentarios de profesionales y mujeres se consideran los anuncios de compresas para la orina como el inicio de la visibilización de la IU en la sociedad, que por lo menos se habla de ella.

*“Al principio dudaba si los anuncios de las compresas podían ser buenos o malos, o sea, al principio pensaba que podían ser buenos porque estaban visibilizando una problemática que tenían las mujeres” (Comadróna, 58 años).*

*“Si, la solución no es la compresa, pero por lo menos, se visibilizó la incontinencia al salir por la tele Concha Velasco con sus compresas de Indasec” (Fisioterapeuta, 41 años).*

**8.2.2.2 “Tenemos la impresión de que eso solamente nos pasa a la gente mayor, parece que es sinónimo de vejez”**

La edad

Las razones por las que se considera natural la IU en las mujeres son la edad y los partos mayoritariamente.

La idea de que el deterioro físico y por consiguiente la aparición de la IU es inexorable al paso del tiempo está fuertemente arraigada a la sociedad, incluidas muchas de las personas que trabajan en en la sanidad. Sin embargo, la edad aunque sea un factor de riesgo no es un factor independiente que cause IU por sí solo.

*“No, eso, que yo creo que por la edad, y por lo que me dijo el médico, que la musculatura cede, se va desprendiendo” (Bea, 70 años).*

*“...y ahora cuando he ido al ginecólogo porque me han hecho digamos, la última revisión por la edad, me ha dicho que...que lo mío no tiene operación, que esto es normal en mi edad, y que lo que hago de ir al baño para prevenir está bien, y ya está...no me han dicho nada más” (Paz, 60 años).*

Hacerse mayor en esta sociedad a las mujeres no se les permite y tiene consecuencias negativas. El prototipo de mujer promovido por los medios de comunicación de masas y las redes sociales es un cuerpo joven, delgado y sexy. Ser vieja e incontinente no está aceptado socialmente, por lo tanto se favorece a la ocultación de la IU.

*“Yo he sentido a veces que hay un componente que da vergüenza porque parece que se relaciona con la edad, luego te están llamando mayor, te están llamando vieja, en fin algo que tu misma no quieres” (Lila, 44 años).”*

*“Porque además tenemos la impresión de que eso solamente nos pasa a la gente mayor, parece que es sinónimo de vejez, por eso la gente a veces lo oculta, esa chulería que tenemos las personas de creernos bueno, infinitos hasta el mundo (Laia, 75 años).*

La enculturación de la IU por causa de la edad está también presente en gran parte del personal sanitario; la consecuencia nefasta es que al considerar a las mujeres mayores incontinentes por naturaleza el esfuerzo terapéutico hacia ellas será nulo.

*“Todavía, quedan algunos profesionales sanitarios que dicen que IU en la tercera edad es normal en la mujer, que no es cierto...pero ya venga de profesional sanitario... yo creo que es un problema cultural. La mujer ha dado por asumido...”(Fisioterapeuta, 41 años).*

*“El otro aspecto grave, es que cómo es persona mayor, pues bueno, ya total ¿para qué?. Quiero decir...también hay cada vez menos profesionales que piensan esto, no, pero bueno, que yo creo que sí, que a veces cuesta abordar, abordar este tema con gente mayor” (Enfermera, 42 años).*

### **8.2.2.3.” La IU es un precio a pagar por haber tenido niños”**

Los partos

En el capítulo dedicado a la IU se ha podido comprobar que el parto es uno de los factores de riesgo que más se relaciona a la IU y así lo manifiestan las mujeres.

*“Los partos ¡Claro!, que tuve un niño que pesó cuatro kilos y medio, yo sola, porque cuando vinieron a ayudarme un poco, el niño ya había... estaba afuera, y me rasgó completamente” (Laia, 75 años).*

*“En el caso mío también tuve un.. bueno, tuve dos muy grandes, pero bueno la última la tuve de nalgas y tuvieron que hacer una episiotomía, o sea que me desgarré” (Elsa, 61 años).*

Algunas de las profesionales muestran su preocupación por esta asociación que se hace entre parto e incontinencia, sobretodo creen que esta idea está arraigada en una generación de mujeres más mayores que llevan décadas conviviendo con este problema.

*“Me preocupa que la mujer vea que es normal orinarse. .. me preocupa. Entonces este hecho creo que dificulta que la mujer pues llegue haciendo la demanda, y que si han parido, pues también dan por hecho que es normal que se orinen.” (Comadrona, 58 años).*

*“Creo que la generación de setenta años vive la incontinencia como una consecuencia y que no se puede hacer nada más, que eso era un precio que tenían que pagar por haber tenido niños” (Rehabilitadora, 42 años).*

El proceso de naturalización es una transmisión que se genera de abuelas a madres y de madres a hijas, un ritual silencioso por el cual, las nuevas generaciones copian a las más experimentadas en el manejo de las compresas.

*“Yo imagino que lo asumen, lo que te he dicho antes, con la... con la sensación de que es una consecuencia de... una consecuencia normal, entre comillas, por supuesto de los partos ¿no?; eh, siempre, siempre, han, hay un sector de la población, que rondará ahora los 60 años, que ha asociado la incontinencia de orina a una consecuencia habitual del parto “que ya lo tenía mi madre, ya lo tenía mi abuela”, y por lo tanto eso es normal, por lo tanto lo han asumido como algo, eh, inherente a su condición de mujer que ha dado a luz varias veces” (Ginecólogo, 58 años).*

#### **8.2.2.4. “El esfuerzo físico que hemos hecho tantos años”**

El rol de cuidadora y la doble jornada

El trabajo ejercido por las mujeres, doméstico o productivo, no se ha considerado durante mucho tiempo como un factor de riesgo para la IU, ni tampoco actualmente está ampliamente reconocido.

Algunas de las mujeres han expresado una relación entre el trabajo y los esfuerzos que han realizado, o las condiciones en las que se encontraban en el puesto de trabajo como desencadenantes de la IU.

*“Yo creo que el esfuerzo físico que hemos hecho tantos años, el periodo que hemos estado trabajando, yo he hecho mucho esfuerzo, he cogido mucho peso, y yo creo, no se porque, aparte de los partos claro [...] el trabajo ha sido duro, hemos cogido mucho peso, hemos hecho muchísimos esfuerzos, entre unas cosas y otras [...] se ha bajado todo tan abajo que es que ya no tiene recorrido, paf... (plas, da una palmada) (Laia, 75 años).*

*“Mi trabajo ha sido siempre de mucho esfuerzo, coger a personas movilizarlas y eso de alguna manera eso ha hecho que eso se distienda un poco en principio solo la tengo de esfuerzo, eh, la incontinencia, cuando ando muy deprisa, en épocas que estoy más nerviosa tengo que ir más veces al baño, y en fin, en mi caso ha sido así (Elsa, 61 años).*

También las mujeres hablan de las condiciones laborales en las que han estado durante años, no solamente respecto a la dureza física que hayan tenido que soportar, sino también las condiciones en las que lo han tenido que hacer, en ocasiones sin posibilidad de ir al baño durante muchas horas.

*“Yo tengo el problema hace años, por lo que te expliqué del trabajo que no podía ir a hacer pipí y otras cosas [...] no podía ir, porque estaba sola, todo el día tenía gente, o sea, más de lo que me aguanté yo todo el día, que no iba, ¡Años!... ¡Me ha venido este problema! [...] estaba en una boutique, y hacía el trabajo de tres, estaba sola; que si paquetes que me venían, que si el teléfono, cuarenta personas que me venían al día o cincuenta, o sea, la tienda abarrotada, la tienda estaba abarrotada, ni pipí ni nada, y la menstruación hasta el suelo, trabajando...” (Duna, 64 años).*

En los discursos del personal sanitario se corrobora cómo los esfuerzos en el trabajo pueden desencadenar IU.

*“Bueno...es que...los esfuerzos, las mujeres, las mujeres pues los trabajos...muchas, por muchos trabajos, tienen fracasos por el hecho de hacer esfuerzos abdominales” (Enfermera, 63 años).*

A estas dificultades en el trabajo se les añade también cómo las condiciones de los aseos en los puestos de trabajo también van a condicionar a las mujeres en la frecuencia miccional.

*“Lo tienen un poquito más controlado a nivel laboral, pero si a veces referían problemas, pues de que el baño estaba sucio, de que no podían ir al baño a veces, pues por eso, porque se lo encontraban sucio porque era unisex, o se lo encontraban sucio, a veces hacían pipí de pie, la puerta no cerraba bien. Y entonces nosotros decíamos, pues eso, la importancia de orinar que estuviesen sentadas, que estuviesen tranquilas a la hora de miccionar, y nos decían muchas:- Es que en mi trabajo no es posible, porque la puerta no cierra bien, o el baño está muy sucio porque es unisex-, y entonces claro, hacían cosas contraproducentes, en vez de orinar sentadas [...] y nerviosas porque la puerta no cerraba bien. Pues entonces sí que en el trabajo tenían estos problemas también”*  
(Fisioterapeuta, 34 años).

Finalmente, otras mujeres relatan como durante las tareas domésticas, algunas de gran esfuerzo físico, tienen pérdidas de IU, pero no le dan mayor importancia.

*“Ahora hace un tiempo, que si hago un esfuerzo, por ejemplo girar el colchón de lana – a mi marido le gusta el colchón de lana – y a veces lo pongo en la ventana y hago el esfuerzo, , aquí sí me doy cuenta, pero normalmente poca cosa”* (Iris, 71 años).

#### **8.2.2.5. “El running está haciendo mucho daño”**

El deporte de alto impacto

En último lugar dentro de las razones de la naturalización-enculturación-ocultación de la IU voy a describir a través de este código un discurso que emerge en el personal sanitario. Es algo más novedoso respecto a las ideas más comunes que se tienen respecto a la IU de las mujeres como algo inevitable después de los partos o por la edad.

Algunos especialistas que están más cercanos al tratamiento de la IU en urología, ginecología, rehabilitación y fisioterapia, alertan del incremento de prácticas deportivas

de alto impacto que tienen una repercusión muy negativa sobre el suelo pélvico de las mujeres y que se relacionan con la IU. Entre ellas está el CrossFit, un entrenamiento de origen militar en el que se hacen muchos levantamientos de pesos y también se corre.

*“Entonces, lo que antes era una patología reservada a la élite, al deporte de élite, no a la élite social, sino al deporte de élite, ahora será una patología asociada a la sociedad en general ¿Sabes?, porque han asumido que el CrossFit es maravilloso, pues ala, pues ponte tu 20 kilos, en un disco o ponte a correr contra unos elásticos (risas nerviosas). Sí, sí, sí, no... a mi me apasiona; de todas formas te digo una cosa, yo tengo una trayectoria, que me permita que vea las cosas con una perspectiva [...] entonces yo recuerdo la gimnasia pasiva de los años ochenta, y luego recuerdo el aeróbic, y luego vino el Pilates, vale. Todo irá cayendo, todo cae por su propio peso, el CrossFit caerá, caerá, porque los hombres que hacen CrossFit tienen la espalda fatal” (Fisioterapeuta, 41 años).*

*“Y ahora con el running también ¿Eh? ha hecho mucho daño. El running hace mucho taño al suelo pélvico, y mucha mujer se ponen a correr porque pues ahora está más o menos de moda y se dan cuenta de que no pueden hacer carreras después de tres niños, algunas afortunadas sí, otras no” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“El otro día vino una chica que practicaba...levantaba pesas, levantaba pesos [...] el CrossFit, ¡tremendo!; yo no sabía lo que era, nos lo enseñó por internet, estoy hablado de la semana pasada, una chica de dieciocho años, y yo le dije - tu tienes que cambiar de deporte porque...- y me dijo que levantaba cincuenta quilos y setenta, una chica, no sé, y la enviamos...la cité para explorar y le dije que haría rehabilitación pero le recomendé cambiar de deporte [...] yo creo que sí, es de sentido común, saben...le expliqué que en estos casos, que abajo no hay nada que aguante todas las vísceras, que no hay ninguna estructura ósea, y claro que haciendo este Valsalva tan importante, comprime y...claro. No la convencí, creo...(Urólogo, 48 años).*

En los discursos del personal sanitario también aparece la preocupación que este tipo de actividades deportivas se dirijan por monitores que muchas veces no son conscientes u omiten el daño que puedan estar ocasionando a las mujeres.

*“Luego monitores físicos también, monitores deportivos, de gimnasio, eso creo que también está haciendo daño según a qué mujeres. De hecho vienen porque han empezado una actividad física, fueron a zumba o un entrenamiento deportivo, CrossFit, y se dan cuenta que bueno tienen que dejarlo porque mojan los leggings o mojan el pantalón, entonces eso sí que sería... incluso más tornaría los abdominales en una clase de secundaria, no deberían hacerse, tendrían, yo tengo una hermana que es educadora de INEF y le decía que hay que enseñar abdominales para mujeres y para hombres, no es el mismo cuerpo uno que otro y se entrena igual en dos personas. O gente que entrena profesionalmente, no sé si no están más formados los monitores físicos, no sé. Imagino pues eso, las corredoras” (Ginecóloga, 42 años).*

### **8.2.3. Reconocer la IU como problema**

Aunque el discurso hegemónico, tal como he dicho antes, es el de considerar la IU como algo natural-normal que las mujeres en algún momento de la vida van a tener, también se puede describir un discurso más residual en el que aparece un momento de inflexión detonado por tres razones: el hartazgo de las mujeres, el consejo de algún familiar o amistad y el generacional.

A pesar de que lo llegan a considerar un problema que requiere solución, muchas de las mujeres tardan bastantes años en dar el primer paso desde el inicio de los primeros síntomas hasta consultarlo con algún profesional sanitario. Existe un momento de inflexión en el que la IU es demasiado molesta o que representa un problema para las mujeres y es entonces cuando se deciden a consultar.

*“Yo, si es esta incontinencia de tener que llevar compresa y todo eso, lo veo grave, grave a tu calidad de vida, [las demás mujeres refuerzan esta idea, asintiendo], yo sí” (Celia, 67 años).*

Una de las participantes se revela contra la idea de naturalización de la IU, exige la desnaturalización.

*“Y normalmente la gente no se hace pis por la calle, ni poco ni mucho (Risas) [...] Entonces a mí me gustaría llegar a un punto de no hacerme nada, no sé... Creo que yo, a mí misma, me lo puedo exigir [como problema, veo que hay que ponerle solución]” (Lila, 44 años).*

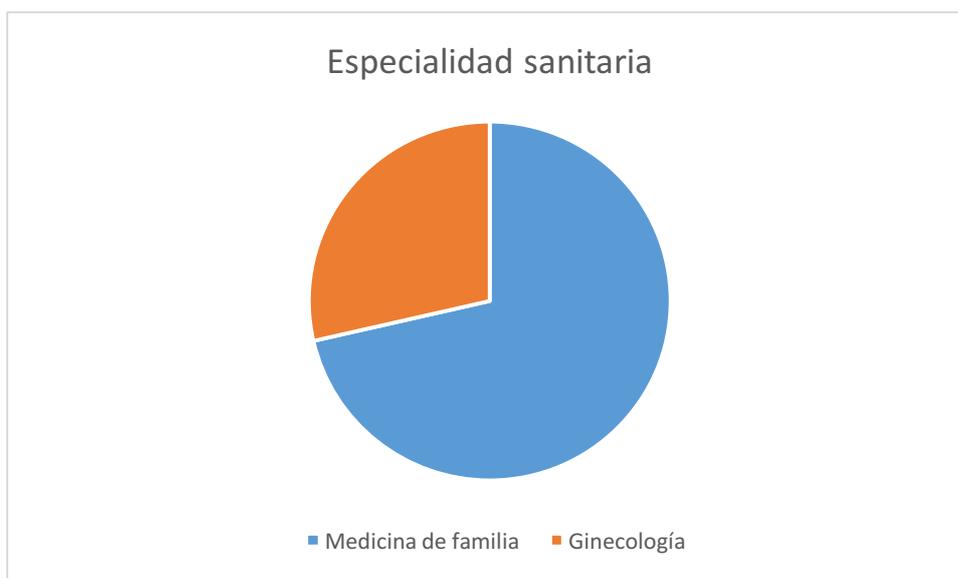
El personal sanitario coincide con este momento de inflexión que para cada mujer aparece en un momento diferente.

*“Es en el momento que la compresa de regla ya no les basta, o que, por la actividad que llevan les supone un perjuicio más importante, entonces empiezan, dejan de considerar esa incontinencia normal, y entonces empiezan a buscar ayuda” (Fisioterapeuta, 41 años)*

*“Yo creo que les cuesta hasta que lo ven como realmente un problema, y entonces ya consultan” (Comadrona, 58 años).*

Una vez reconocida la IU como un problema las mujeres deciden iniciar un proceso de búsqueda de ayuda formal. De las mujeres que han participado en los grupos de discusión que sí han solicitado ayuda formal, se han dirigido mayoritariamente a su médico/a de familia y algunas pocas directamente a la especialidad de ginecología.

FIGURA 7. ESPECIALIDAD SANITARIA CONSULTADA



Las mujeres que han consultado y han tomado cartas en el asunto ya dejan de percibir la IU como algo normal.

*“Me da rabia pensar que pueda ir a más , pero en el fondo no lo pienso, pienso que se debe arreglar esto, no puede ser, no toca, es que no lo veo normal” (Ada, 70 años).*

### 8.2.3.1. “Ya no puedo más”

Hartazgo

El proceso de búsqueda de ayuda formal por parte de las mujeres con IU suele ser largo y conviven con el problema esperando que desaparezca por si sólo. En la siguiente gráfica se puede observar que la mayoría de mujeres participantes en los grupos de discusión tienen más de veinte años de evolución.

FIGURA 8. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA IU SIN CONSULTA



*“Todo esto de aguantar unos años, no es de ahora esto, es de hace unos quince o dieciocho años, ¿Eh?, o sea, no es reciente, y cuando fui es porque ya era grave, porque yo no voy de médicos para nada, hasta que no me caigo no voy de médicos, pero cuando no queda más remedio, míralo, para operarme, me dijo” (Duna, 64 años).*

*“Yo era con sesenta años, yo creo, cuando ya me decidí, después de pasar muchos años así” (Bea, 70 años).*

El personal sanitario también es testigo de esta situación que prolonga años el padecimiento de las mujeres con IU y la consideran algo muy frecuente.

*“Lo más típico y que más me ha llamado la atención, son mujeres que han tenido tres partos, y que al año de tener el tercero dicen - A mí ya me pasaba desde el primero, pero dije, ya se me quitará, luego tuve el segundo y estuve un poco mejor, pero ya se me quitará, pero ahora con el tercero veo que cada vez va a peor -. Entonces son gente que ya lleva muchos años.” (Fisioterapeuta, 38 años).*

Aquellas mujeres que han decidido buscar ayuda formal para tratar de solucionar la IU atribuyen este cambio de actitud detonante a la percepción de que ya es suficientemente engorrosa y pesada como para no hacer alguna cosa aparte de ponerse compresas.

*“Ahí está, que esperamos a la urgencia para ir ahí. Todos intentamos hasta llegar al punto de decir - ya no puedo más-“ (Elsa, 61 años).*

Una de las participantes señala que la actitud de otras mujeres del ir dejando pasar el tiempo puede ser contraproducente ya que podría agravarlo lo considera una actitud conformista.

*“Porque luego también nos conformamos mucho porque yo he oído aquí a personas que dicen – No, bueno que si solo es esto, un poquito da igual - Pues no da igual, porque al final tu calidad de vida disminuye y además es la pescadilla que se muerde la cola, si yo no me muevo mucho por miedo a hacerme pipí y ya me basta así, voy a aumentar el problema [...] Entonces también es un poco el conformismo ¿No? de la gente al final, de decir - Bueno, da igual - según que edad me da lo mismo” (Lila, 44 años).*

En ocasiones el haber recibido información sobre las posibilidades de tratamiento facilita este paso, y en otras ocasiones gracias al empuje de alguna persona cercana.

*“[...] muchísimas mujeres, era la primera vez que escuchaban hablar del tema, entonces, pensar que esto no tenía porque pasar y les estaba pasando hacía muchísimos años y no solamente les pasaba sino que estaba condicionando y limitando su vida y sus actividades, entonces pensar que no es lo normal que pase, o sea mejor dicho descubrir que no es lo normal que pase pues sí que fue muy importante” (Comadrona, 58 años).*

*“Muchas han venido porque sus hijos y hijas les han dicho - Así no puedes estar, mamá - ; ¡Porque tampoco son tan mayores!; es que estamos hablando, de a lo mejor mujeres, de sesenta y cinco, setenta, setenta y cinco que te van al club los fines de semana a bailar, que llevan una vida social brutal y súper buena; pero tienen este pequeño hándicap ¿No?, entonces han decidido dar el paso de -Oye, ¿Y por qué no?, a lo mejor mejoro -; ¿No?, pero muuuchas empujadas por la familia” (Fisioterapeuta, 36 años).*

### **8.2.3.2 “Creo que soy demasiado joven para que me pase”**

Generación

En contraposición al discurso hegemónico que defiende que la IU es natural en las mujeres, aparece un discurso residual entre las más jóvenes del grupo, quienes consideran que la IU no es normal y que debe tratarse para poder recuperar la salud. Aunque todas las mujeres de los grupos de discusión mantienen una actitud de queja frente a la poca información y atención que han recibido por parte de los servicios de salud, en general las más mayores lo han aceptado y se han resignado, en cambio las más jóvenes quieren resolver su problema.

*“Creo que todavía soy joven y no sé lo que me va a pasar con sesenta años. Yo ahora tengo casi cuarenta, pero dentro de nada voy a tener...y estaré como mi madre que va por las calles por las esquinas que se orina y lo pasa muy mal en la calle, que la veo, y que la oigo quejarse y con vosotras [...] porque al final es algo que te pasa, es algo que sucede, y lo pasas muy mal, y creo que es algo que la sociedad en general no se ha*

*preocupado [...] realmente no te empiezas a preocupar de esto hasta que te pasa” (Mar, 39 años).*

*“Porque yo quiero correr, saltar, hacer lo que quiera, ¿No?” (Lila, 44 años).*

Esta idea de que existe un cambio entre generaciones en la actitud que las mujeres tienen, asumir o no asumir la IU como algo inevitable, también lo describen algunas profesionales sanitarias. Son mujeres que están incorporadas al trabajo, que tienen además obligaciones familiares y que necesitan solucionar este problema.

*“Yo creo que las últimas generaciones nuevas que van subiendo hasta los cincuenta yo creo que ya hay una mayor conciencia de la mujer de como que eso no tiene por qué ser así, ¿No?, que hay solución” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“Actualmente estamos viendo a una generación ya, de mujeres mucho más preocupadas, también como es normal, por su calidad de vida, y entonces asumen que eso, que esa incomodidad, o esa patología de la incontinencia de orina no la tienen que asumir como normal, que eso ya no es normal, es decir, que hay soluciones (Ginecólogo 58 años).*

*“Las mujeres jóvenes se quejan mucho, lo ven como un drama, es verdad, que para tener relaciones sexuales, para la vida normal, y la mujer está incorporada al trabajo, es un drama, el tener escapes y el oler, porque aquí no solamente es el escape, es el olor” (Rehabilitadora, 47 años).*

Por último, algunas de las mujeres más mayores que finalmente han solicitado ayuda formal para solucionar la IU, no lo han hecho hasta tener tiempo para ellas, cuando al fin han encontrado tiempo para ellas mismas, que suele ser después de la jubilación, es decir, cuando la patología ya está muy avanzada y cronificada.

*“¿Yo?, cuando dejé de trabajar, que ya tenía más tiempo (sonríe), por eso y porque la cosa iba en aumento, claro, te condiciona mucho la vida, porque cuando cojo un constipado con tos de un mes o dos, que cada vez es más fuerte, y no puedes salir de casa... y me decidí a ir” (Bea, 70 años).*

Algunas mujeres más mayores que sí reconocen la IU como un problema que requiere solución y que al estar jubiladas sí que podrían buscar ayuda formal, no lo hacen por no encontrar el tiempo al estar ejerciendo el rol de abuela-cuidadora.

#### **8.2.4. Estrategias**

He recogido en este apartado las estrategias más comunes entre las mujeres con IU. Algunas de las mismas tienen un componente menos formal y otras tienen que ver con acciones emprendidas de carácter más formal. Las he agrupado en cinco códigos: el uso de las compresas, limitar las actividades sociales, vivir alrededor de un baño, preferencias de tratamiento y adherencia al tratamiento de fisioterapia.

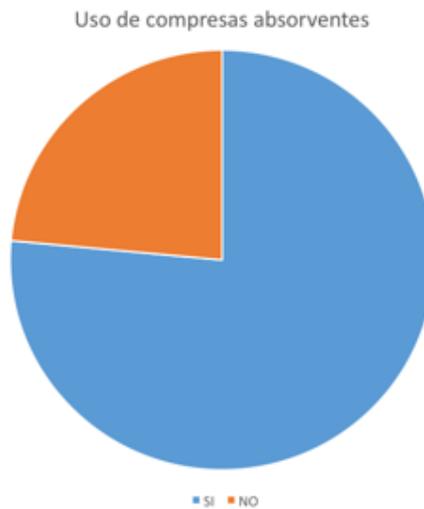
A pesar del sufrimiento y las limitaciones que ocasiona la IU no se reconoce el problema, y muchas de las estrategias que utilizan las mujeres no la solucionan, mientras que medidas de carácter formal llegan muy tarde.

##### ***8.2.4.1. “Yo por regla general siempre me pongo un salva slip”***

Uso de compresas

Como primera medida para manejar los escapes de orina en la vida diaria, la mayoría de mujeres participantes en los grupos de discusión ha optado por el uso de compresas absorbentes como medida paliativa tal como refleja en la Figura 9.

FIGURA 9. USO DE COMPRESAS PARA LA IU



El uso de las compresas entre las mujeres es un hábito que se inicia con la primera menstruación, a veces alternado con el uso de otros productos como son los tampones y recientemente la copa menstrual. Como es un producto de higiene común para las mujeres, cuando aparecen los primeros síntomas de IU, muchas mujeres toman la iniciativa de usar las propias compresas para la menstruación para evitar mojarse la ropa. Cuando el tipo de IU es de aparición paulatina, como es el caso de la IU de esfuerzo, un salva slip es suficiente; a medida que aumenta la cantidad de orina, o en caso de la IU de urgencia se usan otras compresas más absorbentes y de mayor tamaño que se encuentran muy fácilmente en el mismo estante del supermercado que las otras.

A pesar del uso extendido y rutinario de las compresas, muchas mujeres no se sienten bien y no lo consideran como la solución para la IU; más bien, lo han convertido en un automatismo para salir al paso hasta que el problema es más grave y necesitan tomar otras medidas. También opinan que el uso de absorbentes favorece la ocultación del problema.

*“Yo creo que también vamos tapando, por ejemplo lo de las compresas; yo soy nada partidaria de las Tena Lady, porque me he puesto varios años [...] Considero que esto,*

*tapamos, hasta que pesa y ya tienes que hacer medidas más drásticas, pero vamos tapando, nosotras mismas queremos olvidar el tema y como es una cosa o que no le pasa a nadie, o que nos pasa a todas, muchas veces ni lo hablas” (Flor 46 años).*

En otras ocasiones, el uso de las compresas se considera necesario entre las propias mujeres porque los escapes de orina son tan grandes que les imposibilita salir a la calle o para poder seguir participando de una vida social. Sin embargo, a veces confunden el tratamiento preventivo, con el tratamiento paliativo.

*“Yo por regla general cuando salgo de casa siempre, si salgo a algún sitio en concreto, o al salir de cena por la noche, o al salir de viaje, siempre me pongo mi salva slip, salva slip bueno, no uno baratito que se te caen por el camino, que te vaya bien preparado para prevenir. Y esa pequeña gotita que se te cae inconscientemente, pues ya la previenes con esto” (Paz, 60 años).*

*“Reconozco que para las personas que se les escapa mucha cantidad es importante, no puedes ir por la calle haciéndote pis, como a mí me pasó que me salió por los calcetines” (Paz, 60 años).*

El uso de compresas no es inocuo, pero algunas veces es la única pauta que reciben del personal sanitario.

*“Suelen tener muchos hongos porque claro, tienen irritación, eritemas vulvares, debido a las compresas que se colocan [...] Porque piensa que tener una cosa ahí que te reseca, que te está molestando y encima te está goteando, que estás húmeda, que... ¿sabes?” (Enfermera, 62 años).*

*“Incluso muchos médicos recetan como única solución, pues eso, medidas como pañales absorbentes... como única solución” (Fisioterapeuta, 34 años).*

#### **8.2.4.2. “La vida social queda totalmente yugulada y exterminada”**

Limitar la vida social

Todos los aspectos de la vida social de las mujeres con IU se ven alterados en mayor o menor medida. Dependiendo del tipo de IU y de la severidad de la misma, en algunas ocasiones es relativamente fácil poder seguir adelante con todas las actividades laborales, familiares, de ocio, deportivas y afectivo-sexuales. Sin embargo, en ocasiones la IU es limitante de algunas de estas actividades.

*“Te acobarda para todo, no te atreves a moverte, no te atreves a hacer [...]. A mi me gusta muchísimo bailar, pero sé que cuanto hago dos saltos estoy chorreando, pues ya me acobardo, ya no lo hago” (Laia, 75 años).*

*“Yo solo bailando o...bailando (sonríe), por eso dejé de hacer zumba” (Flor, 46 años).*

*“Desde hace tres años o así, tenía mucho cuidado – A ver que no me ría, alerta a no tropezar, ¡Ay no!, no voy a correr” (Ada, 70 años).*

Las mujeres se auto-limitan en sus actividades por miedo a oler o ensuciar si tienen escapes de orina.

*“La vida social queda totalmente yugulada y exterminada, la vida familiar muy limitada, es terrorífico, o sea, esto no está afectando a una mujer porque se sienta sucia, o porque le incomoda; una incontinencia de orina, te hace que una mujer su vida social desaparezca, no va un restaurant, por no manchar la silla, no va a un cine por no levantar a toda la fila, no va a una reunión del colegio para que no le detecten que está oliendo” (Rehabilitadora, 47 años).*

*“Muchas mujeres con este tipo de incontinencia también tenían problemas a nivel social, y entonces, eran pacientes que te decían que preferían no salir y que ya en la calle les pasara pues una pérdida de orina o una pérdida fecal, pues lo pasaban muy mal, entonces muchas pacientes preferían quedarse en casa. Así que a nivel social, habían perdido bastante” (Fisioterapeuta, 34 años).*

En la esfera sexual también hay una gran afectación y limitación por la mismas razones, el miedo que tienen a tener escapes de orina y al olor.

*“Yo creo que se vive con vergüenza especialmente cuando estás con un hombre. Y lo que intentas es, estar lo más duchada [...] cuando eras más joven te daba igual haber hecho cuatro pipis o cinco pipis, te daba igual, ahora, antes de que te miren tienes que estar duchada casi, casi, ¿Eh?, claro que limita, te da un pudor, oler. Sí.” (Flor, 46 años).*

En opinión del personal sanitario, también es el olor a pipí es una de las causas por las que las mujeres con IU intentan evitar los encuentros sexuales.

*“[...] muchas mujeres que huelen, el olor que tienen..., no pueden tener relaciones también porque se van a orinar encima, y eso te lo comentan” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“La vida social queda [...] la vida familiar muy limitada [...] Y con tu pareja, si ya en la menopausia hay una disminución de la libido, y hay una disminución de la atracción, por parte de los dos, y encima has envejecido y encima cada vez que estés en la cama con alguien, hueles a pis, y hay pipí, pues imagínate” (Rehabilitadora, 47 años).*

Además de limitarte en acciones de la vida diaria, también puede condicionar a alguna mujer en la toma de decisiones, como la de volver a pasar por un embarazo y dar a luz.

*“Es que es muy triste que una mujer no quiera tener más hijos por haber pasado por un parto complicado, por una IU, por lo que sea, no quieran tener más hijos” (Fisioterapeuta, 43 años).*

#### **8.2.4.3. “Tengo una guía de baños públicos de Palma”**

Vivir alrededor de un baño

Una de las estrategias que utilizan las mujeres con IU, sobretodo aquellas que tienen urgencia miccional, es construir su vida alrededor de un baño para evitar episodios de escapes en medio de la calle. Antes de salir, recorren mentalmente la ruta que van a llevar a cabo para que sea la más adecuada en cuanto a baños públicos.

*“Yo ya sé todos los baños públicos que hay en Palma [...] en el Corte Inglés... ya me sé muchos sitios buenos que puedes entrar” (Paz, 60 años).*

*“Voy a caminar, si tengo pipí me paro en un bar y sigo, es que sino, hago la caminata más corta” (Flor, 46 años).*

*“A veces si he tenido muchas ganas, lo que he hecho es entrar en un bar, no he tomado nada y he dejado un euro encima de la barra, pero claro, el problema es que no sabes si tienes que ir” (Violeta, 70 años).*

Sin embargo, la reorganización de la vida como consecuencia de la IU, hace que las mujeres dejen parte de su vida social.

*“Y llega un momento que ellas si tienen que salir a lo mejor a caminar con sus amigas pues depende a dónde vayan, si no hay baño ya no van; o si tienen que ir a una comida con las amigas, depende de dónde vayan ya no van si no pueden... ellas hacen como que reorganizan su vida en torno a un wáter, ¿No?, ellas siempre tienen que tener un baño a su disposición” (Fisioterapeuta, 38 años).*

Otra regla de oro es orinar antes de salir de casa, estrategia que es fomentada a veces por el personal sanitario.

*“Yo no soy capaz de salir de casa un minuto antes sin haber ido al baño, porque, luego voy a la calle” (Laia, 75 años).*

*“La última vez que fui al ginecólogo, hace nada, quince días, veinte aproximadamente, el ginecólogo me dijo y la ayudanta, la ayudanta, yo lo que digo es que yo lo que hago cuando salgo de casa es ir al baño antes para hacer pipí, antes de irme por si acaso. Dice (el ginecólogo), - eso esta muy bien es importante”. (Paz, 60 años).*

La incorrecta modificación de los hábitos miccionales, como adelantar el momento de hacer pipí, pueden ser una de las razones por las que la IU empeore. Una de las fisioterapeutas explica cómo esta modificación es justamente una de los síntomas

objetivables de un problema de IU, por lo que no se puede alentar a las mujeres a que lo pongan al uso.

*“¡Madre mía!, eh...es que no sé por donde empezar... eh. No se puede orinar para evitar pérdidas. Cuando tu le das una lista de preguntas (a la paciente), de cuestiones que tienes que hacer para saber si tienes problemas de suelo pélvico, una de ellas es ¿Orinas para evitar pérdidas?, ¿Orinas antes de salir de casa para no tener que ir a otros sitios? Si tu orinas antes de salir de casa para no orinar en otro sitio es que tienes un problema de suelo pélvico” (Fisioterapeuta, 41 años).*

En el trabajo también tienen que adoptar medidas, como ir al baño cada rato para evitar escapes de orina.

*“A nivel laboral ellas lo tenían muy controlado. Ellas me decían pues que tenían que ir al baño, a veces para prevenir, a veces iban cada media hora” (Fisioterapeuta, 34 años).*

#### **8.2.4.4.” Las mujeres se lo cargan todo a las espaldas, no tienen tiempo para cuidarse”**

Adherencia al tratamiento fisioterápico

El tratamiento conservador fisioterápico requiere de cierta constancia y disciplina para conseguir logros. En las entrevistas han aparecido diferencias entre la adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres. La primera diferencia significativa es que mientras los hombres están de baja a lo largo del tratamiento por IU, las mujeres en su mayoría siguen incorporadas al trabajo.

*“Los hombres como el 99,9 % están de baja [...] las mujeres que yo trato siguen trabajando” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“La mujer nunca piensa en ella, la mujer en el momento que está teniendo una incontinencia de orina, o que tiene un prolapso o un bulto, está pensando en resolver el problema, y quiere una solución rápida [...] no quiere faltar al trabajo, no quiere una baja larga porque cuida a su madre, no quiere una baja larga ni tener que venir a rehabilitación tres meses porque tiene que cuidar y atender a sus hijos, porque cree que*

*ella es imprescindible y se echa todo a las espaldas. Entonces un hombre buscará igual el mejor tratamiento, no le importaría una baja larga, no le importaría tener que venir a rehabilitación, pero la mujer no tiene tiempo para ella, y siempre piensa en ella la última” (Rehabilitadora, 47 años).*

*“Pues no lo sé porqué o no lo sé o sí lo sé porqué esto también pasa en el grupo de postparto y yo creo que en el grupo de postparto deberían estar más motivadas pero algo que decimos es que nunca tienen tiempo para ellas, nunca tienen tiempo para ellas, incluso después de haber parido que debería ser un momento muy y claro, si no tienen tiempo para ellas y como van a dejar de hacer.. yo que sé, compra o lo que están haciendo, para venir a solucionar algo para ellas.. crearse un espacio suyo solamente y algo van a tener que dejar algo que es familiar o no sé, yo creo que sería más así” (Comadrona, 58 años).*

En consecuencia de esta diferencia entre bajas entre hombres y mujeres, existe una dificultad entre las mujeres para encontrar tiempo para sus cuidados entre los que se encuentra acudir a un tratamiento periódicamente.

La segunda diferencia significativa, por lo tanto, que señalan tanto fisioterapeutas, comadronas y rehabilitadoras es que los hombres se adhieren mucho mejor que las mujeres; y que la falta de adherencia de las mujeres es a causa de las cargas familiares y roles que desempeñan. Aparecen reflexiones sobre la falta de reparto equitativo de las tareas domésticas con los hombres y de la falta de autoestima.

*“Y luego los hombres, eh, generalizar siempre es malo, ¿Vale?, en todos los aspectos de la vida, pero voy a generalizar, los hombres son mucho más básicos en esto y ya se pueden caer las torres gemelas que si ellos tienen que hacer algo, sea lo que sea, que se pare el mundo, que ellos lo van a hacer” (Fisioterapeuta, 41 años).*

*“La mujer se adhiere, lo que pasa es que llevan muchas cosas encima... porque hay hijos, hay trabajo, hay tareas del hogar, que, a día de hoy se reparten poco al 50% (ríe)... hay muchísima mejor adherencia en el hombre... bueno, los señores normalmente es perfil de cincuenta para arriba, eh, raro es que ayuden en las tareas de la casa en estas generaciones, así que tiene tiempo para ellos” (Fisioterapeuta, 36 años).*

*“La mujer en ese sentido, toda la mujer que se ha incorporado al mundo laboral sigue teniendo la misma carga familiar (risas). Nos han engañado ahí a las mujeres ¿No? Sí, es verdad, la falta de tiempo para una misma de la mujer en el día de hoy es tremenda. Sobre todo la mamá trabajadora, está olvidada, incluso a lo mejor la ama de casa cuidadora de sus nietos y cuidadora de sus padres mayores y del marido, ¿Vale?, el rol de cuidadora eterna de todo el entorno hace que a veces la mujer no tenga tiempo para cuidarse o para valorar a sí misma” (Rehabilitadora, 42 años).*

Este discurso sobre la falta de tiempo de las mujeres para adherirse al tratamiento que está tan claro entre el personal sanitario, está más difuminado entre las mujeres, aunque sí que lo reconocen.

*“Yo creo que le dedicas mucho más a los demás que a ti misma” (Paz, 60 años).*

Cuando se les pregunta sobre cómo tienen repartidas las tareas domésticas para averiguar el tiempo que pueden dedicarse a sí mismas y a sus cuidados emerge una discusión sobre la corresponsabilidad en diferentes épocas. Se señala que es una suerte tener un marido que “ayude” en las tareas domésticas y otras se consideran culpables de haber reproducido roles tradicionales.

*“-Gala (65 años): en casa limpiamos tanto mi marido como yo, tengo un marido que es un amor [...] que no tiene ningún problema de ponerse el delantal y pasar la aspiradora, limpiar...*

*-Jana (58 años) ¡Qué suerte tienes! (muy alto).*

*-Paz (60 años): ¡Qué suerte tienes hija mía!*

*-Gala (65 años): tengo una gran suerte, tengo una gran suerte.*

*-Paz (60 años): pues dime cual es el sistema...*

*-Jana (58 años): es otra época.*

*-Duna (64 años): es lo normal, eso, lo que no veo normal es que no ayuden.*

*-Jana (58 años): es que ahora los jóvenes sí que lo hacen, pero antes en nuestra época no, siempre lo ha hecho la mujer.*

*-Flor (46 años): seguro que tienen una señora de la limpieza, fijo.*

-Gala (65 años): *limpian si tienen que limpiar, pues si tienen una mujer al lado que no se lo limpia y lo necesitan, pues lo tendrá que limpiar él.*

-Marta (69 años): *la culpa es nuestra, pero, la culpa es nuestra de así como los hemos educado. Si de pequeñitos, ya hiciésemos el mismo nivel de chico a chica, sino hiciéramos ya esta diferencia, ya no tendríamos estos problemas que tenemos hoy [...] yo lo hecho mal, ¿Eh? debo decir que lo he hecho mal [...] pero veo el error ahora, ¡Lo veo!.*

-Paz (60 años): *pero perdona una cosita, en casa, yo he intentado que mis hijos hagan el trabajo y aprendan a hacer las cosas igualmente, a los dos, pero su hijo ha visto a su padre que no ha dado palo al agua...". (Grupo de Discusión 2).*

Entre las mujeres de los grupo de discusión, hay algunas que están dedicadas al cuidado de sus nietos/as mientras para que sus hijas puedan ir a trabajar. En ocasiones vienen con los bebés dormidos en los cochecitos al grupo del *Casal de les Dones*, y cuando se despiertan de la siesta abandonan la clase.

*“Ada (70 años): Pero ahora mismo no tengo tiempo y además no quiero preguntar nada. Porque sé que estoy cogiendo peso, es un niño que pesa una tonelada... es enorme, [...] No duerme, come como un trabuco, es enorme y no para, es muy nervioso, muy activo... te agota, te agota... Cuando se pase esto pensaré un poco más en mí... no sé como explicarlo.*

*Iris (71 años): las abuelas tenemos esto” (Grupo de Discusión 1).*

#### **8.2.4.5. “Yo le dije que no, que no me operaba”**

##### Preferencias de tratamiento

El tratamiento para la IU abarca desde medidas conservadoras, como el tratamiento rehabilitador o fisioterápico, hasta tratamientos invasivos, como son las intervenciones quirúrgicas. En los grupos de discusión aparecen diferentes opiniones y preferencias respecto a los tratamientos. La gran mayoría prefiere tratamientos conservadores y descarta la cirugía. El conocimiento que tienen o falta del mismo acerca del abanico de posibilidades terapéuticas, hace que se decidan o no a buscar soluciones formales, desanimándolas en ciertas ocasiones si consideran que solamente les van a dar una opción con la que no están desacuerdo.

*“Y luego fui al especialista y dijo de ponerme la rejillita esa, le dije que no, que no me operaba, que ya estoy harta de pasar por quirófanos, entonces me dio este medicamento” (Duna, 64 años).*

Algunas mujeres consideran que el trato que deberían recibir por parte del personal sanitario no es suficientemente personalizado, que a todas y todos se les hace pasar por el mismo rasero que muchas veces es la intervención quirúrgica.

*“Sí, pero lo que pasa es que, a mi me chirría cuando la mayoría de las veces vas al profesional y lo primero que te dicen es operación [...] bueno, creo que hay un alto porcentaje de operaciones, bueno, igual que pasa con las cesáreas, y que pasa con todo [...] Porque no todas las mujeres ni los hombres somos iguales y yo creo que parten de un mismo estilo [...] entonces yo que creo que sí que es algo que merece el tiempo, y que un profesional diga, intenta antes de llegar a la operación, que la operación es irreversible, el hacer una serie de pautas” (Mar, 39 años).*

Algún profesional sanitario apunta a que algunas mujeres expresan sus preferencias, algunas veces tienen preferencias más conservadoras y otras más medicalizadas.

*“Ya directamente vienen - A mí me han dicho que tengo que venir aquí, pero yo realmente no me quiero operar, yo quiero ir a rehabilitación –” (Ginecóloga, 42 años).*

*“Bueno, es que también depende del tipo de paciente, hay pacientes que son muy dados a las intervenciones, y hay pacientes que son muy conservadores y prefieren llevar un pesario y no operarse, y hay pacientes muy mayores que prefieren operarse, y hay pacientes que no” (Enfermera, 62 años).*

Para resumir este apartado y a modo de conclusión, quiero destacar que el conjunto de estrategias que tienen las mujeres no son neutras, sino que tienen consecuencias. El uso de compresas, modificar la vida social y/o laboral, tener siempre en cuenta la localización de los lavabos y la falta de adherencia al tratamiento conservador son estrategias, todas ellas, limitantes para las mujeres, poco empoderadoras. En vez de

devolverles la autonomía y el bienestar, siguen arrastrando el problema de la IU con todo el sufrimiento que lo acompaña.

### **8.3. PROFESIONALES DE LA SALUD**

En este tercer apartado de los resultados expongo los discursos del personal sanitario respecto a los conocimientos, actitudes y estrategias que tienen acerca de la IU de las mujeres y cómo los estereotipos de género del sistema sanitario y las personas que forman parte del mismo las ha invisibilizado, inferiorizado y controlado. He organizado este bloque de resultados en cuatro categorías, las tres primeras que hacen referencia a lo citado anteriormente; mujeres con IU invisibles, inferiores y controladas; y una categoría que en oposición al discurso dominante, visibiliza a este problema y es favorable al tratamiento fisioterápico.

#### **8.3.1. Las mujeres con incontinencia urinaria invisibilizadas**

Los conocimientos, o la ausencia de los mismos, que cada profesional tiene acerca de la IU y de sus posibles abordajes están condicionados a la formación académica recibida. Las disfunciones del suelo pélvico, entre ellas la IU, han sido omitidas en muchos planes de estudios de medicina general, enfermería, enfermería ginecológica y obstétrica y fisioterapia. Sino hay conocimiento sobre la IU de las mujeres y su mejor abordaje, no existen para el sistema sanitario, son invisibles.

##### ***8.3.1.1. “No sabían ni donde estaba colocado el suelo pélvico”***

Formación

La incorporación de algunos servicios específicos en los hospitales públicos para tratar las disfunciones del suelo pélvico, como algunos tipos de IU, se han ido creando sin tener en cuenta la formación específica por parte de todas las personas integrantes. Algunas personas han tomado la iniciativa de formarse por su cuenta y otras han podido trasladarse a otros hospitales para recibir entrenamiento. La falta de conocimiento e

interés ha generado ciertas resistencias en los inicios que ya se han desarrollado en el apartado dirigido al contexto.

*“El médico no sabe lo que hacemos, porque un paciente que ya ha tenido... ya ha avisado a otros y el médico le decía - Bah, bah, espera, para lo que hacen ellos (fisioterapeutas) [...] No, no saben lo que hacemos [...] se les intentó explicar lo que hacíamos pero ellos a los diez minutos se levantaron, se fueron, que no teníamos nosotros que enseñarles nada (Fisioterapeuta, 38 años).*

Aquellas especialidades que se supone que están más preparadas a tratar la IU, ginecología y urología, no siempre están dotadas de la misma formación ya que depende del hospital donde se realiza la residencia.

*“No hay ninguna rotación específica, sí que es verdad que dentro de la rotación de ginecología es donde está incluido la parte de suelo pélvico, claro, depende del hospital donde tú haces tu, tu residencia [...] bueno, también luego también depende del jefe de ginecología si realmente está más o menos interesado en lo que es el suelo pélvico, o haces más o haces menos, de donde yo vengo se hacía poco” (Ginecóloga, 42 años).*

En el caso de la especialidad de rehabilitación ocurre lo mismo, tampoco existe una formación específica en el abordaje sino que depende de dónde se forme cada profesional.

*“Los otros dos rehabilitadores anteriores que habíamos tenido no sabían ni donde estaba colocado el suelo pélvico” (Fisioterapeuta, 41 años).*

*“Yo en Valencia... en el hospital que era el más importante de Valencia en el año... sería en del año 2000 al 2004, no había ni una formación ni se oía la rehabilitación prácticamente nada de lo que era la incontinencia. La formación son cuatro años, es el MIR, y ahí te formas pues en todo, desde niños, de neuro, linfedemas, prótesis, ortesis... bueno todas las capas de rehabilitación menos, yo creo que faltaba únicamente en suelo pélvico”. (Rehabilitadora, 42 años).*

Las comadronas también expresan una formación específica escasa en relación al abordaje de las disfunciones del suelo pélvico; una situación, que parece ser más patente en promociones antiguas.

*“[...] nos dieron las pautas, para mirar exactamente el suelo perineal cómo estaba... pero yo tuve la sensación de que eso como no lo pongas en práctica luego claro, yo vengo aquí y aún me falta mucha práctica, las matronas estamos cojas” (Comadrona, 57 años).*

La fisioterapia tampoco ha contemplado dentro de su formación la especialidad de uroginecología hasta hace muy poco, por lo que aquellas personas que se interesaron en la misma han tenido que formarse a través de posgrados. Este tipo de formación es oficial, en ocasiones en forma de máster, pero no está reconocida.

*“El problema que yo veo, es que la fisioterapia no nos reconocen las especialidades como tales, yo creo que ese es uno de los fallos. Nadie del hospital me ha pagado nunca la formación, la formación me la he pagado yo, absolutamente toda, y no he recibido ningún tipo de contraprestación económica ni en días, porque tenemos los días de formación que tiene todo el personal que son cinco días al año y punto pelota [...] la formación que hace falta para ser especialista en SP es una formación que a parte de ser muy cara es larga, porque no es hacer un cursillo de fin de semana” (Fisioterapeuta, 41 años).*

Al problema del desconocimiento y la falta de formación específica que se reconoce en todas las especialidades que están más ligadas a la IU se le debe añadir que en atención primaria también falta formación específica para poder atender y derivar a las mujeres con IU.

*“¿Médicos de primaria? [...] es un tema que no interesa a la clase médica en general, es un tema que más que no les interesa, es que no les gusta, ¿Sabes?. Es muy desagradable el suelo pélvico. Yo creo que a mi me vienen los pacientes con Dodot, pero con Dodot Dodot, porque llevan un Dodot para su IU de adulto [...] un Dodot de la talla cinco (pausa) imagínate lo que es llevar eso ahí (marca con las manos un tamaño muy grande), porque*

*nadie les ha dicho nada [...] luego los médicos del centro de salud, a lo mejor dan esto, para la incontinencia” (Fisioterapeuta, 41 años).*

*“¿Por qué no preguntan los profesionales sobre este tema?, porque a veces el desconocimiento de que hay un tratamiento y que se puede abordar, ¿No?. Yo creo que es desconocimiento, quiero decir, es un problema que como no es importante, o como no se aborda como importante , entonces no encuentran la necesidad de saber más sobre aquel tema, ¿No?” (Enfermera, 42 años).*

No solamente la falta de formación biomédica está patente en los discurso del personal, también se hace patente el gran silencio existente en lo referido al abordaje o estudio de la IU con perspectiva de género.

### **8.3.1.2 “Sorprende la ignorancia que hay de lo que hacemos”**

Desconocimiento de la fisioterapia

Una de las preguntas de las entrevistas al personal sanitario estaba dirigida a explorar el conocimiento que tienen acerca del tratamiento fisioterápico. Todas las personas fisioterapeutas coinciden en que esta especialidad es muy desconocida por parte de las demás especialidades.

*“El suelo pélvico...es una entidad, digamos es una patología bastante desconocida, por parte incluso de los propios rehabilitadores, por parte incluso de los propios fisioterapeutas, y apurando incluso por parte de la mayor parte de los médicos y de todas las especialidades, incluso los propios especialistas de urología, ginecología, coloproctología, conocen muy bien la parte quirúrgica, pero la parte funcional y el abordaje que puede tener un fisioterapeuta, un rehabilitador a nivel de conocimiento muscular y estructuras, pues ellos lo obviaban bastante” (Rehabilitadora, 47 años).*

El ideario social del fisioterapeuta como el eterno masajista desdibuja cuáles son en realidad sus competencias y el alcance de las mismas en todas las áreas y especialidades, entre ellas, la uroginecología, que al haberse incorporado relativamente hace poco, es muy desconocida.

*“Es que en fisioterapia, los tratamientos fisioterapéuticos que llevamos a cabo, técnicas, no tienen ni idea, no saben cómo trabajamos el suelo pélvico, muchos se creerán que sólo trabajamos con masaje, y nada más lejos de la realidad, ¡Dios mío!” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“La gente todavía, ahora no tanto, incluso los médicos compañeros no entendían muy bien la figura del médico rehabilitador. Incluso a un fisioterapeuta se le ha relacionado siempre con un señor que es entre masajista, quiropráctico y casi si me apuras medicina un poco sobrenatural y que había que ir en chándal, para que te moviera. O sea, la gente no ha asumido nunca ni lo que era un rehabilitador ni un fisioterapeuta. Al rehabilitador es una entelequia, yo creo que es todavía como que es el médico con una bola de cristal allá abajo y el fisioterapeuta es alguien que te recibe en chándal y te atiende en chándal, y nadie relaciona a un fisioterapeuta con suelo pélvico, ni con rehabilitación respiratoria, ni linfedema, no” (Rehabilitadora, 47 años).*

En los hospitales que se han implementado unidades de suelo pélvico para el tratamiento fisioterápico, el propio personal de las mismas ha ido a promocionar y explicar cuales eran sus funciones a otros servicios implicados en el tratamiento de la IU. A veces se han generado buenas sinergias, pero otras se ha desacreditado el trabajo de las fisioterapeutas y de las rehabilitadoras.

*“Un jefe, también de ginecología, nuevo, aparentemente iban a revolucionar todo porque era un alemán de prestigio y que le interesaba mucho el tratamiento de suelo pélvico, y cuando el rehabilitador y yo fuimos a hablar con él le explicamos todo lo que hacíamos y entonces me dijo – Bah, pues para esta tontería que haces se la enseñas a mi auxiliar y ya lo hace ella -. Entonces para mí eso resume mucho lo que piensan, tanto de nuestro trabajo como de la IU” (Fisioterapeuta, 38 años).*

### **8.3.2. Las mujeres con incontinencia urinaria inferiorizadas**

Así como no hay dos mujeres que puedan expresar las experiencias y sentimientos respecto a la IU de una única manera, en el caso de las actitudes respecto a las mujeres

con IU también son muy diversas. En esta categoría he agrupado tres códigos o actitudes del personal sanitario; las dos primeras inferiorizan los síntomas relatados por las mujeres con IU y a ellas mismas a través de la naturalización y la discriminación; el tercer código agrupa actitudes proactivas y de preocupación hacia las mujeres con IU.

### **8.3.2.1. "Ya se te pasará, esto es normal"**

Naturalización de la IU por parte del personal sanitario.

En el bloque dedicado a la naturalización de la IU por parte de las mujeres ya se han descrito algunas de las razones por las que ellas han naturalizado este problema, casi siempre ligadas a la creencia de que el envejecimiento y los partos son los causantes de algo inevitable. Esta construcción del imaginario de las mujeres respecto a la IU, además está reforzada por el propio imaginario del personal sanitario y de la sociedad en su conjunto. Una de las enfermeras entrevistadas lo refleja de esta manera.

*"Y los médicos les cuesta más preguntarlo, es decir, si la persona no hace la demanda sobre este problema, creo que no hay una, una...valoración específica, no se pregunta por este tema si la persona no lo manifiesta. Realmente es un problema silente, oculto, creo que los profesionales tenemos un problema grave de que no lo tenemos en cuenta que existe, que lo tenemos muy normalizado, es decir..."(Enfermera, 42 años).*

Aquellos profesionales de la salud que consideran normal la IU en las mujeres, refuerzan y legitiman este mensaje que forma parte del ideario social, quitando importancia a las quejas de ellas y emitiendo por el contrario, otros mensajes erróneos, como que la IU es transitoria y que ya desaparecerá, por lo que no es necesario intervenir ni prevenir.

*"Está como muy asumido en la sociedad que la IU es un síntoma de la mujer, no un síntoma de patología" (Fisioterapeuta, 41 años).*

*"Hay ginecólogos que piensan que la IU es un problema de la mujer normal, porque es una degeneración nuestra, es la evolución normal la IU en la mujer [...] se lo dice el propio*

*ginecólogo - Ya se te pasará, esto es normal -esta frase la utilizan para todo (fisioterapeuta 38 años).*

*“...no, no, no, no, que va, en absoluto, no, no y incluso dentro de los propios especialistas te diría, eh, quiero decir que...ahora no tanto, los urólogos de ahora no, pero a mi me ha pasado tener una señora, ir a urología y volver diciendo que el urólogo le había dicho de que esto es normal [silencio] ¿vale? ¡el urólogo! ¡tiene narices!, ¿no?, y esto me ha pasado hace un año, quiero decir...bueno, que es lo que hay” (Enfermera, 42 años).*

### **8.3.2.2. “No me tienes que llenar el servicio de mujeres que se mean”**

#### Discriminación

Uno de los temas que han emergido con bastante fuerza en los discursos es la discriminación que las mujeres con IU sufren. Ya se ha relacionado en apartados anteriores la IU con un proceso de tabuización, de silenciación y de ocultación. Algunas de las causas que facilitan este proceso son la vergüenza que acompaña a la IU, el miedo que tienen las mujeres a ser rechazadas y a sufrir una discriminación social por el hecho de ser incontinentes. La IU es desagradable y escatológica, por eso es difícil de compartir en comparación a otras enfermedades que también están estigmatizadas socialmente.

*“Porque es muy escatológico, porque es más fácil que sentado en una mesa... alguien te diga que tiene un cáncer, o que tiene un VIH, es más fácil que alguien te lo diga, a que alguien te diga, que mientras está hablando contigo se le está escurriendo el pipí o la caca, o que lleva un pañal, es más fácil [...] genera menos vergüenza y menos [...] que produce casi menos rechazo. Tienes ahí una persona que sabes que está ahí todo el día haciéndose caca, pis....da mas vergüenza a la propia persona, es como más vejatorio” (Rehabilitadora, 47 años).*

En la práctica médica también han aparecido diferentes maneras de discriminación a las mujeres con IU. Por una parte, no se realiza demasiado esfuerzo en diagnosticarlas y a veces las derivan a otros servicios para quitárselas de encima.

*“Creo que no hay esfuerzo en diagnosticarlas, creo que los envían por estar cansados de escuchar al paciente - es que sigo perdiendo orina –”.(Fisioterapeuta, 38 años).*

En cuanto al tratamiento escogido por algunas de las personas profesionales de la salud entrevistadas, se ven diferencias entre sexos y entre edad. Existe un trato diferente entre hombres y mujeres en la derivación de urología a rehabilitación-fisioterapia, porque todos los varones intervenidos de próstata que tienen IU son subsidiarios del tratamiento de fisioterapia, mientras que las mujeres va a depender de si el urólogo considera que su edad las excluye o si son pacientes que nunca llegaron desde atención primaria derivadas por medicina familiar, ginecología o urología.

*“Yo lo que mando... yo mando a rehabilitación a la, ehh, a todos que se operan de próstata, que tienen IU de, de esfuerzo [...] lo mandas porque, hasta un año, no es aconsejable hacerle ninguna medida invasora, es decir, tú esperas un año y ves qué pasa, van para rehabilitación; y se ha visto que la rehabilitación puede dar muy buenos resultados; y ya digo, en las mujeres normalmente las mujeres jóvenes, las mujeres jóvenes, ehh, que tu en la exploración ves que tiene unas pérdidas... no tiene una pérdida demasiado... entonces, les puedes ofrecer la rehabilitación, pero yo, como norma, a las jóvenes a rehabilitación [...] las más mayores que tienen atrofia vaginal, no tiene estrógenos, es decir, tienen más factores para decir que la rehabilitación [...] le haga algo, pero no demasiado (risas)” (Urólogo, 38 años).*

Otro tipo de sesgo que discrimina y deja fuera del circuito de derivaciones al tratamiento de fisioterapia para la IU, es el que está dirigido a las mujeres con obesidad o con demasiada pluripatología.

*“Piensa que una señora con una obesidad, depende del perfil, pero una obesidad, abdomen tal, entonces claro, tienes que empezar por ahí, si sabes que no va a poder ser, entonces ya les dices que - señora yo le puedo ayudar, pero le tendré que ayudar en qué tipo se puede comprar de compresas -, pero otras cosas no vas a poder” (Enfermera de primaria, 63 años).*

*“Una mujer de 85 años, plurimeditada, o..., con, que lleva pañales desde hace 20 años y que está en una silla de ruedas, te la mandan a suelo pélvico, y tú piensas - bueno, a ver, um, uff...- ...no es la paciente ideal, es decir, pobre mujer, tiene que llevar el pañal, pero no, no es la paciente que vamos a hacer ninguna intervención, ¿Sabes?, ...es decir, y de éstas no vemos una, vemos unas cuantas, entonces, esto ha de tener freno ya en primaria en plan, a esta paciente no ha de llegar a nada más.”(Ginecóloga, 42 años).*

También es frecuente la actitud de minimizar o inferiorizar la patología y la sintomatología quitando importancia a los síntomas relatados por las mujeres y de vuelta naturalizándolos. Se le da más importancia a otros problemas de salud considerados vitales que a la insignificancia de la IU.

*“Una IU, por ejemplo, a nivel de importancia de abordaje, no debería ser así ni muchos menos, pero a veces como aquellos problemas más vitales, creo que como profesionales de salud, a veces lo tenemos como más (pausa), eeh...integrado que va por delante de lo otro, yo creo” (Enfermera, 42 años).*

La expresión gotita, es utilizada por las mujeres con IU y el personal sanitario, disminuyendo y degradando de nuevo la significancia de la IU. Esa gotita considerada normal después del parto.

*“Una IUE, de alguna gotita [...] sino es una cosa que sea muy exagerada, tampoco te vienen corriendo, o sea, si es alguna gota que dices que se les... tal por los partos” (Comadrona, 57 años).*

En este otro discurso aparece cómo se prioriza en cosas “realmente importantes”, sin abordar la situación social y de género de las mujeres, por lo que además de minimizar la propia IU tampoco se podrá dar explicación a la falta de adherencia - si la hubiese - o a los riesgos asociados que tienen por las cargas familiares o laborales, negándoles una intervención integral.

*“Habitualmente no pregunto por qué no lo han consultado antes ten en cuenta que tenemos poco tiempo para las consultas [...] nosotros somos un hospital con muchísima*

*actividad y claro, quiero decir haces una historia clínica muy dirigida yendo a las cosas importantes... y es así” (Urólogo, 48 años).*

Finalmente, algunas de las personas entrevistadas se muestran críticos/as respecto a la actitud que muestran otra parte del personal sanitario y señalan la falta de sensibilidad, empatía, incluso actitudes de mofa o burla de las mujeres con IU.

*“Yo creo que se empatiza muy poco con la mujer que tiene IU, muy poco, pero todos los profesionales, sinceramente. Nadie se pone en el sitio de una mujer que tiene pérdidas. La que tiene incontinencia, la que tiene dolor pélvico crónico, la que tiene dolores durante las relaciones, - Bah, esto no tiene importancia -. Se ponen muy poco... comparten muy poco de sus sentimientos” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“Los profesionales, yo creo que... hay como mucha mofa aún ¿No? Y realmente cuando conoces el tema, lo palpas, dices: yo no me reíría tanto porque afecta a tantos ámbitos de la vida que... es un problemón” (Fisioterapeuta, 36 años).*

*“Todavía recuerdo cuando alguien de por aquí me dijo – Ahora no me tienes que llenar el servicio de mujeres que se mean –”(Fisioterapeuta, 43 años).*

### **8.3.2.3. “Hay que animar a las mujeres a que acudan a sus centros sanitarios”**

Proactividad hacia el manejo de la IU de las mujeres

En oposición al discurso dominante que infravalora e invisibiliza a las mujeres con IU, aparece un discurso más positivo representado por el personal más especializado en el tratamiento conservador o favorable al mismo, en general están en general más motivados en pro de un tratamiento adecuado para ellas. Algunas de estas personas son las que han impulsado la creación de los servicios específicos como las unidades y gabinetes de suelo pélvico, y que los han promocionado a otras especialidades para darlos a conocer. Cada una de ellas, dentro de su disciplina, mantiene una mirada bastante cercana a las mujeres y tienen el deseo de hacerlas beneficiarias de algún tratamiento.

*“Hay que animar a las mujeres que padezcan este tipo de patología, a que acudan a los centros sanitarios, porque en este momento hay un gran porcentaje de incontinencias de orina y de patologías del suelo de la pelvis que tiene algún abordaje multidisciplinar y que mejoran tanto con rehabilitación como con tratamiento farmacéutico como con tratamiento quirúrgico, y por tanto, hay que animar a que las mujeres asuman que esto no es una cosa grave, pero que sí es una cosa curable” (Ginecólogo, 58 años).*

*“Yo animo a todas las mujeres que pueden contar su experiencia al venir aquí a amigas tuyas, entonces lo cuentan a su vecina, o a su prima, o a su hermana que existe tratamiento o que existe algo para hacer” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“Los fisioterapeutas que trabajan en la unidad están muy bien preparados, son gente muy comprometida con su trabajo, muy comprometida con el paciente, a parte de lo profesional, a nivel humano y a nivel...(Rehabilitadora, 47 años).*

Se considera que la IU es una patología que requiere no solamente de conocimientos sino también de una actitud especial por parte del personal sanitario que la atiende.

*“Es una patología pues muy íntima, escatológica, pues reservada, y claro, se necesita de los conocimientos científicos y del buen saber hacer, un trato muy especial, porque es un tema muy delicado” (Rehabilitadora, 47 años).*

Resumiendo, las actitudes del personal sanitario son heterogéneas y están relacionadas con la formación y el interés que tengan respecto a la IU de las mujeres. Las personas más preparadas son más sensibles y resolutivas frente a la IU, pero también hay personal sanitario desinformado, desinteresado y poco formado que puede considerar la IU natural en las mujeres, inferiorizándolas, invisibilizándolas y excluyéndolas del sistema sanitario.

### **8.3.3. Las mujeres con incontinencia urinaria controladas**

Las mujeres con IU una vez entran en contacto con el sistema sanitario, quedan expuestas al control que se ejerce sobre sus cuerpos; pueden ser escuchadas o ignoradas, pueden ser intervenidas quirúrgicamente o acabar con una receta de compresas. El control lo tiene el personal sanitario y las estrategias que activen respecto al abordaje de la IU.

Estas acciones están estrechamente ligadas a varios de los códigos desarrollados anteriormente: primero al conocimiento que tienen respecto a la misma y a las diferentes posibilidades de tratamiento, por tanto a su propia formación y segundo, a las actitudes que tengan frente a la IU (naturalización, discriminación o proactividad).

A continuación recojo los discursos del personal sanitario y de las mujeres en cuatro códigos que resumen el control que se ejerce sobre ellas a través de: la discriminación cuando no “son operables”, de las intervenciones quirúrgicas y el encarnizamiento médico, de la medicalización de la prevención y el SP como campo de batalla.

#### ***8.3.3.1. “Y entonces él solo dijo -no es operable-”***

Discriminación de las mujeres con IU cuando “no son operables”

En los discursos tanto de las mujeres con IU, como del personal sanitario aparecen sobretodo dos tipos de estrategias terapéuticas, el abordaje quirúrgico y el no quirúrgico, operar o no operar; quedando muchas veces excluidas y fuera del alcance terapéutico, aquellas mujeres no etiquetadas de operables. Sin embargo, el tratamiento no quirúrgico despliega una serie de posibilidades que pasan desde el tratamiento farmacológico a medidas de tipo conservador (educación en hábitos conductuales y higiénico-dietéticos y tratamiento fisioterápico-rehabilitador), que mejoran y curan la sintomatología de la IU en un alto porcentaje.

Emerge un discurso que considera a la IU, por fin, una patología importante, porque ya es operable y son palabras mayores. Para el sistema sanitario ya se convierte en algo visible, aunque las mujeres siguen siendo invisibles.

*“Y entonces él (médico) solo dijo - no es operable - entonces yo ya nunca he ido a pedir nada a ningún médico. Ahora, con la edad y el nene (su nieto al que cuida) y esto que tengo un poco más de molestia, de incordio, por esto, por el esfuerzo, bueno, pienso que dentro de poco no haré esfuerzo y ya no tendré tanto incordio” (Ada, 70 años).*

*“¿Te puedo operar?” Sí, pero si no se necesita operación... pues ahí está, no se necesita... y sufres en silencio (Ríe)” (Elsa, 61 años).*

*“[...] pero por mis síntomas no me parece que tenga una urgencia tan acelerada como para tener que hacerme una operación” (Laia, 75 años).*

*“Parece que si intervienen todo se soluciona” (Fisioterapeuta, 43 años).*

Se repiten muchas veces historias en las que las pacientes no son candidatas a la operación, por ende, no se pueden beneficiar de ningún otro tipo de tratamiento, como si el quirúrgico fuese el único. Entre todo y nada, estas mujeres son aconsejadas por el personal sanitario que utilicen compresas par la IU sin darle mayor importancia.

*“[...] incluso muchos médicos de recetar como única solución, pues eso, medias como pañales absorbentes como única solución en vez de prescribir una fisioterapia, y una rehabilitación, esto también nos lo hemos encontrado (Fisioterapeuta, 34 años).*

*“[...] y luego, de gente más mayor, decirles - Pues habrá que llevar una compresita, no pasa nada -” (Fisioterapeuta, 36 años).*

### **8.3.3.2.” Desde el punto de vista quirúrgico queda mejor...”**

Tratamientos quirúrgicos y encarnizamiento médico.

El abordaje quirúrgico de la IU lo pueden realizar ginecología y urología, dependiendo de qué vía haya seguido la paciente. Hay muchas técnicas tal cómo explican las personas informantes, más de 200 procedimientos diferentes tal como lo describe la literatura.

*“Hay un montón de formas de hacer este tipo de cirugía de hacerla con malla, sin malla y la verdad absoluta no la tiene nadie” (Urólogo, 38 años).*

Detrás de todas las técnicas y productos comerciales para la cirugía, aparece un discurso crítico sobre el interés económico que hay detrás de todos ellos y se cuestiona sobre el bienestar de la paciente.

*“[...] La guerra que había con las mallas tanto para incontinencia como para prolapso, de que puede haber hasta trescientas mallas en el mercado, con distintos grosores, con distintos bordajes, con distintas técnicas, con distintos materiales, casi todas son de poliuretano, de poliuretanos, de mono-poros, de bueno, mono-capa, mono-poro [...] ha sido una guerra de casas comerciales, una guerra económica, que yo creo que ha ido poco hacia el bien del paciente y a la medicina, y mucho hacia la parte económica y a la parte de guerra de mallas de tal, entonces ahí... Ahora se está viendo que antes había cientos, que ya te perdías, pues han desaparecido gran cantidad, y cada vez se están haciendo menos intervenciones con malla, porque las complicaciones de las mallas son terroríficas y quitar una malla es misión imposible” (Rehabilitadora, 47 años).*

Cualquier intervención quirúrgica está ligada a posibles riesgos y complicaciones, que en el caso de las mallas quirúrgicas para las IU son nefastas, aunque en número sean reducidas. Se cuestionan algunas personas entrevistadas hasta que punto las mujeres están completamente informadas antes de tomar la decisión.

*“El tema de suelo pélvico de las mallas famosas [...] es el tema del después, ¿Cómo quito esa malla?, no se puede quitar, se integra en el tejido ni hay forma de que yo que... y no se explican realmente a los pacientes las consecuencias que puede tener, eso es lo que firman porque lo firman el consentimiento informado, pero lo que no sé es si explican, ya veremos en el futuro esas técnicas tan mínimamente invasivas, si realmente tienen el efecto que quieren o no” (Rehabilitadora, 42 años).*

*“Pues complicación al cabo de los años se ven, no una barbaridad de complicaciones, en número, me refiero, pero muchas. Complicaciones como desde obstrucción de la malla, de perforación de la malla, la pones y produce una erosión de recto y produce una*

*perforación de recto, peritonitis, perforación de vejiga, dispareunias brutales, porque las mallas quedan rozando prácticamente la pared posterior de vagina, o anterior y el dolor que tienen las mujeres es horrible, lesiones sobre nervios, neuropatías por lesión nerviosa, infecciones, extrusión [...] Ante una mujer que te viene con una incontinencia de orina o un prolapso, la primera intervención que le haces no tiene que ser con malla, y hace años se ponía malla a la primera de cambio. [...] pero bueno, ahora mismo esto es un popurrí de tema de mallas y de cabestrillos (Rehabilitadora, 47 años).*

Cuando una de las especialidades que hacen un abordaje quirúrgico se encuentran con pacientes que no son candidatas a ser intervenidas, se las deriva a otras especialidades para que valoren otro tipo de intervención, que también cuentan con grandes efectos secundarios, como en el siguiente caso.

*“Si hay alguna, es una persona mayor que pensamos que las mallas no están indicadas porque pueden dar más problemas que beneficios, pues derivamos a, a ginecología para que le haga, que valore una perineorrafia, es decir cerrarle introito” (Urólogo, 38 años).*

Parece de nuevo el factor edad como determinante a la hora de escoger uno u otro abordaje terapéutico. En el caso esta mujer considerada mayor y que no es candidata a la intervención quirúrgica con malla, se opta por cerrar la vagina impidiéndole tener relaciones sexuales con coito o penetración.

Otro de los discursos que emergen entre el personal sanitario reconoce y asume que un porcentaje de las intervenciones de suelo pélvico no van a provocar nuevas intervenciones en el futuro. Las recidivas o recaídas se explican por la propia intervención del suelo pélvico que por una parte intenta resolver una disfunción pero que al mismo tiempo compromete otra.

*“Pero las recidivas de prolapso e incontinencia y aparición de nuevos prolapsos en otros compartimentos... porque claro, tu arreglas un compartimento y generas...sí resuelves, pero generas una tensión y una presión sobre el resto” (Rehabilitadora, 47 años).*

*“[...] para la paciente, porque, ¿Qué le vas a hacer?, ya se sabe que una persona que se opera de una, una patología del suelo pélvico, tiene, eh... 30 % de los, de estos pacientes se vuelven a operar para un problema derivado” (Urólogo, 38 años).*

*“Nos enviaban muchos pacientes cuando había fracasado la cirugía, cuando habían fracasado las medidas más agresivas” (Rehabilitadora, 47 años).*

*“Y lo que teníamos mucho eran gente derivada por fracasos tras intervenciones de suelo pélvico. Había mucho de este tipo de pacientes [...]dentro de urología y dentro de ginecología, estas dos áreas [...] del mismo hospital, había fracasos in extremis y ya las enviaban aquí [...] había muchísimas, pero muchísimas intervenciones que eran reintervenciones, ahora ya es más difícil [...] (Enfermera, 62 años).*

Existe cierto consenso entre profesionales que tienen un abordaje más conservador de la IU, de que a veces la opción de la cirugía es demasiado prematura, sin dejar tiempo a otros tratamientos no invasivos a que hagan su función.

*“Como patología, enseguida piensan en intervenir, esto sí en todas las especialidades, parece que si intervienen todo se soluciona. Y pienso que las mujeres intervenidas son pacientes que pierden los... que se pierden, es decir, que después de operadas, si siguen teniendo pérdidas no vuelven al médico que las ha operado [...] Y claro, ellos interpretan como éxitos que no vuelvan, pero muchas de las mujeres no vuelven por decir - Mira, si me he quedado igual que antes - [...] - ¿Para qué voy a volver al médico si sigo teniendo pérdidas? -” (Fisioterapeuta, 43 años).*

*“Nosotros intentamos partir de lo menos agresivo y de lo menos dañino para el paciente, y cuando hemos tenido las charlas y nos hemos promocionado un poco, claro, les hemos transmitido que nuestras técnicas son muy fisiológicas, no tienen efectos secundarios, son poco agresivas y siempre son reversibles” (Rehabilitadora, 47 años).*

Cuando los tratamientos quirúrgicos no funcionan o quedan secuelas, existe un arrepentimiento por parte de las mujeres ya que han empeorado su calidad de vida. Una

de las rehabilitadoras recuerda algunas de las reflexiones que las mujeres intervenidas quirúrgicamente hacen después.

“Si lo hubiera sabido no me hubiera operado, si hubiera sabido que mi molestia hubiese sido un bulto, un cistocele, un bultito, una sensación de peso, pero lo de después iba a ser dolor diario, o no iba a poder tener relaciones con mi pareja, o tener una incontinencia” (Rehabilitadora, 47 años).

### **8.3.3.3. “La episiotomía es indefendible”**

La medicalización de la prevención

La relación entre el parto y las posibles disfunciones del suelo pélvico, incluida la IU es un tema controvertido. Por una parte se admite cómo factor de riesgo desencadenante de la IU el embarazo y los partos instrumentalizados, pero cuando se afina un poco más el consenso se diluye dando paso a todo tipo de opiniones. Durante mucho tiempo se ha defendido la episiotomía y otras técnicas instrumentales en el parto como métodos preventivos de complicaciones en el parto.

#### **La episiotomía**

Algunos discursos que emergen acerca de la defensa del uso de la episiotomía reconocen que es un tema delicado y que no existe un consenso.

*“[...] lo que pasa es que no hay una evidencia (pausa) científica de que la episiotomía sirva para proteger, eh, o para no proteger, el suelo pélvico [...] no me atrevo porque, ni yo, ni nadie se atreve a decir que la episiotomía perjudique el suelo de la pelvis, pero tampoco hay constancia de que lo, de que lo...de que lo favorezca [...] en determinados momentos podemos pensar que una episiotomía, acelerará, facilitará la última parte del parto, y en otros no [...] eso es un tema que yo no me atrevo a contestar tajantemente”*  
(Ginecólogo, 58 años).

Aunque hay otras profesionales sanitarias que sí son más tajantes con el uso de la episiotomía.

*“Ya está claro que el tema de la episiotomía a todo el mundo, tampoco va bien para nada, ahora se suelen hacer electivas, que son mejor un desgarro que una episiotomía, un desgarro controlado, ah, entonces, pues creo que el tema es complejo” (Ginecóloga, 42 años).*

*“¿Cómo no va a provocar problemas de suelo pélvico la episiotomía?” (Fisioterapeuta, 41 años).*

Una de las informantes se lamenta que se haya utilizado la episiotomía de manera rutinaria con una perspectiva preventiva del desgarro, porque esta práctica ha conllevado secuelas a todas las mujeres que daban a luz durante décadas.

*“Hasta hace pocos años era la episiotomía un cien por cien; la que no se hacía la episiotomía era porque no daba tiempo pero últimamente los porcentajes han bajado bastante [...] pero debería bajar todavía porque la influencia que ha tenido es muy grande y la influencia la estamos padeciendo las mujeres a las que nos cortaron para evitar un desgarro [...] entonces para evitar un desgarro o una incontinencia nos cortaron a todas entonces ahora pues nos hemos dado cuenta que es al revés, algo que era de sentido común no se vio o no se quiso ver entonces. Ahora nos hemos dado cuenta que es al revés, las mujeres que parece que hay más incontinencias desde que, en mujeres con episiotomías que en mujeres con un periné íntegro [...] Es que unas discusiones que teníamos cuando queríamos quitar las episiotomías, bueno, quitar, reducirlas al máximo era que siempre nos decían - evitar los desgarros -; y decíamos, bueno, pero es que es absurdo para evitar que una mujer se desgarre vamos a desgarrarlas todas” (Comadrona, 58 años).*

*“Es que los desgarros grado I y grado II están por debajo de la episiotomía, si tu no le haces la episiotomía, de das la oportunidad a la mamá que se desgarre menos” (Fisioterapeuta, 41 años).*

Las episiotomías, no son un cortecito sin más, el corte lo decide la persona que lo da y por tanto ese corte necesita ser suturado y recuperado, a veces dejando secuelas.

*“El cuerpo se desgarrar solamente lo que necesita pero en una episiotomía no, quien decide el tamaño de lo que corta es la persona que tiene la tijera en la mano, entonces después tenemos que suturar, coser mucosa, músculo y piel; y en un desgarro es muy raro que el músculo se rompa. Entonces esto ya lleva muchos más problemas, muchos más problemas de distensión, de recuperación, de dolor y los prolapsos rectales también” (Comadrona, 58 años).*

### **Otras prácticas instrumentales y de rutina en el parto**

Desde el punto de vista de la ginecología más tradicional, con un enfoque de parto patológico, todavía se argumenta el uso de algunas prácticas rutinarias para el bien del feto, en vez de que sean selectivas.

*“A veces las cosas se hacen bien, pero a veces nos sale mal ¿Sabes?, todavía hay que utilizar la ventosa, el fórceps, que todavía se, se utilizan, aunque en otros países están puestas ahí como en el escaparate [...] ya no existen...” (Urólogo, 38 años).*

*“En el parto no sólo hay que pensar en el suelo de la pelvis, hay que pensar sobre todo en el recién nacido y en el feto que te tiene que salir sano” (Ginecólogo, 58 años).*

Otra de las informantes señala cómo la anestesia epidural puede reducir la sensación del pujo, cómo el uso de los fórceps o la maniobra Kristeller, pueden ser devastadoras para el suelo pélvico.

*“La epidural lo que se consigue es que en la mayoría de veces -aunque digan que no- en la mayoría de veces el pujo está anulado, la mujer no siente necesidad de empujar, cuando viene una contracción le dicen - bueno pues ahora empuja - y ella empuja y empuja con todas sus fuerzas, pero claro, su musculatura no responde como si no llevase una epidural y además este periodo suele alargarse bastante, entonces si encima le añadimos que también está en una posición que la gravedad no le ayuda para nada, pues bueno, es que para mí es importantísimo. Después, en los partos instrumentales, bueno ahora tenemos la suerte que los fórceps no se han prohibido en este estado pero cada vez se están utilizando menos” [...] algunos Kristeller que yo he visto que en algún*

*momento vas a retirar a ésta persona de encima porque no lo puede soportar.. va a salir la criatura, el útero y todo lo que hay allí dentro entonces claro, ver un Kristeller de estos y pensar lo que puede pasar, lo mínimo que puede pasar es que estalle, casi...hay estallidos...” (Comadrona, 58 años)*

### **Intervenciones quirúrgicas de rutina en las mujeres: el caso de la histerectomía**

La histerectomía es una intervención quirúrgica de la que ya se ha hablado en el capítulo de la IU, que se realiza de una manera rutinaria y muchas veces innecesariamente. Para algunos profesionales es una intervención sencilla y que no da más problemas, pero otras personas discrepan en sus discursos.

En los grupos de discusión hay algunas mujeres que relacionan la IU con la histerectomía.

*“Yo por mi experiencia, a los 43 me intervinieron, me hicieron una histerectomía y total, que bueno pasaron años y años y empecé tener un poquito de vez en cuando de incontinencia y me dijeron [...] me acuerdo, - Cuando te hicieron la histerectomía se conoce que te va bajando el suelo pélvico al tener espacio libre – [...] me hizo ver que esto, antes, hace muchos años no lo explicaban, los médicos no lo explicaban, pero parece que tendrían que haber explicado que a partir de entonces tenía que hacer unos ejercicios específicos para evitar esto y tal. Esto es lo que sé como experiencia y yo enseguida que me di cuenta, bueno en seguida no, al cabo de muchos meses, fui a un especialista y me habló de los ejercicios, mejor que de la operación” (Celia, 67 años).*

Algunos profesionales no creen que la histerectomía sea un mayor problema ni tampoco se plantean si puede ser desencadenante de una IU; y que en mujeres de cierta edad que ya no tienen la función reproductiva, todo son ventajas.

*“Sí, pero si es un prolapso... ¡Hay tantas opiniones!, que no hay que quitar el útero, que hay que quitar el útero; yo desde mi punto de vista, yo quito el útero, yo hago la histerectomía supra-cervical; porque, solemos hacerlo, no hemos tenido ninguna complicación, no tenemos ningún problema, y sabemos que, desde el punto de vista*

*quirúrgica queda mejor, obviamente a una persona que no le sirva para nada, ah, eh, una persona de treinta años...no hace falta quitarles el útero, eh, obviamente, eh, pero a una persona de 65 años, que no le sirve para, sólo para darle problemas es... desde el punto de vista quirúrgico queda mejor...(Urólogo, 38 años).*

*“En mi opinión no tiene porque ser un factor predisponente ni acelerarte de la aparición de la incontinencia [...] otra cosa es que tengas un defecto anatómico del útero, que sea, que esté prolapsado; en ese caso la solución es la histerectomía, lo que ocurre es que si no eres precavido y antes estudias que no haya alguna incontinencia de orina asociada, si no la diagnosticas previamente, a veces [...] el propio descenso del útero oculta incontinencias que al quitar el útero sí que aparecen; pero no es que la histerectomía provoque la incontinencia, sino que es una mujer que ya tenía previamente una incontinencia, que por lo qué sea no has diagnosticado, porque no la has podido diagnosticar (Ginecólogo, 58 años).*

En cambio, otros profesionales sí creen que la histerectomía puede desencadenar una serie de disfunciones en el suelo pélvico que en el tiempo estarán relacionadas con la IU y otras disfunciones cómo el dolor en las relaciones sexuales, la dispareunia.

*“El útero es una víscera que está allí con la función de procrear, pero hay que pensar que el útero es una víscera de soporte, y tiene una función, y los ligamentos redondos, y los ligamentos útero-sacros, y los ligamentos cardinales, el propio útero tiene una misión de sostén, y aunque es una víscera muy pequeñita, que se puede presuponer que el espacio que ocupa prácticamente es un espacio virtual cuando no está en gestación, pero los anclajes que tiene y las relaciones que tiene con el resto del suelo pélvico están allí por algo y cuando acabas con todo aquello, todos sabemos, que... histerectomías por un prolapso o por cualquier motivo, acaban en años posteriores en un cistocele, o acaban en una incontinencia de urgencia, o en una incontinencia de esfuerzo, a parte de todas las complicaciones de una cirugía por la propia anestesia, por infecciones [...] Si haces histerectomías muy agresivas y se hacen resecciones, pues quedan vaginas muy cortas, pues con mucha tensión, y claro, la mujer ya no tiene ningún problema relacionado con su útero y tal, pero las relaciones sexuales son dolorosas, entonces a una mujer joven pues no la puedes dejar, encima que le haces realmente una castración no la puedes dejar con una dispareunia o con un vaginismo, primero por ella y por la pareja, porque*

*el matrimonio se le va al garete, o la relación, no se...Y en las mujeres mayores no hay tanto problema, porque lo único que les puede quedar es un dolor para las relaciones” (Rehabilitadora, 47 años).*

#### **8.3.3.4. “Ahí está la lucha, ¿De quién es el suelo pélvico?, no es de nadie, es de la paciente, es de la mujer”**

El suelo pélvico de la mujer cómo campo de batalla

En el capítulo dirigido a los aspectos biomédicos de la IU se ha descrito como el suelo pélvico es una entidad anatómica compleja, que reúne a tres sistemas, el reproductor, el urinario y el digestivo. Cada uno de ellos tratados por diferentes especialidades médicas (ginecología, urología y digestiva), y todos ellos pueden ser tratados por otras especialidades (rehabilitación, neurología, oncología, fisioterapia, enfermería ginecológica, sexología).

Cuando se describe anatómicamente el suelo pélvico se utilizan las nomenclaturas de compartimento anterior que incluye la vejiga y la uretra; el compartimento medio que contiene el útero y la vagina y por último el posterior que incluye el recto y el conducto anal.

Existe una discrepancia acerca de quiénes son los especialistas que deben abordar algunas de las patologías o disfunciones que comprometen al suelo pélvico y a los diferentes órganos que se sostienen en el mismo. Los argumentos de cada especialidad se van a sostener en esta geografía humana distribuida en tres compartimentos o regiones; en una anatomía con fronteras geográficas radican los conflictos entre las especialidades y pueden derivar en situaciones de lucha e intrusismo, dejando en segundo plano a las mujeres con IU. Esta complejidad anatómica y lucha entre especialidades queda muy patente en los discursos en los que se habla de trozos de la anatomía de las mujeres: un útero, una vejiga o un suelo pélvico.

Las dos especialidades médicas que históricamente parecen encontrarse confrontadas respecto a las competencias que cada una de ellas tienen sobre la patología y la disfunción del suelo pélvico son la ginecología y la urología. Esta situación aparece en los discursos de algunas de las rehabilitadoras entrevistadas, ya que pueden observar este fenómeno desde fuera sin formar parte del mismo. La especialidad de rehabilitación recibe pacientes sobre todo de estas dos especialidades, aunque también de otras. Al formar parte de la comisión de suelo pélvico, estos conflictos son fácilmente observables.

*“Pues históricamente siempre la urología y la ginecología han chocado, ¿De quién es esa cirugía?, porque claro, una vejiga hiperactiva está claro que es de urología, pero un prolapso, un cistocele, ¿De quién es? La vejiga es de urología pero por otra parte es del compartimento y una parte ginecológica. Está... no es de nadie, es de quien lo pille, y como dije una vez: quien sepa operarlo, quien sepa hacerlo bien, que sea un ginecólogo, un ginecólogo, que es un urólogo, un urólogo” (Rehabilitadora, 42 años).*

Los conflictos que existen entre urología y ginecología podrían resolverse si coordinase el trabajo o incluso haciendo intervenciones quirúrgicas conjuntamente.

*“Porque ellos tienen conflicto en todos los hospitales, yo diría en todo el planeta, hay muchos problemas de quién opera el qué, cómo, si operamos juntos, si operamos en un tiempo todo, o si tu operas primero vejiga, o luego yo histerectomía, o porque tu no haces histerectomía porque eres urólogo, o si tu no haces incontinencia de orina porque eres ginecólogo” (Rehabilitadora, 47 años).*

Si el trabajo fuese coordinado habría una mejora en la calidad de atención a la mujer, ya que no debería ser intervenida y reintervenida, evitando todas las complicaciones que una cirugía comporta. Así mismo se conseguiría un economizar los gastos generados por las costosas hospitalizaciones y actividades en el quirófano. Sin embargo, parece que esta situación ideal no funciona en ninguno de los hospitales.

*“La unidad sigue funcionando por separado como antes; no se ha conseguido formar y unificar esto, y esto es un gasto. Son tres estancias hospitalarias, tres intervenciones*

*quirúrgicas que además para el paciente esto no ha cambiado mucho. Durante una temporada por lo menos cirugía y urología hacían estas intervenciones juntos, pero esto se perdió” (Enfermera, 62 años).*

El abordaje de la IU a través de tratamientos conservadores también ha generado cierto desconcierto y conflicto entre las competencias de las diferentes profesiones, sobretodo si la IU aparece en el posparto, o se quiere hacer una intervención preventiva antes del parto; esto es así, porque durante décadas, el acompañamiento a estas etapas de embarazo y puerperio ha sido exclusivamente de las matronas.

*“Yo creo que las comadronas son las que han ido trabajando más sobre las incontinencias derivadas de un parto o en un posparto, yo creo que son las que en un inicio han trabajado, diría los ejercicios posparto para la prevención urinaria para reforzar la musculatura del suelo pélvico y tal, etcétera” (Enfermera, 42 años).*

Sin embargo, la fisioterapia uroginecológica, (que entre otras funciones también está dirigida a estas etapas relacionadas con el parto), se ha ido desarrollando hasta la actualidad con la consolidación de unidades especialistas en la rehabilitación del suelo pélvico en prácticamente todos los hospitales públicos del estado. Algunas comadronas lo relatan con cierto asombro, curiosidad y cierto agobio.

*“Están surgiendo muchos fisioterapeutas de suelo pélvico, como champiñones, con perdón, como champiñones – digo -; esto está así [...]Yo pienso que, a parte de que soy curiosa, quiero saber qué coño hacéis, pero como curiosidad profesional para saber [...] pues saberlo exactamente,” (Comadrona, 57 años).*

En nuestro entorno europeo, las competencias del fisioterapeuta abarcan incluso el acompañamiento del parto.

*“En Bélgica, lo que si yo sé, es que las comadronas entraron mucho más tarde que los fisioterapeutas en los partos, por ejemplo; en los años 80 los partos eran de los fisioterapeutas, no eran de las comadronas, porque la figura de las comadronas no*

*existía en Bélgica. Entonces allí, creo que estará más reconocida la labor del fisioterapeuta, en este aspecto” (Fisioterapeuta, 41 años).*

*“Entonces me acuerdo que hicimos un viaje a Holanda, que Holanda era nuestra referencia de partos en casa etcétera, etcétera... y allí, te estoy hablando de hace veinte y pico de años, la fisioterapeuta, el fisioterapeuta, masculino o femenino da igual, intervenía mucho en el embarazo, muchísimo [...] entonces a mí esto me llamó la atención, y allí casi casi la preparación física la hacía el fisioterapeuta” (Comadrona, 57 años).*

Uno de los discursos deja claro cuales son los espacios de cada una de las profesiones en relación al cuidado del periparto, que son funciones, en opinión de esta informante, que ayudan a mejorar la atención de calidad de la mujer y a prevenir la IU y que no deberían entrar en conflicto.

*“Yo creo que la matrona que ha evolucionado ¿Vale?, que se ha adaptado al cambio que se ha producido en los últimos años, es una matrona que no tiene miedo al fisioterapeuta. El fisioterapeuta no está haciendo una intrusión de su trabajo, yo como fisioterapeuta no estaré dentro de un parto y no..., yo tengo un papel importante en el preparto y un papel importante en el posparto, pero no le estoy quitando su trabajo ni... si ella hace bien su trabajo, y se dedica bien a la mamá que es lo que le marca actualmente la demanda social, eh, no se va ha encontrar con ningún problema con los fisios. Entonces, pero bueno, cuesta, cuesta, cuesta” (Fisioterapeuta, 41 años).*

Otro discurso en el que se reflejan más conflictos por las competencias profesionales, viene de la enfermería de fisioterapia, un lugar privilegiado para poder atender en primera línea a las mujeres con IU y sobretodo para poder hacer programas de educación y prevención.

*“Yo quería hacer suelo pélvico hace unos años, pero me pusieron pegas, me dijeron que no, que esto era un tema de matronas y de fisios. Y digo yo: “pero vamos a ver, a ver si os ponéis de acuerdo, yo me encanta trabajar con equipo, no trabajar yo sola, yo si tengo una duda voy a una fisio si tengo una cosa de estas, tengo una duda de otra cosa y voy a otra persona” (Enfermera, 63 años)*

Por una parte, los discursos reflejan la necesidad de trabajar todos juntos por un bien común, pero sin dejar de observar posibles irregularidades como son las de permitir la aplicación de algunas técnicas terapéuticas por personal no cualificado, sin formación.

*“Pero los años que me queden, no me gustaría, nunca ver que en Mallorca, se hiciera rehabilitación, ya en otras islas como será, pero por lo menos aquí, que habiendo fisioterapeutas preparados, y habiendo rehabilitadores preparados, pues la rehabilitación de suelo pélvico, pues la parte de urología la hiciese una enfermera en urología, o la de ginecología la hiciese una enfermera en ginecología, o un auxiliar si me apuras la de electroterapia ¿No? (Rehabilitadoras, 47 años).*

*“Me molesta mucho ese tema, eso, yo creo que a nosotros nos puede hacer intrusismo cualquier profesional y luego nosotros no podemos hacer absolutamente nada; yo estoy capacitada para hacer punción seca, yo tengo la titulación, estoy capacitada para poner electroterapia porque soy fisioterapeuta. Yo creo que sinceramente, los fisioterapeutas tenemos intrusismo por todas partes, somos objeto de intrusismo por profesionales sanitarios y no sanitarios y sin embargo nosotros no nos podemos meter en ningún otro campo ¿Sabes?. Bueno, yo he tenido un poquito de problema” (Fisioterapeuta, 41 años).*

En contraposición a los discursos que llevan a lucha por la conquista de un trozo de suelo pélvico, o por hacer la preparación al parto, emerge un discurso algo más marginal que tiene un carácter más conciliador. En este discurso se defiende la posibilidad de que las mujeres con IU puedan recibir tratamiento conservador al margen de si lo hacen una u otra especialidad.

*“Yo pienso que si es una cosa que se incluye en la Seguridad Social, a mí me parece genial que lo hagan los fisioterapeutas, porque es un poco de suelo pélvico, porque están quizás más especializadas en [...] no lo sé, pero vaya, que es una cosa que entre unos y otros esté incluido, pues mientras se haga qué más da” (Comadrona, 57 años).*

También se defiende la necesidad y la importancia de tener una comunicación fluida y un trabajo conjunto entre comadronas y fisioterapeutas para poder garantizar un detección precoz de patología después del parto.

*“Todas las matronas rotan; yo creo que por un par de motivos, primero para que nos conozcan, segundo ¿De qué estamos hablando?, de que una mujer antes de dar a luz no es nuestra y después sí. O sea, tiene que haber una autopista, ya ni un camino, una autopista en las dos direcciones y a ciento veinte. Al máximo de velocidad que se pueda. Tienen ellas que detectar cuando hay patología después del parto [...]trabajamos muy en horizontal, comunicándonos, y participando todos del paciente de la toma de decisiones [...]todos tenemos que aportar” (Rehabilitadora, 47 años).*

#### **8.3.4. Derivación a fisioterapia.**

Para acabar el bloque de resultados dirigido al personal sanitario, voy a describir bajo la subcategoría de fisioterapia, aquellas opiniones de los informantes sobre la necesidad de la derivación a fisioterapia de las disfunciones del SP, entre las que destaca la IU de las mujeres.

El personal sanitario que sí conoce este abordaje conservador, suele ser partidario del mismo al considerarlo efectivo y sin efectos secundarios.

*“Nosotros lo que hacemos primero, hacemos la historia clínica, constatamos que tienen una IU de esfuerzo y [...], hacemos una eco y después las derivamos allá directamente a rehabilitación, les damos un plazo y en caso de que no mejoren les decimos que vuelvan a la consulta, en teoría, ¿No?, las publicaciones dicen que entre un setenta y uno un ochenta mejoran o se curan. Yo creo que se tiene que ofrecer de lo menos a lo más agresivo y hay estudios que dicen que en el caso de que les operes los resultados son mejores en las que han hecho rehabilitación, por tanto un tratamiento que no tienen efectos secundarios, creo que está indicado hacerlo” (Urólogo, 48 años).*

Algunas personas informantes consideran la fisioterapia como primera línea de atención a la IU, ya que tiene un porcentaje de efectividad muy alto.

*“En el tratamiento de la patología del suelo de la pelvis, aparte de lo que estamos hablando de la rehabilitación en los centros de primaria, de actividades físicas del suelo de la pelvis, eh, nosotros incluso en el hospital contamos con un servicio de rehabilitación muy motivado para el tema de la incontinencia de orina y, umm, e incluso lo podríamos considerar como tratamiento de primera línea en determinados, um, en determinadas mujeres que son jóvenes, que no han terminado su deseo gestacional o que están muy motivadas para la realización de estos tratamientos, um; si no voy, voy equivocado, en las últimas cifras que yo he ido leyendo, 16’ aproximadamente el 60, 70 % de mujeres que acceden a tratamientos de rehabilitación con fisioterapia, consiguen una, una, una mejoría, o una curación de su incontinencia de orina (Ginecólogo, 58 años).*

En el apartado dedicado al conocimiento que el personal sanitario tiene acerca del tratamiento fisioterápico ya se ha visto a grandes rasgos algunas carencias que existen; a veces, incluso falta de interés o descrédito por el mismo, provocando la falta de derivación de algunas mujeres que tienen IU y que hubiesen podido beneficiarse de la fisioterapia. Una de las entrevistadas reclama a modo de reivindicación que si el profesional no sabe qué hacer con una mujeres con IU que la deriva y no retrase el inicio de su tratamiento y mejoría.

*“[...] tendría que ser muchísimo más receptivo, porque ir a un profesional y contar este problema no es fácil...entonces una vez que te han venido y te han contado - mira, me pasa esto -, ¡Deriva!, y que otros profesionales ya decidirán si es, o no, pertinente un tratamiento, pero deriva, no retrases más esta rueda ¿No?” (Fisioterapeuta, 36 años).*

A modo de conclusión y antes de pasar a discutir el análisis de los datos, queda palpable cómo los roles de género intrínsecos a la sociedad y al sistema sanitario van a repercutir directamente en la forma de entender y tratar la IU de las mujeres. Las desigualdades en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico se puede explicar en gran parte a la estereotipación de las mujeres que las convierte en incontinentes por naturaleza.



## **CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN**



En el siguiente apartado voy a presentar la discusión de la información obtenida en los discursos de las mujeres y de los y las profesionales de salud.

El silenciamiento de la IU de las mujeres no puede ser explicado exclusivamente como un proceso biológico cuyas causas están ligadas al hecho de que las mujeres tienen la función de parir o al envejecimiento.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y las premisas de la teoría crítica feminista en materia de salud, las causas por las que las mujeres no consultan por la IU, y el personal sanitario hace un diagnóstico pobre, un tratamiento que fragmenta a las mujeres en úteros, vejigas, rectos o, vaginas, y que no se centra en ellas ni en sus necesidades, que tampoco tiene en cuenta la dinámica familiar ni laboral de las mujeres, y las culpa de su propia IU porque no son capaces de perder peso o porque han sucumbido al mandato social de practicar algún deporte de impacto, el silenciamiento de la IU femenina no se puede desligar ni explicar sin la categoría de género.

Una vez resueltas estas cuestiones, también se podrán explicar las barreras o los obstáculos que se interponen entre las mujeres con IU y un tratamiento fisioterápico como consecuencia de las inequidades por razón de género.

A continuación presento cuatro apartados para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos planteados: el primero está dirigido a describir el contexto dónde se desarrolla el fenómeno de estudio, el segundo y el tercero analizan la influencia de los roles de género de las mujeres y del personal sanitario en el manejo de la IU, y ,por último, el cuarto apartado está dirigido a analizar la causas de la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico de las mujeres con IU.

## **9.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS**

El primero de los objetivos planteados, tal como he señalado, va dirigido a la descripción de los recursos sanitarios de la isla de Mallorca en materia de IU femenina.

Aunque el grueso de este trabajo vaya dirigido a comprender cómo los roles de género influyen en el silenciamiento de la IU, sería difícil abordar esta cuestión sin describir previamente las características del contexto dónde sucede este fenómeno, y sin saber cómo son las infraestructuras de la atención sanitaria en las que se sostiene. Todas estas características van a tener unas consecuencias directas e indirectas en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico por parte de las mujeres con IU.

En esta aproximación al contexto y a sus características voy a describir cómo la atención a la IU de las mujeres está fragmentada y extremadamente especializada, cómo son las rutas asistenciales y si existen suficientes recursos. Seguidamente, voy a reflexionar sobre una de las consecuencias más visibles de lo que todo esto comporta, las listas de espera.

### **9.1.1. Atención fragmentada y especialización extrema**

El sistema de atención médica tiene unas características que son reflejo de los sesgos de género originados en la propia etapa formativa del personal sanitario, y que se sustenta en el paradigma biomédico (Velasco, 2009). Consecuentemente, lejos de reconocer el género como un factor determinante de la salud de las personas, la atención médica las fragmenta y las clasifica según sus síntomas fisiopatológicos.

La atención médica fragmentada o la fragmentación de las personas en el contexto sanitario es un fenómeno descrito por Valls-Llobet (2009) como el resultado de la evolución de la tecnología en la ciencia médica y en cómo se van incorporando nuevas especialidades a la misma. Ciertamente, este hecho puede tener una lectura positiva en cuanto a mejoras en algunos tratamientos y diagnósticos (no siempre al alcance de toda la población), pero la especialización médica extrema puede provocar cierta miopía, en

ocasiones ceguera total, en algunos de los procesos de salud y enfermedad de las personas.

Esta paradoja está claramente representada en el caso de la IU de las mujeres, porque, a pesar de que se han desarrollado nuevas tecnologías para su diagnóstico y diferentes tratamientos, al ser una disfunción localizada en la complejidad anatómica del SP no existe una sola especialidad médica que sea referente para su tratamiento. La atención de la IU de las mujeres se basa en la fragmentación de los cuerpos en órganos o en sistemas: uretra, ovarios, vejiga, recto, etc.; y, es fuente de conflicto entre las personas especialistas que consideran un trozo del cuerpo de la mujer como si fuera de su propiedad, y ello en contra de lo que la literatura recomienda: un abordaje interdisciplinar eficaz, sin recidivas ni complicaciones.

Ante una misma presentación de síntomas, una pérdida objetivable de orina, las disciplinas que pueden intervenir son muchas: enfermería, matronas, urología, fisioterapia, medicina familiar, ginecología y rehabilitación. Es obvio que ninguna de ellas va a intervenir de la misma manera, sino a través de sus saberes y conocimientos, que tampoco son homogéneos entre el personal sanitario de una misma especialidad. Las consecuencias son rocambolescas, arbitrarias y del todo indefendibles desde una ciencia médica que se jacta de ser objetiva y neutra. Así es que una mujer con IU puede ser ignorada - no diagnosticada ni tratada -, se le pueden proporcionar cuidados paliativos como son las compresas, puede hacer un programa de ejercicios para fortalecer su SP, puede ser intervenida quirúrgicamente o ser medicada con anticolinérgicos, entre tantas otras cosas.

Existe una gran heterogeneidad en las intervenciones que se hacen dentro de una misma especialidad ya que no se utilizan las mismas técnicas diagnósticas ni terapéuticas en los diferentes centros sanitarios. Así mismo, tampoco se observa consenso en las competencias de cada especialidad. A modo de ejemplo, técnicas como son la electroterapia o el biofeedback pueden estar aplicándose por enfermería o fisioterapia, a veces por auxiliares de enfermería, siendo una técnica que se desarrolla

en los planes de estudios del Grado de Fisioterapia y no en el de Enfermería. O, dependiendo del hospital dónde sea atendida una mujer con IU puede ser intervenida por urología o por ginecología con abordajes quirúrgicos muy diferentes. En este sentido, algunos autores defienden una nueva área de tratamiento para las disfunciones del SP denominada perineología que debería enfocar las intervenciones con un enfoque multidisciplinario, una visión holística que integre la psicología, el modo de vida, la fisiología y otros factores de las mujeres (Beco & Mouchel, 2010).

Otra consecuencia de la sofisticación de las técnicas diagnósticas y de tratamiento es que no son alcanzables para toda la población porque son recursos escasos y caros. Muchas de las mujeres que tienen IU quedan excluidas de ser beneficiarias de alguna medida conservadora porque, al no presentar una sintomatología “grave”, no son derivadas al cribado de especialistas que quieren obtener a toda costa un diagnóstico “objetivo”, a través de estudios urodinámicos (urografía, uretrocistografías, colpocistografías), y no “subjetivo”, el relatado por las mujeres cuando dicen *se me escapa el pipí*. La alta tecnificación de los procesos diagnósticos de la IU no corresponden a los acuerdos de la ICS, sociedad que, a partir del 2002, acepta como IU *la queja de cualquier fuga de orina involuntaria* (Paul Abrams et al., 2002).

Resumiendo, la atención a las mujeres con IU en la isla de Mallorca es heterogénea como consecuencia de la falta de criterios comunes o directrices que clarifiquen a la población en general, y al personal sanitario en particular, dónde se debe acudir o derivar a las mujeres que relatan tener fugas de orina involuntarias. Así mismo, la cultura biomédica silencia y resta credibilidad a las quejas de las mujeres sobre la IU por no ser un síntoma objetivo.

### **9.1.2. Derivaciones confusas y recursos escasos**

Otras de las características del contexto médico en cuanto a la atención de la IU de las mujeres, en comparación a otros problemas de salud, son: primero, que las derivaciones son confusas, y segundo, que los recursos son escasos, sobretodo en atención primaria.

En la revisión de la literatura se reconocen ciertas dificultades en las derivaciones porque las unidades de referencia de cuidados para la IU no son fácilmente reconocibles, (Basu & Duckett, 2009); así mismo, las derivaciones entre los diferentes especialistas y niveles de atención no son claros ni homogéneos (Neal & Linnane, 2002; St John et al., 2002).

En mi opinión, es necesario añadir que las derivaciones son confusas a consecuencia, entre otras cosas, de lo señalado anteriormente: la especialización extrema y la fragmentación de los cuerpos. Al no existir un consenso entre el personal sanitario de quienes son los o las especialistas que van a tratar a las mujeres con IU, no derivan o derivan según sus conocimientos o criterios que no responden a una directriz desarrollada en base a las guías de evidencia. Este fenómeno es especialmente sangrante con la IU porque, al ser un problema de salud mayoritariamente de mujeres, los sesgos de género han llevado al desarrollo de una práctica clínica poco sensible al género como determinante de salud, y la han considerado de poca importancia y “normal”.

En opinión del personal sanitario entrevistado, los canales de derivación de las mujeres con IU son poco claros y confusos, sobretodo en el paso de la atención primaria a la atención especializada, situación que se presenta comúnmente en otros entornos donde se ha estudiado este fenómeno (Monz et al., 2005). Algunos caminos se originan en la medicina familiar, otros son iniciados en una consulta de la comadrona, también se dan derivaciones intrahospitalarias, y a partir de aquí pueden ser muchas las opciones sin que lleguen al mismo final, independientemente de la importancia que supongan los síntomas de la IU para la mujer que ha hecho una consulta.

Por otra parte, la escasez y reparto desigual de los recursos específicos para la IU en los centros de salud y hospitales también dificulta la atención de las mujeres. En el caso concreto del tratamiento fisioterápico en la isla de Mallorca se han podido identificar dos unidades especializadas localizadas en dos hospitales de difícil acceso. Éstas reciben

patología muy avanzada, la mayoría de veces, por derivaciones intrahospitalarias, y cuentan con una buena dotación de recursos materiales y personal cualificado.

Sin embargo, la situación de los recursos específicos para la IU en atención primaria, es algo desalentadora, por lo menos la relatada por las mujeres y el personal sanitario entrevistado, quienes echan en falta acciones de sensibilización, educación y prevención, además de considerar que la formación del personal que las atiende es inadecuada. Esta situación es reflejo, a su vez, de la cultura biomédica más centrada en los procesos agudos y menos en la prevención (Valls-Llobet, 2009).

La fisioterapia en atención primaria no actúa sobre la prevención y tratamiento de IU, aunque en el momento de realizar el trabajo de campo para este estudio, se estaba discutiendo la posibilidad de hacer un intervención sobre grupos de población en riesgo (mujeres embarazadas, puérperas y menopaúsicas), dirigida nuevamente en los aspectos relativos a la biología y el ciclo vital (reduccionismo reproductivo y atención ginecologizada). Esta intervención fisioterápica, según una informante clave, consistiría en dos sesiones para el aprendizaje de ejercicios, por lo que a priori, y según las guías de evidencia resultaría insuficiente (Thüroff et al., 2011). Este vacío contrasta con el tipo de estrategia para el abordaje preventivo de la IU que promulgan países como Australia, Canadá o EEUU, lugares donde se dirigen programas basados en la educación como una parte principal de los servicios (O'Connell & Gaskin, 2010; Spencer, 2009).

Se puede concluir que en el contexto biomédico en la isla de Mallorca se producen sesgos de género en la atención sanitaria de la IU femenina. Teniendo en cuenta la propuesta de Valls-Llobet (2009) resumida en la Figura 5, las quejas de las mujeres con IU son consideradas menos importantes respecto a otros problemas de salud, y al IU masculina: son inferiores. Igualmente, no hay sensibilidad, al menos hasta la fecha, de crear recursos para atenderla. Los escasos recursos están repartidos de manera polarizada y desigual: en atención primaria prácticamente no hay intervenciones dirigidas a su prevención y tratamiento; y, al otro extremo, en atención especializada se concentran los recursos bajo el manto de la tecnología. También se ha comprobado

como las derivaciones son realmente complicadas y poco homogéneas entre el personal sanitario.

### **9.1.3. Listas de espera**

Finalmente y para acabar este apartado dedicado a las características del contexto donde se desarrolla el fenómeno, se puede destacar que una de las consecuencias directas de a esta falta de recursos es la lista de espera. Este ha sido un tema muy discutido tanto por el personal sanitario como las usuarias del mismo, pero que no está ampliamente estudiado en la literatura, según pudimos constatar a partir de los resultados de la revisión bibliográfica realizada y presentada al inicio de esta tesis. Solamente Monz et al. (Monz et al., 2005) señalaban que España contaba con las listas de espera más largas para acceder a la atención especializada de la IU, en contraste a países como Francia y Alemania donde no hay listas de espera, o, Suecia, que garantiza esperas no superiores a tres meses.

La situación de la isla de Mallorca en cuanto a los recursos de tratamiento conservador en los hospitales no es mala, si la comparamos a otras comunidades autónomas, según describen las fisioterapeutas de las unidades de SP. Sin embargo, en comparación a otros países como Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia, España está a la cola en la ratio de profesionales por número de habitantes, generándose las listas de espera más largas, y, al mismo tiempo, la demanda de tratamiento por IU femenina más alta (Monz et al., 2005) .

Considerando, además, que la atención a la IU de las mujeres está fragmentada por parte de las diferentes especialidades, el tiempo de espera se incrementa exponencialmente en función a las diferentes consultas y pruebas diagnósticas que se puedan solicitar desde cada una de las mismas, pudiendo pasar casi dos años desde la primera consulta en atención primaria hasta el inicio del tratamiento conservador. No es de extrañar que algunas personas entrevistadas tengan la sensación de que las mujeres con IU se pierden o se cansan por el camino.

Por tanto, el contexto biomédico que atiende la IU femenina en la isla de Mallorca es semejante a otros entornos en cuanto a la falta de claridad para poder identificar los recursos que hay destinados para la misma, y a las derivaciones confusas. Se diferencia de otros contextos internacionales en la falta de recursos que provocan interminables listas de espera, sobretodo para el tratamiento fisioterápico. Esto sorprende porque, a pesar de ser el tratamiento de primera línea, según las recomendaciones de las guías de evidencia, para acceder hasta el mismo, las mujeres pueden haber tenido que ser visitadas previamente hasta por cuatro especialistas diferentes – atención fragmentada -, prolongando aún más el tiempo de espera.

## **9.2. LA INFLUENCIA DE LOS ROLES Y LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA SILENCIACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA POR PARTE DE LAS MUJERES.**

El segundo de los objetivos que he planteado en torno al proceso por el cual los roles de género y los estereotipos influyen en la auto-silenciación de la IU por parte de las mujeres lo voy a discutir a partir de los resultados y el enfoque de la teoría crítica feminista. A este proceso lo he denominado la **feminidad normativa de la IU**, proceso por el cual las mujeres asumen y esperan la llegada de la IU como un acontecimiento natural e inevitable en sus vidas. Esta creencia está reforzada por las normas culturales y un contexto biomédico insensible al género.

Este concepto lo voy a explicar sustentándome en tres ejes fundamentales que el feminismo ha aportado a la salud: el primero es la **naturalización** social de las mujeres, el segundo es la **fragmentación** del cuerpo y de la experiencia y el tercero es la **objetualización** de los cuerpos de las mujeres (Esteban, 2006; Valls-Llobet, 2009).

Para poder desarrollar cómo se construye la feminidad normativa de la IU a través de estas premisas feministas, he considerado pertinente abordar tres temáticas presentes en los discursos: 1) el mito de la IU de las mujeres, 2) la división sexual del trabajo y la doble jornada, y 3) los estándares de belleza actuales y los deportes de impacto.

### **9.2.1 El mito de la incontinencia urinaria de las mujeres y las compresas como única solución**

A la luz de los datos obtenidos, la auto-silenciación de la IU por parte de las mujeres se puede explicar en parte por el proceso de naturalización que ellas hacen de este problema, y que está reforzado - al no tener otras referencias - por la propia atención sanitaria recibida y por la sociedad. A través de la naturalización se asume la IU femenina como un proceso fundamentado en causas naturales inmutables, por lo que se convierte en un mito.

El mito es una creencia que se halla formulada de manera que aparece como una verdad y es expresada de forma absoluta y poco flexible, que suele contribuir a crear y mantener la ideología del grupo, y, que, además, suele ser resistente al cambio (Ferrer, Bosch, & Navarro, 2010). La inevitabilidad de la IU, o lo que es lo mismo, que las mujeres son incontinentes por naturaleza, son ideas arraigadas que habitan en el imaginario colectivo y discursos hegemónicos de ellas mismas y de muchos y muchas profesionales de la salud. Esta creencia tan fuertemente arraigada en nuestra cultura se ha construido con la ayuda de los estereotipos de género circulantes en torno a las mujeres y la IU.

Algunos de estos estereotipos han sido discutidos en los discursos de las personas entrevistadas, y se puede reconocer como se reproducen y transmiten por el personal sanitario, por la publicidad, y entre generaciones de mujeres.

Una parte del personal sanitario, según las mujeres, considera sus quejas sobre la IU un mal menor, sin importancia, que se resuelve en ocasiones con la prescripción de compresas. Esta situación está reconocida también por otros autores como Cheater (2009) y responde a la cultura biomédica. La atención sanitaria que fragmenta el cuerpo de las mujeres y de sus experiencias no tiene lugar para escucharlas, es un sistema de rápida circulación de pacientes, que prioriza la tecnología frente a su relato. La fragmentación de la experiencia en relación con su cuerpo condiciona a las mujeres a no reconocer los síntomas de la IU como una disfunción que debe ser tratada.

Otro foco de reproducción de la estereotipación de la IU de las mujeres es la publicidad. Los anuncios publicitarios distorsionan la realidad haciendo creer que la IU es normal en la mujer, inevitable. Por lo tanto, la única solución es la utilización de las compresas, dando continuidad a los anuncios de los tampones, salva slip y compresas para la menstruación, y otros flujos “indeseables”, que ya estaban incorporados en la cotidianidad desde los once o doce años de las niñas. Es un continuum en la vida de las mujeres, que promueve el deber de éstas de estar unidas a las compresas hasta que la muerte las separe. Y digo flujos indeseables porque aquellas personas que se dedican a la fabricación de productos de higiene femenina introducen cloro y disruptores endocrinos para “neutralizar” el olor (Cabaleiro, De La Calle, Bendicho, & Lavilla, 2014; Nicole, 2014). Se deduce que les preocupa más el olor y la apariencia física .– *que no se note, que no se huela* - que la salud de las mujeres.

Lo más peligroso de los anuncios, en mi opinión, es que se han ido incorporando nuevos elementos que favorecen aun más la silencianción de la IU, como son el haber ampliado el perfil de las mujeres - ahora abarca a todas las edades y condiciones - abuelas, supermadres trabajadoras, jóvenes deportistas, chicas modernas y embarazadas -, y que van acompañados por la presencia de profesionales de la salud, y es que un mensaje emitido por alguien con bata blanca tiene mucho poder, y sobre este poder voy a reflexionar más adelante.

Es necesario romper con la idea de que se pueden evitar las pérdidas con una compresa, explicar que, en todo caso, éste es un manejo paliativo, pero nunca curativo, y que la publicidad es engañosa y manipuladora – *la solución que previene las pérdidas leves*-. Las compresas no van a evitar la IU, pero sí van a evitar mojarse la ropa cuando haya escapes de pipí. Los y las profesionales de salud no nos podemos prestar a ser parte de este tipo de publicidad que acaba siendo confusa para las mujeres, y para otros profesionales de salud. En los resultados también aparece un discurso más marginal que reconoce que el uso de las compresas es un mecanismo para ocultar la IU, que son denigrantes para las mujeres, y que dificultan el poder emprender estrategias adecuadas para solucionarla.

Finalmente, la enculturación de la IU también se transmite entre generaciones de mujeres – *a mi madre y a mi abuela ya le pasó, es lo normal en las mujeres* -. Esta idea la desarrollan PeaKe y Manderson (2003), quienes concluyen que las mujeres consideran la IU como un proceso paulatino, que deviene parte intrínseca de sus vidas. Una vez llegado el momento –la llegada de la IU - reproducen estrategias observadas en sus madres, y éstas de sus abuelas, para lidiar con la incomodidad que les ocasiona, sin considerarla un problema de salud que requiera atención.

En definitiva, el mito que se ha construido sobre la naturalización de la IU en las mujeres hace que muchas de ellas se muestren conformadas con esta condición que tienen que soportar en silencio, como tantas otras cosas, por el hecho de ser mujeres (Volkmer et al., 2012). La responsabilidad de la enculturación de la IU no solamente recae en las mujeres que viven la IU pasivamente, es también responsabilidad del personal sanitario que, poco sensible a los condicionantes de género, considera la IU de las mujeres a veces normal, otras veces un problema de salud de menor categoría.

### **9.2.2. División sexual del trabajo y doble jornada como facilitadoras de la incontinencia urinaria en las mujeres**

La feminidad normativa de la IU también se explica a través de otro pilar básico de la teoría crítica feminista, la división sexual del trabajo. Ya no hay ninguna duda de cómo esta división sexual y la doble jornada, así como las condiciones de vida, son determinantes y van a influir en la salud de las mujeres, creando desigualdades (Rohlf s et al., 2000) . El desvelar y cuestionar estas desigualdades fue una de las propuestas de las feministas radicales, liberales y de la igualdad de los años ochenta (Velasco, 2009). Una de las pioneras fue Verbrugge (1982) quien describió muy detalladamente cómo las exposiciones ambientales y los roles de género conducían a la aparición de la enfermedad.

Las normas sociales del discurso hegemónico más tradicional asignan a las mujeres unos roles de género relacionados con la capacidad reproductiva, parir y cuidar –la naturalización social-. En el momento en que las mujeres se incorporan también al trabajo productivo, asumen las dobles y triples jornadas en detrimento de su salud. Sin embargo, por mucho que se hable desde la teoría de una necesidad de implicación mayor de los hombres y la sociedad en general en los cuidados, es evidente que a día de hoy – así lo reflejan las encuestas nacionales de salud del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016) - no hay una voluntad política para tratarlo como un tema prioritario (Esteban, 2001). Y mientras tanto, cuando las sociedades formalmente igualitarias (de Miguel, 2015) se felicitan por sus grandes avances en materia de igualdad, la corresponsabilidad de los cuidados y la conciliación siguen siendo una lucha circunscrita al feminismo. Porque la investigación médica y la atención sanitaria sigue siendo impermeable y ciega en cuanto a las consecuencias en la salud de las mujeres.

Las dobles jornadas, los esfuerzos físicos derivados del rol de cuidadora, y las condiciones laborales predisponen a desarrollar IU, y empeoran los síntomas cuando ya han aparecido. La falta de tiempo después de las extenuantes jornadas dificulta a las mujeres desarrollar estrategias empoderadoras, como los auto-cuidados o solicitar ayuda médica para la recuperación de la función de la continencia. Autores como (Basu & Duckett, 2009), Spencer (2009), Ortuño Esparza (2016) o Lamoglia-Puig et al., (2015) describen la falta de tiempo para cuidarse, pereza y/o falta de disciplina como causas de la baja consulta, o de la no adherencia a la rutina del tratamiento conservador, aunque solamente las dos últimas analizan los roles de género que subyacen en *esa falta de tiempo y disciplina*.

En los resultados del presente estudio se reconocen básicamente tres grupos de mujeres. Por una parte, están las mujeres que, a pesar de no estar activas laboralmente, sí lo están en su rol de cuidadoras de maridos, madres, nietos y nietas, reproduciendo la clásica distribución sexual del trabajo. Por otra parte, están las mujeres incorporadas al mercado laboral, y que viven al borde de la extenuación entre bebés, casa y trabajo, a veces, hasta cuidando a una madre o suegra enferma, las *superwoman*. Finalmente, están las abuelas-esclavas (Linde, Montes, Madrid, & Rodríguez, 2008) que suplen lo que

el Estado no es capaz de resolver: facilitar la conciliación familiar, y soportar la corresponsabilidad que no les pertenece, cuidando a sus nietos y nietas, para que las hijas e hijos puedan tener trabajo remunerado.

Esto queda patente en el discurso de algunas de las mujeres más mayores informantes, que en estos momentos cumplen el rol de abuela-esclava, confiesan tener la esperanza de poder acabar con esta función que se les ha asignado, para poder, al fin, recuperar el control sobre su tiempo y su autocuidado, y cruzan los dedos, deseando que sus descendientes no tengan más bebés a quienes cuidar.

Autores como Bover (2006) o Larrañaga (2008) describen cómo el rol de la cuidadora va en detrimento de su salud física, psíquica y social, sin embargo, no hay estudios que relacionen la IU con el rol de cuidadora y la doble jornada. Es importante señalar que los esfuerzos físicos incrementan la presión intraabdominal con la consecuente debilidad del SP (Amostegui Azkúe et al., 2004; Caufriez et al., 2007).

En los discursos de las mujeres han aparecido quejas sobre pérdidas de orina durante algunas de las rutinas asumidas, como empujar el cochecito del nieto, girar un colchón o la limpieza de la casa. Los esfuerzos de las mujeres cuidadoras-doble-jornaleras, realizados al levantar pesos, en las tareas domésticas, al estar mucho tiempo de pie, en la movilización de personas dependientes o criaturas, que además se suman a los otros riesgos descritos ampliamente en la literatura (partos, obesidad, menopausia, etc.) predisponen a la IU y al aumento de su sintomatología.

El problema que supone la falta de tiempo debido a los roles de género asignados a las mujeres tampoco está resuelto, y aunque se reconozca en parte, no se toma ninguna medida en este sentido. Así lo reconocen las mujeres y algunas profesionales en sus discursos, quienes consideran que muchas de las medidas y consejos sobre hábitos higiénico-dietéticos para prevenir la IU, así como su tratamiento, son imposibles de poner en práctica en sus vidas tan ajetreadas. Una vez finalizada la interminable jornada,

las mujeres lo último que quieren es hacer una serie de ejercicios para el SP, o registrar sus hábitos en un diccionario miccional (Delarmelindo et al., 2013).

Para cerrar este apartado, y ciñéndome al contexto en el que se desarrolla este estudio, cabe señalar que la isla de Mallorca está dedicada al turismo de masas (Blàzquez & Murray, 2010), actividad altamente feminizada, y que responde a un mercado de trabajo altamente segregado según el género (Rohlfis et al., 2000). Este tipo de trabajo en el sector de servicios-hostelería es físicamente durísimo y se desarrolla en unas condiciones laborales precarizadas. Aunque se han empezado a denunciar cómo estas condiciones repercuten en la salud músculo-esquelética y psíquica de las mujeres (Cañada, 2015), no se ha cuestionado todavía cómo afectan al SP y a la IU.

En este contexto, no se ha considerado la IU desde la perspectiva de género ni tampoco los riesgos que tienen las cuidadoras-doble-jornaleras de desarrollarla, de agravarla, o de no poder tratarla. Por tanto, se generan desigualdades en la atención sanitaria, entre otras cosas, porque no se estudia la morbilidad diferenciada. Esta situación refuerza la feminidad normativa de la IU, en vez de facilitar a las mujeres la adherencia a su tratamiento sin culpabilizarlas ni responsabilizarlas por no tener tiempo para cuidarse.

### **9.2.3. Los estándares actuales de belleza y el deporte de alto impacto**

El tercer elemento que voy a analizar y que considero parte de la construcción de la feminidad normativa de la IU es otro pilar de la teoría crítica feminista: la objetualización de los cuerpos de las mujeres, proceso por el que pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas y manipuladas, a través de los cosméticos, la cirugía, la industria de la moda, y medicalizaciones varias (Valls-Llobet, 2009).

En este sentido Papí (2007) señala como el cuerpo de las mujeres y el control sobre el mismo ha sido el estandarte de la lucha feminista en la actual globalización neoliberal. Enfatiza en cómo los cuerpos femeninos se han convertido en objeto de deseo codicioso por parte de la industria cosmética y farmacéutica, utilizando los procesos vitales de las

mujeres como nichos de mercado a través de la medicalización, la cirugía y los potingues.

Aunque mi objeto de estudio no se dirija a la corporeidad, el cuerpo-sexuado-biológico-controlado-cosificado, este concepto ha estado presente a lo largo de todo el proceso y también en los discursos de las personas participantes.

Los roles de género también influyen sobre cómo deben ser los cuerpos de las mujeres. La exigencia social en nuestro contexto occidental es fácil de describir porque está patente en todos los escaparates y anuncios televisivos. Hay para todos los gustos, desde la precoz sexualización de las niñas (Díaz-Bustamante-Ventisca & Llovet-Rodríguez, 2017), hasta el lifting vaginal.

Sin embargo, lo que quiero destacar respecto al objeto de mi estudio es una idea que han compartido con cierta preocupación algunas de las personas entrevistadas: los deportes de impacto como nuevo reclamo para las mujeres y sus consecuencias en la salud.

Después de haber sobrevivido a la moda televisada del aeróbic para amas de casa en los años ochenta, ha llegado una nueva generación de prácticas deportivas de impacto que están causando estragos en los suelos pélvicos. El ejercicio físico es altamente recomendado para contribuir a una vida plena y saludable, pero se debe conocer qué actividades son las más adecuadas para cada persona.

En la opinión de muchas de las personas entrevistadas que atienden a mujeres con IU, en algunas de las prácticas de moda, como el running, el CrosFitt, y el Pilates, se ejecutan esfuerzos físicos que debilitan el SP. No voy a discutir si estas prácticas bien dirigidas por profesionales cualificados - que no siempre es así - son más beneficiosas que el sedentarismo. La reflexión la dirijo hacia cómo muchas mujeres deciden entrenar sus cuerpos a cualquier precio, generalmente con poca o nula supervisión, sin que el o la profesional que dirige esa actividad conozca cuál es su historial médico (obstétrico en

particular), y sin tener una evaluación previa del estado del SP (si está debilitado o hipertónico, si hay prolapsos o hipermovilidad uretro-vesical, en qué estado se encuentra el tejido conjuntivo, si la mujer tiene conciencia corporal de su suelo pélvico y lo sabe contraer, cuál es el estado de la cincha abdominal, cuál es el estado global postural, o si hay una buena sinergia del transverso del abdomen en relación al SP). Lo que quiero remarcar es que muchas de estas mujeres pasan de ser continentes a no serlo. Sin embargo, no abandonan la práctica deportiva influenciadas por los estereotipos de género sobre la apariencia física que dominan en la actualidad, como son los cuerpos femeninos delgados y bien definidos.

Las redes sociales como Instagram o Facebook hay una gran circulación de vídeos y de imágenes de este tipo de prácticas deportivas. También la publicidad anima a las mujeres a iniciarse en estas actividades con dos objetivos principales, la pérdida de peso y un cambio físico hacia la “perfección”. El contenido textual de la publicidad - *te harás más fuerte para cuando cargues la compra, cuando tengas que subir escaleras, cuando tengas que cargar con tus hijos-* publicado en la web de Ávila (2017) anima a seguir reproduciendo los roles de género – *puedes ser una madre tan buena como las de siempre y además ser súper sexy* –, roles que perjudican la salud de las mujeres y que las siguen sometiendo a la explotación doméstica. Volverse incontinentes es un mal menor, un daño colateral.

Rial (Rial, 2013) denuncia que este tipo de publicidad encultura a las mujeres a considerar las pérdidas de orina durante el ejercicio extremo como el resultado de un buen entrenamiento. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de la IU en las mujeres deportistas (Gabriel Suárez, Raquel Urbano, Francisco Molano, 2012; Moreno Sierra et al., 2000; Rial & Riera, 2012), y el silenciamiento que hacen sobre esta condición (Carls, 2007), convendría insistir en las consecuencias sobre la salud por causa del debilitamiento del SP relacionado con el ejercicio de alto impacto (Bø & Borgen, 2001).

En resumen, la objetualización de los cuerpos de las mujeres influye negativamente sobre la IU, y predispone a debilitar el SP por la práctica de deporte de impacto. Actualmente, las exigencias y estereotipos sobre el cuerpo de las mujeres contribuyen

a que muchas de ellas hayan optado por un tipo de prácticas deportivas en boga, antes reservadas para las deportistas de élite, que pueden ser lesivas para el SP. La publicidad que promueve estas actividades fomenta , además, la renaturalización y silenciación de la IU de las mujeres.

Se puede concluir que los roles y estereotipos de género promueven el silenciamiento de la IU por parte de las mujeres a través del proceso de la feminidad normativa de la IU. Este proceso se ha construido a partir de los mandatos patriarcales hegemónicos: la naturalización social de las mujeres, la fragmentación y objetualización de sus cuerpos. Cada uno de ellos aporta a través de los roles de género asignados a las mujeres diferentes factores – condiciones laborales, explotación doméstica, deportes de impacto - que predisponen a las mujeres a no cuidarse, a callarse, a ponerse compresas y a seguir hacia delante.

### **9.3. LA INFLUENCIA DE LOS ROLES DE GÉNERO EN EL MANEJO DE LA IU POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO**

El tercer objetivo se refiere a desvelar cómo los estereotipos y los roles de género, la cultura y las propias creencias del personal sanitario han influido en el abordaje y la silenciación de la IU. Con este fin, retomo los tres elementos de la teoría de Valls (2009); los sesgos de género como mecanismo de **invisibilización**, la naturalización y el reduccionismo que hacen **inferiores** los síntomas y patologías de las mujeres, y la medicalización junto con el poder del acto sanitario cómo mecanismo de **control** sobre las mujeres.

#### **9.3.1. Las mujeres con incontinencia urinaria invisibles**

Algunas de las aportaciones de la teoría y de la acción feminista a la salud han sido visibilizar las desigualdades de género en salud, promover una ciencia de la morbilidad diferencial, y desvelar los sesgos de género en la atención sanitaria (Velasco, 2009).

En este apartado voy a desarrollar en primer lugar cómo la IU de las mujeres es invisible para la atención médica, principalmente por la falta de formación y conocimientos específicos sobre IU por parte del personal sanitario; en segundo lugar por el desconocimiento de su morbilidad diferencial; y en tercer lugar por los sesgos de género.

#### ***9.3.1.1. La falta de conocimientos sobre la incontinencia urinaria***

Existe aún un gran desconocimiento, por falta de investigación y de información, de las enfermedades que padecen las mujeres, de sus causas y de la manera de prevenirlas (Valls-Llobet, 2009).

En la revisión de la literatura, una de las pocas autoras que investiga sobre la falta de formación específica del personal sanitario del primer nivel de atención, relaciona esta carencia con la pérdida de calidad y atención que se ofrece a las mujeres con IU (Cockey, 2003). Esta autora especifica que los estudios de enfermería en Estados Unidos solamente cuentan con tres horas de formación sobre el manejo de la IU, a pesar de ser enfermería la especialidad que suele tratar a las personas que presentan esta patología.

En lo referente a nuestro entorno, los resultados han revelado cómo la formación específica sobre IU del personal sanitario es muy pobre y heterogénea en los currículos de todas y cada una de las especialidades, quedando al azar la formación de cada profesional, según el hospital dónde se forme como médico interno residente (en el caso de las especialidades médicas), o de tener motivación por la materia, tiempo y recursos económicos para formarse en cursos posgraduados (en el caso de enfermería, fisioterapia y comadronas).

Se deduce que la IU – una cosa de mujeres - no es suficientemente importante para las especialidades médicas cómo para incorporarla en los planes de estudios oficiales de enfermería, fisioterapia y medicina. A esta situación se le debe añadir, tal como he reflejado en el apartado sobre la fragmentación de los cuerpos, que tampoco hay un consenso sobre quien aplica unas u otras técnicas en la recuperación de la IU, por lo

que, en ocasiones, se encuentran profesionales sanitarios sin formación específica tratándola.

Igualmente, el tipo de investigación que se hace respecto a la IU de las mujeres favorece el no visibilizarla en toda su magnitud, ya que, en general, no se consideran los factores psicológicos, ni los sociales, reduciendo el conocimiento científico a los factores biológicos, insensibles al género.

Por consiguiente, esta falta de formación específica y de investigación provoca una sensación de malestar entre las mujeres y el personal sanitario entrevistado. En el caso de las mujeres, por no poder ser beneficiarias de tratamientos que son ignorados por algunos profesionales de la salud; y, en el caso del personal sanitario que sí se dedica a la IU, por sentir cómo otros profesionales desconocen, ignoran, e incluso desvalorizan su trabajo. Estos resultados coinciden con los trabajos de St. John et al. (2002) y Schäfer (2009) en los que se hacía patente la falta de formación acerca del manejo de la IU por parte del personal sanitario.

En definitiva, la IU, una patología muy frecuente entre las mujeres, no se estudia en profundidad en los planes de estudios de las ciencias de la salud, ni se atiende con un enfoque biopsicosocial sensible al género, lo cuál contribuye a su invisibilidad.

#### **9.3.1.2. La invisibilidad de la morbilidad diferencial de la incontinencia urinaria**

*“Cuando se habla de problemas de salud y de enfermedades, se habla de humanos, de humanos-hombre o personas-hombres, la salud de las mujeres es sinónimo de la de los hombres. Los diagnósticos y los tratamientos se hacen con visión androcéntrica donde el modelo de la normalidad es el hombre” (Fuentes, 2001, p.228).*

Según Valls (2009), la formación del médico o la médica de atención primaria o del hospital no ha sido enfocada hacia las patologías más prevalentes entre el sexo femenino. Hasta finales del siglo XX las enfermedades se estudiaban sin sexo pero en cuerpos masculinos, extrapolar los conocimientos obtenidos a los cuerpos femeninos. En los años ochenta, tanto el feminismo radical como el la igualdad promueven una ciencia médica que identifique y sea capaz de medir los problemas de salud de hombres y mujeres, sus factores determinantes y las desigualdades de género (Velasco, 2009), una ciencia que contemple la morbilidad diferencial.

El beneficio principal del desarrollo de una ciencia de la morbilidad diferencial es reconocer cómo las desigualdades en salud entre los hombres y las mujeres radican en las diferencias biológicas (Rohlf et al., 2000).

Considerando la morbilidad diferencial como *“el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino”* (Valls, 2009, p.160), la IU de las mujeres necesita un análisis más profundo para comprender por qué se invisibiliza y se trata de manera desigual e injusta respecto a la de los hombres o a otros procesos patológicos.

La IU tiene, en la mayoría de los casos, mecanismos fisiopatológicos y factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres. Además, es mucho más prevalente en mujeres. Por lo tanto, requiere de una atención específica en la prevención y el tratamiento para no dejar ocultos e invisibles factores de riesgo que no son explicables en exclusiva por la biología y que pueden crear sesgos en su atención sanitaria.

Los estudios sobre los factores de riesgo que predisponen a las mujeres a la IU se centran principalmente en procesos fisiológicos, como son el embarazo, el parto, el puerperio y la menopausia. Obviamente, los eventos reproductivos dan a las mujeres riesgos únicos de morbilidad que no experimentan los hombres. Además, el sistema reproductivo más complejo de las mujeres aumenta sus riesgos de padecer otros trastornos específicos (Valls-Llobet, 2009). Considerar estos factores de riesgo no es excluyente de observar

otros procesos que predisponen a las mujeres a desarrollar la IU, y que se encuentran ocultos tras los estereotipos y roles de género. Es necesario evitar renaturalizar la IU de las mujeres, ginecologizándolas por una parte, ocultando sus factores de riesgo tras los roles de género, por otra, y estudiar cómo sus condiciones de vida pueden desencadenarla.

En el apartado que he dedicado a la feminidad normativa de la IU, he reflexionado sobre la necesidad de visibilizar y estudiar la relación de los roles de género asignados a las mujeres y la explotación doméstica con los riesgos sobre la salud en general, y sobre la IU, particularmente. Así mismo, las dobles y triples jornadas implican una falta del recurso “tiempo” que dificulta la adherencia al tratamiento o el seguimiento de las medidas preventivas que se pautan a las mujeres con IU.

Otra de las diferencias que se debe considerar en la morbilidad diferencial de la IU – y que también desarrollaré en el apartado dirigido a los sesgos de género – es el debut repentino en los hombres versus el progresivo en las mujeres, hecho que determinará el tipo de derivación y accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

Para terminar, es importante reconocer como la invisibilidad de la morbilidad diferencial de la IU genera desigualdades que van a producir sesgos de género en su atención sanitaria.

### ***9.3.1.3. Los sesgos de género en la atención a la incontinencia urinaria: investigación, diagnóstico y tratamiento***

Ruiz-Cantero et al. (2013) define los sesgos de género en salud como el proceso por el cual se asumen los estereotipos de género como supuestos científicos, sin realizar un análisis más riguroso en términos de sexo-género, y se extraen conclusiones basadas en supuestos erróneos sobre la igualdad o las diferencias entre hombres y mujeres. Estos sesgos se reproducen en nuestro sistema sanitario, tanto en el método científico biomédico como en la atención médica (González San Juan, 2011; Ruiz-Cantero &

Verdú-Delgado, 2004; Tasa-Vinyals et al., 2015). Una de las formas más evidentes de esta reproducción en medicina es dar por supuesto que los riesgos y problemas de salud son iguales para hombre y mujeres (Valls-Llobet, 2009).

Voy a recapitular sobre algunos de los sesgos de género que, a través de los resultados obtenidos en este estudio han sido desvelados, y que se desarrollan en el ámbito de la investigación y en la atención sanitaria de la IU.

### ***Sesgos de género en la investigación de la IU***

Por una parte, el personal sanitario tiene unos conocimientos respecto al abordaje de la IU insensibles al género porque provienen de una investigación sobre la IU que no incorpora la perspectiva de género (Cockey, 2003). Por otra parte, no hay investigación de la morbilidad diferencial respecto a la IU.

Por consiguiente, los hallazgos, las conclusiones, y las recomendaciones de la investigación sobre la IU que no tienen en cuenta ni las condiciones de vida, ni las condiciones de trabajo de las mujeres, y promueven una práctica clínica sesgada. El rigor científico en medicina no puede abstraer de los condicionantes culturales y laborales sobre el organismo (Valls-Llobet, 2009).

### ***Sesgos de género en el proceso diagnóstico y terapéutico de la IU***

Primero, la latencia en la consulta por IU es radicalmente distinta entre hombres y mujeres. En los resultados se ha podido corroborar lo que la literatura también expresa, y es que ellas tardan años desde los primeros episodios de escapes hasta buscar ayuda formal (Dijkstra et al., 2008; Irwin et al., 2006; Neal & Linnane, 2002; Christine Shaw et al., 2006; St John et al., 2002). También se sabe que una de las causas por las que esto sucede es la construcción de un modelo cultural que representa la IU como una cuestión de género que impregna a la sociedad y al personal sanitario (Volkmer et al., 2012) . Sin embargo, a pesar de conocerse esta ocultación y la falta de consulta por parte de las

mujeres con IU, el personal sanitario cargado de sus propios prejuicios y estereotipos de género es incapaz de romper esta dinámica renaturalizando la IU.

Segundo, no se consideran los riesgos que tiene una mujer derivados de los roles de género asignados y las exigencias sociales hacia su cuerpo porque no se han investigado en base a la morbilidad diferencial de la IU.

Tercero, la derivación de las mujeres con IU se hace más compleja y larga a causa de la ginecologización de su salud. Las mujeres que necesitan fisioterapia, muchas veces son visitadas previamente por la comadrona y por la ginecóloga, pasos intermedios de los que los hombres están exentos. Estas visitas previas pueden, además, ralentizar la derivación a fisioterapia, incluso según el o la profesional que las atienda (al no haber criterios ni protocolos comunes) puede considerar no derivarla.

Cuarto, las mujeres hacen más uso de los servicios de atención primaria, ya que presentan más enfermedades crónicas (Brugulat et al., 2001; Castellá et al., 1997; Larrañaga & Batteredxea, 2002). Sin embargo, no hay una rutina para diagnosticar la IU y considerarla un problema de salud legítimo (Cockey, 2003). El enfoque de las patologías crónicas, y también el que la IU requiere, debe ser interdisciplinar, pero la atención primaria está contaminada por el sesgo de género existente en la ciencia. En palabras de Valls et al. (2008), en ella sólo se valoran diagnósticos, clasificaciones y globalizaciones a toda costa, dejando sin contabilizar las diferencias, las especificidades, la subjetividad, los diagnósticos abiertos, o la relación de los diferentes síntomas.

Quinto, existe una diferencia importante en la adherencia al tratamiento fisioterápico. En los resultados, algunas de las fisioterapeutas entrevistadas han señalado que la adherencia al tratamiento conservador es significativamente más alta en los hombres que entre la de las mujeres. Ellas ya llevan demostrando durante años que la IU no les ha impedido seguir con sus dobles jornadas laborales. En cambio, los hombres que tienen IU están de baja laboral mientras reciben su tratamiento fisioterápico porque ya estaban de baja laboral por una cirugía que es la causante de la IU, además, ellos no se

ocupan de las cargas domésticas y de cuidados en la misma proporción que ellas. Introducir el tratamiento fisioterápico de la IU en una jornada típica de las mujeres-madre, que además tienen un trabajo remunerado, que se encargan de la compra, cocinar, limpiar la casa, hacer las visitas al pediatra, actividades extraescolares, etc., se hace muy difícil.

Todas estas situaciones ponen en desventaja a las mujeres frente a los varones porque ya se ha puesto de relieve cómo las desigualdades en salud por razón de género se desarrollan en el contexto de una ciencia médica androcéntrica, nacida principalmente en los hospitales, donde la mayoría de patologías son agudas y de predominio masculino (Valls-Llobet, 2009). La mayor parte de derivaciones de varones con IU hacia el tratamiento conservador proceden del servicio de urología, normalmente tras una cirugía de próstata. En cambio, las mujeres que solicitan ayuda a su médico o médica de atención primaria pueden iniciar un camino – no siempre es el mismo – que pasaría por la comadrona, por ginecología y/o urología, y, finalmente, por rehabilitación en el mejor de los casos.

Así lo ha descrito el propio personal sanitario de las unidades de rehabilitación y fisioterapia de SP, quienes dicen recibir a los hombres justo después de la intervención quirúrgica, y en el caso de las mujeres dependerá de todo el proceso de derivaciones que no siempre son a causa de una intervención.

Resumiendo, se ha podido comprobar la existencia de algunos sesgos de género en la investigación y en la atención médica de la IU, que crean situaciones de desigualdad en el diagnóstico y la atención de las mujeres.

Los mecanismos que invisibilizan en parte la IU de las mujeres son la falta de conocimiento y formación del personal sanitario, en general, y de investigación específica con enfoque biopsicosocial, en particular. Esto puede explicar porqué no se atiende de manera ajustada a las necesidades específicas de las mujeres con IU y, en consecuencia, se producen y reproducen los sesgos de género.

### **9.3.2. Las incontinencia urinaria de las mujeres: un problema de salud inferior**

En este apartado voy a discutir cómo la IU de las mujeres se convierte en un problema médico de inferior categoría a través de los procesos de la naturalización y del reduccionismo.

#### ***9.3.2.1. La naturalización y la insoportable inevitabilidad de la incontinencia urinaria de las mujeres***

Ya se ha puesto de manifiesto que la naturalización de la IU por parte de las propias mujeres, y de la sociedad en general, es determinante en la falta de consulta de la misma. El personal sanitario, a través de sus propias creencias y de los sesgos de género aprendidos es su formación, renaturaliza la IU.

El proceso por el cual se naturalizan ciertos problemas de salud de las mujeres en el ámbito médico está descrito por Valls (2009) y se ajusta a lo que sucede con la IU de las mujeres. La IU, al igual que otros trastornos, no se suele tratar, a pesar de que se ha comprobado que genera graves deficiencias en la calidad de vida porque son muy frecuentes. Pero, al ser frecuentes, la medicina los ha considerado normales en la mujer.

Efectivamente, la IU y todas las disfunciones del suelo pélvico de las mujeres, son muy frecuentes, un tercio de la población tiene alguna de ellas (Hunnskaar et al., 2004). Sin embargo, es un problema de salud invisible, que se informa muy pocas veces en las encuestas de salud (cita), y que es tratado solamente en una pequeña proporción de las mujeres que lo padecen (Cheater, 2009; Irwin et al., 2006; Norton & Brubaker, 2006).

Una de las profesionales sanitarias entrevistadas señalaba como la IU se ha convertido en un síntoma de *ser mujer*, y no un síntoma de una patología. Se ha materializado la idea de que mujer es igual a IU. Este proceso, por el cual la IU pasa de ser frecuente a normal, y por consiguiente natural, está sustentado en el género. No hay un ideario social que presuponga que los hombres son incontinentes por naturaleza.

Este ideario social construido sobre preconceptos de género está, a su vez, fomentado en la propia ciencia médica según Peake y Manderson (2003), quienes sostienen que se parte de una definición de IU ambigua – un problema social o higiénico que es demostrable objetivamente – porque una parte de la IU pertenece al mundo personal, y otra parte, la objetivamente demostrable, requiere el análisis de un experto, y ya se ha demostrado que, debido a los sesgos de género, no siempre es así.

Las consecuencias de la naturalización de la IU por parte de las mujeres, y de la renaturalización por parte del personal sanitario, conducen, sin más preámbulo, a situarla como una condición inevitable. Este hecho queda muy bien reflejado en el trabajo de (Peake & Manderson, 2003) que destaca que la idea de la inevitabilidad de la IU por el género es tan fuerte, que algunas mujeres esperan que llegue esta condición cuando aún no ha aparecido, igual que esperaron el acontecimiento de su primera menstruación, alentadas por construcciones culturales del personal sanitario, que al no darles una vía de acceso a ninguna solución, la refuerzan como normal.

### ***9.3.2.2. Reduccionismo de la incontinencia urinaria: invisibilización de la sintomatología y de las quejas de las mujeres***

El paradigma biomédico contempla, principalmente a las mujeres desde una perspectiva reproductiva, por lo que, difícilmente, se puede vislumbrar cualquier otra cosa que no tenga que ver con úteros, ovarios y mamas (Esteban, 2003). Este reduccionismo reproductivo también lo han denunciado autoras como Valls-Llobet (2009) o Fuentes (2001), quienes describen que la asistencia a las mujeres se confunde con la asistencia a las funciones reproductivas (biológicas), dejando sin cobertura básica otros problemas de salud, incluidos, paradójicamente, los secundarios al parto y puerperio, como es el caso de la IU.

En mi opinión, el estudio con perspectiva de género de la IU de las mujeres está estrechamente ligado a su salud sexual y reproductiva por dos razones, la primera por la relación del embarazo-parto con los factores de riesgo (Ewings et al., 2005; Lazarevski,

2005); la segunda, por la representación simbólica de naturalización de la IU, que se ha hecho patente entre las personas informantes, que se reconoce también en la literatura revisada (Smith et al., 2012; Volkmer et al., 2012).

Por lo tanto, por muy paradójico que resulte, el reduccionismo reproductivo puede suponer dos finales nefastos en lo referente a la atención de la IU de las mujeres. Primero, si bien es cierto que hay una relación de la misma con el embarazo y el parto, esto provoca que dejemos de ver y atender otras causas que también provocan IU en las mujeres, invisibilizado, una vez más, otros procesos de salud-enfermedad de las mujeres no relacionados con su función reproductiva. Segundo, por lo contrario, a pesar de la insistencia de la mirada médica sobre esta función reproductiva, una vez cumplidas las expectativas de toda buena-mujer, parir, la medicina se vuelve ciega incluso en el posparto más inmediato, abandonando a las mujeres y sus necesidades al lugar de donde venían, la invisibilidad y el silencio. Algunas autoras describen en sus trabajos como la atención al posparto es prácticamente nula por falta de tiempo, de recursos, y del tipo de organización sanitaria (Encabo-Solanas et al., 2016; Valls-Llobet, 2009).

En los discursos, tanto del personal sanitario cómo de las mujeres, se ha considerado que la sintomatología de la IU no es suficientemente importante, no es vital. Se confunde la no necesidad de intervención quirúrgica, con la poca importancia de la IU: En palabras de ellas: *“lo mío no es importante porque todavía no necesita operación”*, o confirmado por el médico *“usted no está para operar”*. Entre la intervención quirúrgica y no hacer nada, la calidad de vida de estas mujeres se va deteriorando, pero el discurso del “experto” las ha dejado relegadas a esperar pasivamente. Coincido con Peake y Manderson (2003) cuando dicen que esta falta de rol proactivo de los médicos y médicas las desarma y las desempodera, o, en palabras de Valls (2009), las anula.

En la revisión de la literatura también aparece la misma queja sobre que la IU se considera, por parte del personal sanitario una cuestión secundaria y molesta que solamente les hace perder el tiempo (Basu & Duckett, 2009; St John et al., 2002). Los malestares están totalmente jerarquizados, independientemente de la percepción,

vivencia o sufrimiento que comporten para quien los padece (Esteban, 2004), y la IU no es una enfermedad grave que comprometa la supervivencia, por lo que no recibe una escucha real.

En la última encuesta de salud Europea de España de 2014 (Instituto Nacional Estadístico, 2014) se señalan los diez problemas crónicos de salud más frecuentes de la población española, destacando el dolor de espalda crónico lumbar (17,34%), la artrosis (16,36%) y el dolor de espalda crónico cervical (14,7%) como los más prevalentes. Sin embargo, no se hace mención de la IU femenina, a pesar de superar la prevalencia de todos ellos, situándose en el 24%, según Rebassa et al (2013). Además, sí que se recogen en esta encuesta los problemas de próstata, que se sitúan en una prevalencia del 5,39%. No es de extrañar que la IU de las mujeres se invisibilice, si ni siquiera se considera en encuestas oficiales, a pesar de superar con creces las tasas de otros problemas y la IU masculina - que sí está representada -. ¿Cómo no van a considerar las mujeres que sus problemas son menos importantes?

Resumiendo, el reduccionismo reproductivo o la atención ginecologizada de la salud de las mujeres invisibiliza procesos patológicos como la IU, que no se explican en base a esta función, y también invisibiliza otros procesos que se han considerado “normales”.

En conclusión, la naturalización y el reduccionismo biológico producen una asimilación de la IU de la mujer como normal, generalmente vinculada al hecho de parir y a la vejez, por lo que demasiadas veces no se consideran las molestias, el sufrimiento y la merma de la calidad de vida de las mujeres merecedoras de ningún tipo de atención. Según Tasa et al. (2015), existe un sesgo en la credibilidad de los síntomas y yo añadiría en la licitud de los mismos. ¿Qué es más importante, una lumbalgia o la IU?, ¿Qué es más invalidante? ¿Quién lo decide, la mujer o el personal sanitario?.

### **9.3.3. El control de la salud de las mujeres y la incontinencia urinarias**

Los roles asumidos por gran parte del personal sanitario están sujetos a una ciencia androcéntrica que controla la salud de las mujeres y sus cuerpos a través de la

medicalización e instrumentalización por parte del sistema médico-científico en todas y cada una de las fases de la reproducción biológica (Esteban, 2010; Valls-Llobet, 2009).

Teniendo en cuenta la premisa de Esteban (2010) y Valls-Llobet (2009), además de los resultados obtenidos en los discursos, voy a reflexionar sobre cómo el control que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres también influye negativamente en la IU. Este apartado lo he estructurado en torno a los tres temas que son los que han resultado más relevantes tras el análisis: el suelo pélvico como campo de batalla, el paso de la medicalización de la prevención al encarnizamiento médico, y, por último, el poder del acto médico.

#### **9.3.3.1. El suelo pélvico como campo de batalla**

El SP es un campo de batalla en muchos sentidos, y así lo han corroborado los resultados obtenidos en este trabajo. En los discursos del personal sanitario se ha vislumbrado cómo la lucha de las competencias entre diferentes especialistas se traslada al cuerpo de las mujeres, sobre el que los y las profesionales creen tener el monopolio.

Este conflicto se origina en los límites anatómicos del SP o en los procedimientos médicos que se dirigen al tratamiento de las diferentes disfunciones. En los discursos del personal sanitario entrevistado se hace referencia constante al compartimento anterior, posterior o apical del SP, para referirse a la región en la que se encuentra en sistema urinario, digestivo o reproductor. Dependiendo de la región, y el sistema orgánico que contenga, se describe una parcela operable propiedad del/la urólogo/a, del/la ginecólogo/a, o del/la coloproctólogo/a. Parece que se trate de conquistar un territorio o de defenderlo a golpe de bisturí, pero *el “suelo pélvico no es de nadie, es de la mujer”*, como señalaba una de las rehabilitadoras entrevistadas.

La IU de las mujeres se desarrolla por etiologías que comprometen y que se relacionan en estas tres regiones anatómicas. La gravedad de la sintomatología o el daño de las estructuras que mantienen la continencia pueden ser objeto de una intervención

quirúrgica que pueden ser realizada por las tres especialidades. El problema es que no hay un acuerdo entre las mismas, y, en ocasiones, una intervención por parte de una de las especialidades, en uno de los tres compartimentos del SP, que no tenga en cuenta la situación de los otros dos compartimentos, puede ocasionar otras disfunciones y viceversa.

La IU necesita un enfoque interdisciplinar urgentemente, porque la batalla que se libra sobre el SP de las mujeres, la fragmentación de los cuerpos, la extrema especialización, y sofisticación de la medicina, puede conllevar varias intervenciones quirúrgicas, una por cada “parcela” o por cada especialista.

### **9.3.1.2. De la medicalización de la prevención al encarnizamiento médico.**

La medicina ha controlado los procesos fisiológicos de las mujeres a través de los estereotipos de género, en este caso, no por visibilizarlos, sino por visibilizarlos siempre como un problema, como una enfermedad que hay que tratar (Valls-Llobet, 2009) y dar sentido a la ginecologización de la atención de la salud de las mujeres (Fuentes-Pujol, 2001)

El control y el poder médico, que convierte en patológica la prevención de los procesos fisiológicos (embarazo, parto y menopausia), institucionalizándola y medicalizándola (Esteban, 2006; Gérvas & Pérez-Fernández, 2016; Valls-Llobet, 2009), tiene como consecuencia una circulación obediente de las mujeres a través de protocolos que se amparan en “*por tu propio bien*”, y “*el del bebé*” (en el caso del embarazo).

Es muy relevante para mi estudio mencionar los discursos sociales que relacionan algunas de las rutinas instrumentales y no instrumentales en el parto (episiotomía, cesárea, maniobra de Kristeller, uso de fórceps, pujos dirigidos, posición de litotomía, etc.) con los traumatismos del SP y la musculatura abdominal, que, a medio plazo, pueden significar el desarrollo de IU y prolapsos pélvicos (Amostegui Azkúe et al., 2004; Ewings et al., 2005). Es decir, la medicalización de la prevención de las posibles complicaciones del parto pone en marcha una serie de técnicas que también va a

ocasionar disfunciones en el SP, que no siempre van a ser tratadas porque se consideran normales después del parto.

Algunas de las profesionales sanitarias entrevistadas critican el sobre-uso de la episiotomía a pesar de las recomendaciones de la OMS y la publicación de *la Estrategia de la atención al parto normal* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Reconocen que, durante muchos años, se han hecho episiotomías a todas las mujeres para evitar desgarros, cuando no existe evidencia científica que demuestre su efectividad (Carroli & Belizan, 2007). La episiotomía es solo un ejemplo entre todas las otras prácticas “preventivas”. Recio Alcaide (2015) corrobora que las cifras de partos instrumentalizados en España en la sanidad pública en la actualidad superan las recomendadas.

La medicalización de la prevención también puede definirse cómo *el encarnizamiento médico con las mujeres* (Gérvas & Pérez-Fernández, 2016), considerándolo como la oferta y prestación de servicios muy por encima de lo que se necesita, de forma que los beneficios no compensan los daños. Teniendo en cuenta esta definición, también se puede reflexionar y considerar si las mujeres a las que se les realiza cirugía para la IU (a través de la colocación de mallas quirúrgicas) están bien informadas de las complicaciones, riesgos y beneficios.

Añade Gérvas (2016), que también es encarnizamiento médico la negación u omisión de los servicios apropiados. En este sentido, en los discursos del personal sanitario, de las mujeres, y también en la revisión de la literatura realizada, se ha desvelado la dificultad que las mujeres tienen para llegar a ser tratadas con las medidas más conservadoras. Delarmelindo (2013), por su parte, desvelaba que las mujeres que no eran atendidas con métodos conservadores empeoraban su situación hasta convertirse en candidatas a ser intervenidas quirúrgicamente.

### 9.3.3.2. *El poder del acto médico*

Autoras como Babi (2015), Valls (2009) o Velasco (2005) defienden que en la atención médica que las mujeres reciben pueden manifestarse tratos inadecuados – o microviolencias –. Este término acuñado por Bonino (1999) se refiere a violencias poco reconocidas, que coartan y minan la autonomía personal, y que se ejercen de manera sutil e insidiosa. Estas microviolencias, trasladadas al acto médico, son la no realización y la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (causas biológicas, aspectos psicológicos, sociales, culturales y medioambientales); así como la reproducción de estereotipos de género que sesgan y discriminan algunos procesos de salud-enfermedad de las mujeres (Valls-Llobet, 2009).

Los relatos de las experiencias de las mujeres con IU no se han centrado solamente en el sufrimiento ocasionado por padecerla, sino que han descrito otros sufrimientos o quejas dirigidas a un sistema sanitario que las ha silenciado, las ha ignorado, y las ha mantenido desinformadas. Esta idea está contrastada con algunas de las opiniones más críticas del personal sanitario entrevistado. El malestar o conjunto de quejas de las mujeres también son frecuentes en otros contextos geográficos, según ha demostrado la literatura sobre el tema (A. L. Smith et al., 2012; St John et al., 2002; Volkmer et al., 2012), y en mi opinión, estas quejas pueden explicarse por el trato inadecuado que ellas han recibido en el acto médico.

Según las participantes en los grupos de discusión, a través del acto médico se las ha **silenciado** al no tomar en consideración el relato de los síntomas y las molestias que relatan, minimizando la escucha de los problemas que plantean, o no respondiendo a las preguntas, o contestando con frases hechas sin ningún tipo de valor, como “*es normal y ya se te pasará*” o “*está usted estupenda*”. En palabras de Babi (2015), la verdad de la paciente se pone en entredicho dudando de su capacidad de percibir e interpretar su cuerpo. Se las ha **ignorado** porque no hay esfuerzo diagnóstico ni tampoco se las deriva a un especialista, porque no se tiene en cuenta la morbilidad diferencial, invisibilizado los riesgos por razón de género. Finalmente se las ha mantenido **desinformadas** – algunas veces – o mal informadas – otras –, porque, lejos de

dar consejos verdaderamente útiles y que estén basados en la evidencia para el manejo de la IU - como podrían ser qué factores de riesgo evitar -, en ocasiones se las anima a usar compresas, o a realizar alguna rutina en el gimnasio como Pilates (ignorando el tratamiento fisioterápico, que sí está basado en la evidencia). Es muy frecuente que reciban el consejo de hacer ejercicios de contracción voluntaria, sin cerciorarse de su correcto aprendizaje, o que hagan pipí antes de salir de casa para evitar escapes después, obviando que no se puede ni acortar ni alargar el tiempo entre micciones.

Este tipo de situaciones, que han sido descritas por las mujeres informantes, ya habían sido discutidas por otras autoras. Por ejemplo, Swahnberg (2007) analiza cómo las mujeres suecas habían sentido impotencia o pérdida de poder, las habían ignorado, o habían sido desatendidas y tratadas con falta de empatía en los servicios sanitarios. Según Valls (2009), el resultado de todo esto es la anulación de las mujeres en algunos de los procesos de salud y enfermedad. Además, añade que el tipo de lenguaje o jerga técnica que utiliza el personal sanitario también es un instrumento de control que desinforma y deja sin recursos a las mujeres, situándolas en un rol de subordinación y expectación a las palabras y acciones sabias de los expertos.

En el caso de las mujeres con IU, cuando el urólogo/a o ginecólogo/a les dice *“esto está para operar”* les da una oportunidad, pero cuando les dice *“esto no está para operar”* las mujeres quedan en el limbo hasta estar peor (operables), conviviendo con la IU, con una pésima calidad de vida.

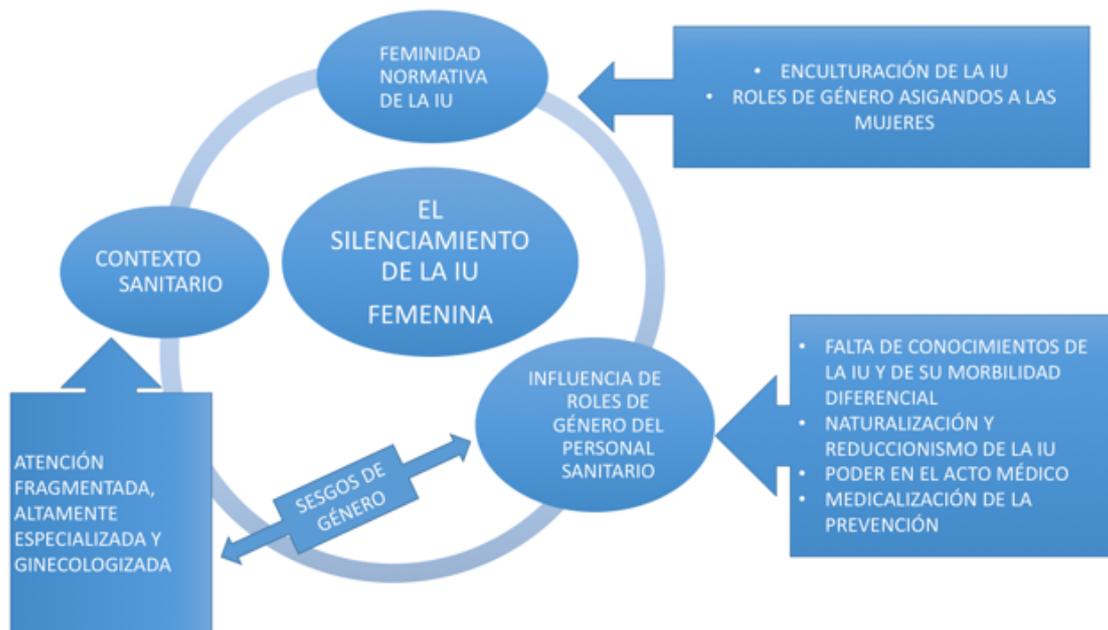
En definitiva, las mujeres con IU están subordinadas al poder de los expertos y de sus saberes. El personal sanitario tiene la capacidad de procurar o de suprimir prestaciones médicas y de utilizar técnicas agresivas antes que conservadoras acompañadas de el mensaje *“por tu propio bien”*. Coincido plenamente, después del análisis de los resultados, con el trabajo de Delarmelindo (2013), *Entre la esperanza y el sufrimiento*, porque describe muy bien los sentimientos que las mujeres han expresado a cerca de la atención sanitaria, y que también en nuestro contexto han aparecido. Esta autora describe que cuando una mujer acude a su médico/a a consultar por su IU tiene la

esperanza de ser atendida y de poder solucionar su problema a través del mejor tratamiento disponible, tiene la esperanza de dejar de sufrir y recuperar su autonomía y control. Sin embargo, cuando la persona experta, desde su posición privilegiada, no la escucha, no la mira, no la atiende, no la informa, ella y su IU se vuelven invisibles y subordinadas al sistema sanitario, y pasan de la esperanza de ser curada al sufrimiento de ser anulada.

Además del poder del acto médico ejercido directamente sobre las mujeres, otro discurso ha desvelado otra manera de ejercer el poder, a través de la resistencia frente a la apertura de las primeras unidades de SP de fisioterapia. Este discurso de resistencia se apoyaba en argumentos tan peregrinos como la inexistencia de mujeres con IU en la isla de Mallorca, y ponía en peligro el destino de la atención fisioterápica de las mismas.

Para concluir este apartado dirigido a la relación de los roles de género que el personal sanitario atribuye a las mujeres, con el silenciamiento de la IU, quiero destacar como ha quedado al descubierto la principal causa: las prácticas en el entorno sanitario en el manejo de la IU son insensibles al género. Grosso modo, este estilo de atención sanitaria provoca desigualdad en el trato entre las mujeres y los hombres con IU, dejándolas a ellas en desventaja. La falta de conocimiento sobre la morbilidad diferencial, la naturalización y reduccionismo de la IU femenina, la atención ginecologizada de las mujeres, las prácticas que medicalizan la prevención de los procesos fisiológicos, y el poder del acto médico son algunas de las causas particulares. En el esquema siguiente se representan los aspectos más importantes que influyen en el silenciamiento de la IU femenina y cómo se relacionan entre ellos.

FIGURA 10. EL SILENCIAMIENTO DE LA IU FEMENINA



#### 9.4. LA ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO.

Para poder responder al fin a la cuestión de si existe accesibilidad al tratamiento de fisioterapia (conservador, preventivo, poco invasivo, efectivo y con pocos efectos secundarios), es necesario recapitular todos los temas tratados anteriormente, ya que la respuesta es una miscelánea de todos ellos. Por una parte, se ha discutido sobre cómo los recursos existentes y los circuitos de las derivaciones entre los mismos limitan en gran medida la accesibilidad; en segundo lugar, se ha establecido cómo los estereotipos y roles de género de las mujeres dificultan que éstas emprendan acciones empoderadoras; y, en tercer lugar, se ha mostrado cómo los estereotipos y roles de género que el personal sanitario atribuye a las mujeres con IU dificultan también la accesibilidad.

##### 9.4.1. El contexto sanitario dificulta la accesibilidad al tratamiento fisioterápico

Como ya he comentado anteriormente, el camino que las mujeres con IU recorren para acceder al tratamiento fisioterápico en la isla de Mallorca es largo, no siempre es el mismo y muchas de ellas se quedan por el camino.

El contexto sanitario y sus características son causa de la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico. La atención médica altamente especializada y fragmentada ha favorecido el desarrollo de unidades de SP en los hospitales, pero la atención fisioterápica para las disfunciones del SP, incluida la IU, es prácticamente nula o anecdótica en atención primaria. Además, el acceso de las mujeres a las unidades especializadas hospitalarias es imposible para la mayor parte de ellas por considerarse su IU incipiente o leve. Por lo tanto, aquellas mujeres con IU que no requieren tecnología para su tratamiento no tienen alternativas dentro de la prestación que el sistema sanitario público balear ofrece.

La falta de dotación en atención primaria para el tratamiento fisioterápico de la IU es reflejo de la situación de la fisioterapia en nuestro modelo sanitario, en cuanto a la escasez de recursos humanos, el tipo de tratamientos que ofrece, y la falta de autonomía de la profesión. Los centros de atención primaria de la isla de Mallorca cuentan con menos de treinta fisioterapeutas en total, para una población que, según el padrón de 2011, superaba las 860.000 personas según los datos del IBESTAT (Govern de les Illes Balears, 2011), una plantilla que ha aumentado muy poco en los últimos 25 años. Además, el tipo de atención fisioterápica que históricamente se ha prestado va dirigida, principalmente, a procesos crónicos del sistema músculo-esquelético y enfocada a paliar la sintomatología que provocan, en especial el dolor y la rigidez articular, para mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas.

Aunque la fisioterapia uroginecológica ya cuenta con más de 20 años de desarrollo en el estado español, y está dirigida también a mejorar la calidad de vida y la autonomía, en este caso de las personas que tienen disfunciones del SP, entre las que destaca la IU (Cotterill, 2011; Flores & Pizarro, 2012), su implementación en los sistemas sanitarios públicos es escasa, muy heterogénea, y no responde a un protocolo común basado en

las guías de práctica clínica ¿Por qué no es merecedora de un espacio de tratamiento al mismo nivel que los problemas músculo-esqueléticos?

El acceso al tratamiento fisioterapia de las mujeres con IU es desigual e injusto porque no se considera un problema de salud suficientemente importante, en comparación a otros menos frecuentes e igualmente limitantes, se inferiorizan los síntomas relatados por las mujeres. También hay una inequidad entre los hombres, que acceden normalmente desde el mismo hospital donde fueron intervenidos por problemas de próstata, respecto a las mujeres, que suelen iniciar su *peregrinación* en atención primaria. Al no considerarse un problema grave, pocas de ellas llegan a las unidades de SP de los hospitales, que se encuentran colapsadas con más de un año de lista de espera.

Otra de las dificultades para acceder al tratamiento fisioterápico es el conflicto o solapamiento de algunas intervenciones dirigidas al manejo de la IU por parte de enfermeras, comadronas, y fisioterapeutas, situación descrita en la literatura por Wells et al. (2003). Esta situación puede ser una oportunidad para la colaboración entre todas las especialidades, y, en algunas ocasiones, se ha llegado a consenso en las competencias de cada una, aunque también se puede presentar como un escollo en la accesibilidad de las mujeres al tratamiento. Lo cierto es que, sin un buen aprendizaje y supervisión de los ejercicios de SP, no habrá buenos resultados, ni tampoco adherencia al tratamiento. Smith et al. (2012) han descrito el malestar de las mujeres por no haber sido supervisadas durante el aprendizaje de los ejercicios.

#### **9.4.2. La feminidad normativa de la IU**

Algunas de las causas por las que no hay accesibilidad al tratamiento fisioterápico residen en las propias creencias estereotipos de género y estrategias limitantes de las mujeres. La feminidad normativa de la IU es el proceso por el cual las mujeres asumen y esperan la llegada de la IU como un acontecimiento natural e inevitable en sus vidas, como la menstruación. Esta asunción no es exclusiva de las mujeres, sino que está

sustentada en la cultura, las normas sociales, y en un sistema sanitario insensible al género.

Los roles de género asignados a las mujeres limitan el acceso al tratamiento fisioterápico por las siguientes razones:

- 1) Porque se ha naturalizado la IU como un síntoma de ser mujer, muchas veces relacionado con la función de parir, y otras veces relacionado con el proceso del envejecimiento.
- 2) Las condiciones de vida de las mujeres en relación a la explotación doméstica y la doble jornada, además de predisponerlas a desarrollar IU, les impide tener el recurso del tiempo para acceder al tratamiento y adherirse.
- 3) Hay una tendencia progresiva por parte de muchas mujeres a practicar deportes de impacto, fomentada por los cánones de belleza actuales. Dentro de estas prácticas se las empieza a enculturar para no reaccionar frente a la IU.

#### **9.4.3. El personal sanitario**

Otras de las causas de la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico reside en el personal sanitario que no es capaz de romper los prejuicios y estereotipos de género respecto a la IU de las mujeres por lo que sesgan su diagnóstico y tratamiento favoreciendo la ocultación y la silenciación. Algunos de los roles y estereotipos del personal sanitario respecto a la IU femenina son:

- 1) La visión unicausal y biologicista de la IU, que omite y silencia todos los factores relacionados con las condiciones de vida de las mujeres.
- 2) La naturalización y el reduccionismo reproductivo de la IU, así como la ginecologización de las mujeres.
- 3) La inferiorización y falta de credibilidad de los relatos de las mujeres con IU.
- 4) El control que se ejerce sobre los cuerpos de las mujeres a través de la medicalización de la prevención y la fragmentación de sus cuerpos, que predisponen a las mujeres a desarrollar IU.



## **CAPÍTULO 10. CONSIDERACIONES FINALES**



Llegados a este punto, es evidente que las dos cuestiones principales planteadas, el silenciamiento de la IU femenina y la accesibilidad de las mujeres al tratamiento fisioterápico, están estrechamente relacionadas: la falta de accesibilidad de las mujeres con IU al tratamiento fisioterápico es consecuencia directa del silenciamiento de la misma.

Sin embargo, esta relación directa, por sí sola, no explica la complejidad del silenciamiento de la IU femenina, ni tampoco contempla otros factores que influyen negativamente en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

Los resultados de esta investigación demuestran que el silenciamiento de la IU femenina es un fenómeno complejo, relacionado, fundamentalmente, con la propia percepción de las mujeres y la atención clínica que reciben por parte del personal sanitario. Por su parte, la falta de accesibilidad está relacionada, además, con el contexto de atención clínica y sus características.

A continuación ofrezco las conclusiones distribuidas en en dos apartados: el silenciamiento de la IU femenina y la accesibilidad al tratamiento fisioterápico. En un apartado posterior desarrollo algunas de las implicaciones y recomendaciones que se derivan del presente estudio.

## **10. 1. CONCLUSIONES**

### **10.1.1. El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina**

1) El silenciamiento de la IU femenina es un fenómeno del cual participan las propias mujeres, el personal sanitario que las atiende, y el contexto social y biomédico en el que se desarrolla.

2) Las normas sociales y culturales naturalizan la IU en las mujeres, mitificando su inevitabilidad. Esta enculturación respecto la IU femenina está fuertemente influenciada

por la publicidad de las compresas, por la transmisión entre generaciones de mujeres, y por parte del personal sanitario que todavía la considera normal.

3) Una de las aportaciones de la presente tesis es el concepto de **la feminidad normativa de la IU**, proceso por el cual las mujeres han aprendido a esperar la IU como un acontecimiento natural en su ciclo vital del cual no pueden escapar. Este proceso se ha construido a partir de los mandatos patriarcales hegemónicos, la naturalización social de las mujeres, la fragmentación y objetualización de sus cuerpos, que promueven respecto a la IU, el auto-silenciamiento de las mujeres y la naturalización y el reduccionismo (reproductivo) de la sintomatología por parte del contexto biomédico.

4) Las condiciones laborales de explotación doméstica, el cumplimiento de los roles de cuidadoras-doble-jornaleras-abuelas-esclavas, y las demandas sociales del culto al cuerpo a las que están sometidas las mujeres, además de predisponerlas a agravar la IU, favorecen su auto-silenciamiento por no disponer del recurso del tiempo para cuidarse. En estas condiciones, las mujeres emprenden estrategias limitantes como el uso de compresas, o la disminución de la vida social, deportiva y de ocio.

5) Existe aun bastante desconocimiento de la IU por parte del personal sanitario, a parte de los especialistas en las disfunciones del SP, quienes todavía confunden la alta frecuencia de la IU femenina con la normalidad y el acontecimiento natural por el hecho de parir o del paso de los años, favoreciendo el proceso de silenciamiento y auto-silenciamiento.

6) La sintomatología, las quejas referidas al sufrimiento, y la merma de la calidad de vida de las mujeres con IU no siempre son tratadas con la misma importancia que otros problemas de salud. La IU femenina se considera un problema de salud menos lícito porque no es suficientemente “grave” ni compromete la vida de las mujeres.

7) La atención clínica y la investigación de la IU son insensibles al género. Tampoco se ha estudiado la morbilidad diferencial más allá de los factores biológicos. Esta carencia produce y reproduce diferentes sesgos de género que silencian la IU femenina.

8) La medicalización de la prevención de los procesos fisiológicos de las mujeres así como el acto médico, como son el parto o la menopausia (que pueden debilitar el SP y predisponer a la IU), por una parte, y el acto médico que, a veces, no escucha, no mira, no atiende y no informa a las mujeres con IU, por la otra, son mecanismos por los que las personas expertas ejercen su control desde una posición privilegiada, convirtiendo a las mujeres en invisibles y subordinadas al sistema sanitario.

### **10.1.2. Accesibilidad al tratamiento fisioterápico**

1) Los recursos destinados al tratamiento fisioterápico en la isla de Mallorca están limitados a las unidades de SP especializadas de los hospitales. Aunque el personal que trabaja en ellas está altamente cualificado, no puede asumir a las mujeres con patología incipiente, como es el caso de muchas de las IU leves y moderadas, debido a las largas listas de espera. En atención primaria todavía no hay un recurso específico de fisioterapia que cumpla la función recomendada en las guías de práctica clínica. En consecuencia, muchas de las mujeres con IU no son derivadas a las unidades especializadas de fisioterapia de los hospitales, ni tampoco son atendidas por los fisioterapeutas de los centros de atención primaria.

2) La atención clínica de la IU es heterogénea y está fragmentada a consecuencia de la alta especialización y de la complejidad de la anatomofisiológica del SP. Se ha desvelado cómo los conflictos entre las diferentes especialidades por las competencias en referencia al abordaje de la IU femenina y la falta de unanimidad en los criterios de atención y derivación dificultan el acceso al tratamiento fisioterápico. Ante la presentación de la misma clínica, la IU femenina, los abordajes son múltiples.

3) El personal sanitario todavía tiene un gran desconocimiento de la fisioterapia uroginecológica y de los recursos disponibles en la isla de Mallorca, por consiguiente no derivan a las mujeres con IU.

4) La accesibilidad al tratamiento de fisioterapia de las mujeres con IU es desigual respecto a la de los hombres a causa de los sesgos de género que se producen en la atención clínica: la atención ginecologizada de las mujeres, la diferente derivación entre hombres-mujeres (hospital-atención primaria), la situación de baja laboral en la que se encuentran los hombres mientras son tratados, respecto a las mujeres que se encuentran en activo, el desigual reparto de las cargas domésticas y familiares entre unos y otras influye en la adherencia al tratamiento y en la naturalización y el reduccionismo reproductivo que se hace de la IU femenina que no se equipara a la masculina.

## **10.2. IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES**

### **10.2.1. Implicaciones en la práctica clínica**

En vista de los resultados presentados, es necesario promover un modelo para la atención para la IU sensible al género, que reconozca su morbilidad diferencial, que no reproduzca los sesgos de género, y no ginecologice la salud de las mujeres.

Otra recomendación para la práctica clínica es la promoción de una “ventanilla única” para prevenir y tratar en atención primaria las IU que no requieran de atención especializada, dando protagonismo y autonomía a la fisioterapia como primera línea de actuación, tal como se recomienda en las guías de práctica clínica (Dumoulin & Hay-Smith, 2008; Hay-Smith et al., 2008; Thüroff et al., 2011). La derivación directa a la especialidad de fisioterapia por parte del médico de familia o pediatría en atención primaria se recoge en la circular 4/91 (INSALUD, 1991), por la que se regula la ordenación de actividades de la fisioterapia de área en atención primaria. Así mismo, se considera que los y las fisioterapeutas de atención primaria deben dirigirse a los

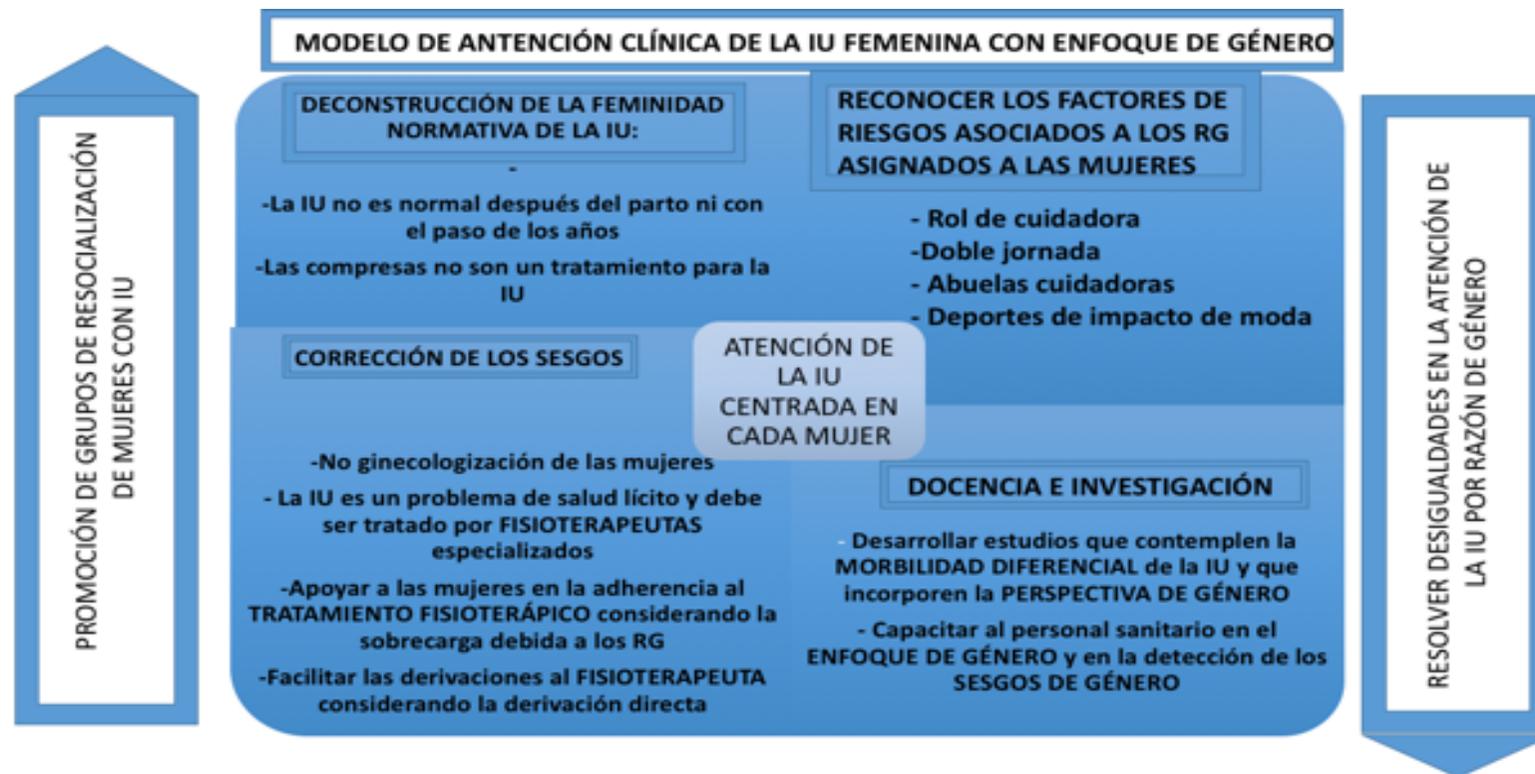
problemas de salud más prevalentes de salud de su área de población, y, que deben utilizar técnicas específicas de fisioterapia para el tratamiento (cinesiterapia, electroterapia, masoterapia, etc.).

Considerando todo lo anterior, la prevalencia de la IU entre las mujeres supera muchas de las patologías que se atienden actualmente en las salas de fisioterapia de atención primaria, y las técnicas para su recuperación son las mismas. Con todo esto, cabe preguntarse por qué se considera una lumbalgia más invalidante o importante que una IU femenina, y según el modelo propuesto con enfoque de género la respuesta se encuentra en todo el entramado de la feminidad normativa de la IU.

Teniendo en cuenta que el o la médico/a de familia podría diagnosticar los casos menos evolucionados de IU con el cuestionario IQOL y/o ICIQ-SF (Kelleher et al., 2013) se podría hacer la derivación directa al fisioterapeuta de primaria con todo el ahorro en derivaciones y consultas que supondría. En otros contextos europeos, y siguiendo las recomendaciones de las guías el/la fisioterapeuta de atención primaria es el/la profesional de referencia que atiende a las mujeres con IUE (European Association of Urology, 2015; Royal Dutch Society Physical Therapy, 2011),

A partir del *modelo del Rol de género como determinante social de la salud* de Sen et al. (2007) y las propuestas de Velasco (2009) para la práctica clínica con enfoque de género, he elaborado un modelo de atención clínica para las mujeres con IU que faciliten la accesibilidad al tratamiento fisioterápico que se expone en la figura 11.

FIGURA 11. MODELO DE ATENCIÓN CLÍNICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO



### **10.2.2. Implicaciones en la investigación y en la docencia**

Para poder ofrecer un modelo de atención clínica con enfoque de género a las mujeres con IU es imprescindible incorporar en los planes de estudios de ciencias sanitarias más contenidos teóricos y prácticos sobre la anatomía funcional del suelo pélvico y las disfunciones del mismo, además de señalar cómo se producen los sesgos de género en su abordaje.

Por eso, se deben fomentar más investigaciones con perspectiva de género dirigidas al desarrollo de la morbilidad diferencial de la IU que puedan hacer visibles factores de riesgo que quedan ocultos por la naturalización social de las mujeres y los RG que tienen asignados.

### **10.2.3. Implicaciones en las políticas**

Durante el desarrollo de esta investigación ya se han presentado algunos de los resultados en las *III Jornades de Salut i Gènere (2017)* organizadas por la *Conselleria de Salut* de las Islas Baleares, en el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de las Islas Baleares (2015), y en la *Summer School* organizada por la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares (2017). Los siguientes pasos van dirigidos a presentar un catálogo de los resultados más relevantes así como de recomendaciones y modelos propuestos para la atención de la IU femenina a las diferentes instituciones involucradas en la atención de la salud de las mujeres en las Islas Baleares: Coordinadora de Salud y Género de la *Conselleria de Salut*, la Directora del Institut Balear de la Dona, Gerencia de Atención Primaria, Colegio Oficial de Fisioterapeutas y colectivos de mujeres.

Los gestores de los servicios de salud deben saber, en un contexto en el que cada vez más se tendrán que justificar las inversiones en salud sobre el valor que aporta a la sociedad, que la falta de accesibilidad al tratamiento fisioterápico no es costo efectivo.

La Dirección Insular de Igualdad del *Consell de Mallorca* está promoviendo los *Espacios de Mujeres* y se ha interesado por este proyecto para potenciar uno de sus objetivos dirigidos a la salud.

Además de ofrecer este catálogo, la recomendación va dirigida a que se contemplen los enfoques biopsicosociales, con especial cuidado en el enfoque de género, en el diseño de las políticas de salud pública, y que se considere la situación de la atención de la IU femenina.

#### **10.2.4. Implicaciones para las mujeres y los Espacios de Mujeres.**

Y para acabar, vuelvo al principio, el lugar de donde vengo: el *Casal de les Dones* de Palma, lugar donde se inició este proyecto. En el modelo propuesto para la atención clínica de la IU femenina considero necesaria la promoción de los grupos de resocialización de mujeres con IU. Es una propuesta inspirada en el modelo de práctica clínica de Velasco (2009), y que tiene su origen en lo que ya promulgó *El Colectivo de Mujeres de Boston* (2000): la democratización del conocimiento para poder exigir servicios adecuados a los intereses y necesidades en salud de las mujeres.

Como resultado de este trabajo, la propuesta más esperanzadora es la que recae en las mujeres, y que va dirigida al fortalecimiento y la posibilidad de replicar los grupos de mujeres con IU que se han creado en *el Casal de les Dones* de Palma. El primer grupo se inició como propuesta de algunas mujeres que atravesaban el puerperio y querían cuidar su SP y prevenir la IU. Pronto se unieron mujeres de todas las edades, de muchas culturas, con procesos vitales e intereses diferentes.

Los principios de estos grupos son que se trata de un espacio de reflexión, de autoconciencia del SP, de apoyo mutuo, de aprendizaje de las funciones y las disfunciones del SP, de desmitificación y desnaturalización de la IU, en definitiva, de resocializarse respecto a la IU.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *1*(187), 116–126.
- Aguilar García, M. T. (2007). Ciberfeminismo y ecofeminismo. *Germinal: Revista de Estudios Libertarios*, (3), 73–82.
- Amorós, C. (2010). Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres. De los debates sobre el género al multiculturalismo. In C. Amorós & de Miguel (Eds.), *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Amorós, C., & de Miguel, A. (2010). *Teoría Feminista: de la Ilustración a la globalización. De la Ilustración al segundo sexo*. ( Amorós & de Miguel, Eds.). Madrid: Minerva Ediciones.
- Amostegui Azkúe, J. M. (2007). Fisioterapia y post parto. *Urodinámica Aplicada*, *20*(1), 15–22.
- Amostegui Azkúe, J. M., Ferri Morales, A., Lillo, C., & Serra, M. (2004). Incontinencia urinaria y otras lesiones del suelo pelviano: etiología y estrategias de prevención. *Revista Médica Universidad Navarra*, *4*, 18–31.  
<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2014.05.008>
- Anger, J. T., Nissim, H. A., Le, T. X., Smith, A. L., Lee, U., Sarkisian, C., ... Maliski, S. L. (2013). Women's experience with overactive bladder symptoms and treatment: insight revealed from patient focus groups. *Neurourology and Urodynamics*, *30*(7), 1295–1299. <https://doi.org/10.1002/nau.21004>.Women
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, *44*(6), 773–787.
- Ariño, M. D., Tomás, C., Eguiluz, M., Samitier, M. L., Oliveros, T., Yago, T., ... Magallón, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, *25*(2), 146–150.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F. G., Escribà-Agüir, V., & Borrell, C. (2014). Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *European Journal of Public Health*, *24*(4), 649.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt170>

- Aston-Miller, J. A., & Delancey, J. O. (2015). Functional anatomy of the female pelvic floor. In K. Bo, B. Berghmans, S. Morkved, & M. Van Kampen (Eds.), *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Croydon: Elsevier.
- Ávila, A. (2017). Beneficios del CrossFit para mujeres. Retrieved from <http://anabelavila.com/>
- Babi, P. (2015). Presente continuo. Violencia de Género en la consulta. *Mujeres Y Salud*, 17–20.
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, (1469–493X (Electronic)), CD005470. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>. Tailored
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education*, 39(7), 742–750.
- Barquín, A. (2015). Repensar el diseño de los váteres escolares . Un criterio básico. *Athenea Digital*, 15(1), 303–315.
- Basu, M., & Duckett, J. R. a. (2009). Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 726–30. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02098.x>
- Beco, J., & Mouchel, J. (2010). Perineology: a new area. *Urogynaecologia*, 17(2), 79–86.
- Bedós, F., Prats, J., Prera, A., Abad, C., García, D., & López, E. (1996). *Manual de urología*. Barcelona: Masson.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: EL viejo topo.
- Berghmans, B. (2006). The role of the pelvic physical therapist. *Actas Urológicas Españolas*, 30, 110–122. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(06\)73412-X](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(06)73412-X)
- Berghmans, B., Hendriks, E., Bernards, N., & de Bie, R. (2015). The development of clinical practice guidelines. In K. Bo, B. Berghmans, S. Morkved, & M. KampenVan (Eds.), *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Croydon: Elsevier.
- Bernards, A. T. M., Berghmans, B., Slieker-ten Hove, M. C. P., Staal, J. B., de Bie, R. A., & Hendriks, E. J. M. (2014). Dutch guidelines for physiotherapy in patients with stress

- urinary incontinence: an update. *International Urogynecology Journal*, 25(2), 171–179.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member Checking A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative Health Research*, 1049732316654870.
- Black, P., Chang, S. S., Svatek, R. S., & Turner, W. (2012). The Pathology of Bladder. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein (Eds.). Paris.
- Blàquez, M., & Murray, I. (2010). Una geohistoria de la turistización de las islas Baleares. *El Periplo Sustentable*, (18), 69–118.
- Bliss, D. Z., Norton, C., & Vodusek, D. B. (2010). Raising awareness about fecal incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 29(4), 612–5.  
<https://doi.org/10.1002/nau.20905>
- Bø, K. (2003). Is there still a place for physiotherapy in the treatment of female incontinence? *EAU Update Series*, 1, 145–153. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570912403000370>
- Bø, K., & Borgen, J. S. (2001). Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(11), 1797–802.  
<https://doi.org/10.1097/00005768-200111000-00001>
- BOE. Ley Orgánica, 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (1999). España.
- BOE. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (2002). España.
- BOE. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (2007). España.
- Bogdan, R., & Taylor, S. J. (1990). Looking at the bright side: A positive approach to qualitative policy and evaluation research. *Qualitative Sociology*, 13(2), 183–192.  
<https://doi.org/10.1007/BF00989686>
- Bonino, L. (1999). Las microviolencias y efectos: claves para su detección. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 221–233.

- Borba, A., Lelis, M., & Bretas, A. (2008). Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visao das mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*, *17*(3), 527–35. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300014>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *La Gaceta Sanitaria*, *5*(22), 465–73. <https://doi.org/10.1157/13126929>
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, *20*(5), 396–406. <https://doi.org/10.1157/13093210>
- Borrell, C., García-Calvente, M. del M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, *18*(Supl 1), 2–6. <https://doi.org/10.1157/13062243>
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, *24*(SUPPL. 1), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>
- Bosch, E., Ferrer, V. A., & Gili, M. (1999). *Historia de la misoginia* (Vol. 35). Barcelona: Anthropos Editorial.
- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, *16*(2), 69–76.
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, *23*(1), 33–37.
- Bradway, C., Coyne, K. S., Irwin, D., & Kopp, Z. (2008). Lower urinary tract symptoms in women-a common but neglected problem. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *20*(6), 311–8. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00329.x>
- Briggs, J. (2006). A pelvic floor muscle exercise programme for urinary incontinence following childbirth. *Nursing Standard*. Retrieved from <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns.20.33.46.s51>
- Brittain, K. R., & Shaw, C. (2007). The social consequences of living with and dealing with incontinence-A carers perspective. *Social Science and Medicine*, *65*(6), 1274–1283. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.002>

- Brown, J. S., Sawaya, G., Thom, D. H., & Grady, D. (2000). Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *The Lancet*, *356*(9229), 535–539.
- Brugulat, P., Séculi, E., & Fusét, J. (2001). Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a través de las fuentes de información disponibles. *Gaceta Sanitaria*, *15*(1), 54–60. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71518-X](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71518-X)
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (Vol. 168). Ediciones Paidós Ibérica.
- Cabaleiro, N., De La Calle, I., Bendicho, C., & Lavilla, I. (2014). An overview of sample preparation for the determination of parabens in cosmetics. *Trends in Analytical Chemistry*, *57*, 34–46.
- Cabrera Guerra, M. (2006). La incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia Y Kinesiología*, *9*(2), 78–89. [https://doi.org/10.1016/S1138-6045\(06\)73119-7](https://doi.org/10.1016/S1138-6045(06)73119-7)
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(5), 473–482.
- Cañada, E. (2015). Entrevista a Joan López Ferré. *Alba Sud. Investigación Y Comunicación Para El Desarrollo*.
- Carls, C. (2007). The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urologic Nursing : Official Journal of the American Urological Association Allied*, *27*(1), 21–24, 39. <https://doi.org/10.1097/01274882-200832010-00025>
- Carroli, G., & Belizan, J. (2007). Episiotomy for vaginal birth ( Review ). *The Cochrane Library*, (4), 1–56. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>. Copyright
- Castellá, X., Mompert, A., & Pérez, G. (1997). La utilización de los hospitales de agudos por los ancianos. Cataluña, 1982–1990. *Gaceta Sanitaria*, *11*(6), 259–265. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(97\)71305-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(97)71305-0)
- Caufriez, M., Fernández Domínguez, J. C., Defosse, L., & Wary-Thys, C. (2008). Contribución al estudio de la contractilidad del suelo pélvico. *Fisioterapia*, *30*(2), 69–78. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(08\)72960-2](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(08)72960-2)
- Caufriez, M., Fernández Domínguez, J. C., Deman, C., & Wary-Thys, C. (2007).

- Contribución al estudio sobre el tono del suelo pélvico. *Progresos de Obstetricia Y Ginecología*, 50(5), 282–291. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73187-4](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73187-4)
- Chaliha, C. (2009). Postpartum pelvic floor trauma. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 21(6), 474–479. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328332a84e>
- Chaliha, C., & Morkved, S. (2015). Pelvic floor and exercise science. In K. Bo, B. Berghmans, S. Morkved, & V. K. Marijke (Eds.), *Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor*. Croydon: Elsevier.
- Cheater, F. M. (2009). Overcoming the barriers to optimum continence care: the need for an expanded approach to implementation. *International Journal of Older People Nursing*, 4, 70–5. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00160.x>
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61–71.
- Cobo, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 249–258. Retrieved from <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=431522>
- Cobo, R. (2014). Aproximaciones a la teoría crítica feminista. *Cladem*, 1, 52.
- Cobo, R. (2016). Nuevas formas de violencia patriarcal. *Mujeresdeguatemala.org*, 21, 157–174.
- Cockey, C. D. (2003). The State of the Science on Urinary Incontinence. *AWHONN Lifelines*, 7(2), 146–151.
- Colectivo de Mujeres de Boston. (2000). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Barcelona: Plaza Janés.
- Cotterill, N. (2011). Quality of life issues in continence care. *Nurs Stand*, 26(8), 51–6; quiz 58. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22165807>
- Cuéllar Flores, I., Limiñana Gras, R., & Sánchez López, M. del P. (2013). Cuidado formal y familiar, género y salud. In M. del P. Sánchez López (Ed.), *Lancet (London, England) salud de las mujeres*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for Future Studies*.
- Davis, K. (2010). WOMEN ' S HEALTH Pelvic floor dysfunction : *Practice Nursing*, 21(7), 340–347.
- Day, J., & Goad, K. (2010). Recovery of the pelvic floor after pregnancy and childbirth. *British Journal of Midwifery*. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=09694900&AN=47778889&h=Ubzp%2BudWuZa8mlhfpYR5GBbcynnRowGeMmh5hgXiTRRzvStSzkhE245h46eWSJDIJsVZGZUhnz4tlyQ2WziE4g%3D%3D&crl=c>

de Beauvoir, S. (2005). *El segundo sexo*. Cátedra.

de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexividad: Un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163–167.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>

de la Cueva, P. (2011). ¡Qué no te quiten el útero! *Mujeres Y Salud*, 19–30.

de Miguel, A. (1995). Feminismos. In C. Amorós (Ed.), *10 palabras clave sobre Mujer* (pp. 217–255). Navarra: Verbo Divino.

de Miguel, A. (2008). Feminismo y juventud en las sociedades formalmente igualitarias. *Revista de Estudios de Juventud*, 83, 1–23.

de Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra.

de Miguel, J. M. (1979). *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona: Anagrama.

Delarmelindo, R. de C. A. (2013). Between suffering and hope: rehabilitation from urinary incontinence as an intervening component. *Can Fam Physician*, 18(7), 1981–1991. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700013>

Delarmelindo, R. de C. A., Parada, C. M. G. de L., Rodrigues, R. A. P., & Bocchi, S. C. M. (2013). Women's strategies for coping with urinary incontinence. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(2), 296–302.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200004>

Delgado-Hito, M. P. (2012). Métodos de investigación cualitativa. In M. T. Icart Isern & A. M. Pulpón Segura (Eds.), *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, tesina y tesis* (pp. 97–105). Barcelona: Universitat de Barcelona. Publicacions i Edicions.

Díaz-Bustamante-Ventisca, M., & Llovet-Rodríguez, C. (2017). ¿Empoderamiento o empobrecimiento de la infancia desde las redes sociales? Percepciones de las imágenes de niñas sexualizadas en Instagram. *El Profesional de La Información*, 26(1), 77–87.

- Díaz, M. A. (2013). La fístula obstétrica: “drama de las niñas africanas.” In *Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. Granada.
- Dietz, H. P., & Schierlitz, L. (2005). Pelvic floor trauma in childbirth - Myth or reality? *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *45*(1), 3–11. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2005.00363.x>
- Dijkstra, A. F., Verdonk, P., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2008). Gender bias in medical textbooks: Examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology. *Medical Education*, *42*(10), 1021–1028. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03150.x>
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Alicante: Reservoir Books.
- Dumoulin, C., Hay-Smith, E. J. C., & Mac Habée-Séguin, G. (2014). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *The Cochrane Library*.
- Dumoulin, C., & Hay-Smith, J. (2008). Pelvic floor muscle training versus no treatment for urinary incontinence in women. A Cochrane systematic review. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, *44*(1), 47–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18385628>
- Dumoulin, C., Lemieux, M.-C., Bourbonnais, D., Gravel, D., Bravo, G., & Morin, M. (2004). Physiotherapy for Persistent Postnatal Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology*, *104*(3), 504–510. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000135274.92416.62>
- Eguiluz López, M., Samitier Lerendegui, M. L., Yago Simon, T., Tomas Aznar, C., Ariño Martín, D., Oliveros Briz, T., ... Magallón Botaya, R. (2011). Una mirada al género en la investigación. Análisis cualitativo. *Atención Primaria*, *43*(10), 531–535. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.018>
- El-Azab, A. S., & Shaaban, O. M. (2010). Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. *BMC Women's Health*, *10*, 3. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-10-3>
- El parto es nuestro. (2017). Medicalización rutinaria del parto. Retrieved from <https://www.elpartoesnuestro.es/>

- Elstad, E., Taubenberger, S. P., Botelho, E. M., & Tennstedt, S. L. (2010). Beyond incontinence: the stigma of other urinary symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2460–70. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05422.x>
- Encabo-Solanas, N., Torres-Lacomba, M., Vergara-Pérez, F., Sánchez-Sánchez, B., & Navarro-Brazález, B. (2016). Percepción de las puérperas y de los profesionales sanitarios sobre el embarazo y el parto como factores de riesgo de las disfunciones del suelo pélvico. Estudio cualitativo. *Fisioterapia*, 38(3), 142–151. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2015.10.005>
- Equipo Kristeller, E. parto es nuestro. (2014). *Campaña Stopkristeller: cuestión de gravedad*.
- Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud. In T. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz; Barral, MJ; Fernández, T; Yago (Ed.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 25–52). Madrid: Minerva Ediciones.
- Esteban, M. L. (2003, November). El trabajo feminista en el ámbito de la salud. *Mujeres Y Salud*.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles Del CEIC*, 1–21.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2, 9–20.
- Esteban, M. L. (2007). Antropología, sistema médico-científico y desigualdades en salud. In M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud*. Bilbao: Osalde.
- Esteban, M. L. (2010). Diagnósticos en salud y género: aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis. In M. L. Esteban, J. M. Comelles, & C. Díez Mintegui (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 49–67). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- European Association of Urology. (2015). *Guidelines of Urinary Incontinence*.
- Ewings, P., Spencer, S., Marsh, H., & O’Sullivan, M. (2005). Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology : The*

- Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 25(6), 558–564.  
<https://doi.org/10.1080/01443610500231435>
- Fernández, M. M., Molina, A., & Valtorta, Á. (2015). RM dinámica del piso pelviano : Su utilidad en el prolapso. *Revista Argentina de Diagnóstico Por Imágenes*, 4(12), 6–12.
- Fernández Núñez, L. (2006). Fichas para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Bulletí LaRecerca*, 1–13.  
[https://doi.org/ISSN: 1886-1946](https://doi.org/ISSN:1886-1946) / Depósito legal: B.20973-2006
- Fernández Pérez, C., Iriarte Molina, V., Moreno Sierra, J., & Moyano Silmi, Á. (2012). Epidemiología de la incontinencia urinaria y prolapso urogenitales. In J. Moreno Sierra (Ed.), *ATLAS de la incontinencia urinaria y suelo pélvico*. Madrid: Instituto de diagnóstico y tratamiento urológico.
- Ferrer, V. A., & Bosch, E. (2003). Fragilidad y debilidad como elementos fundamentales en el estereotipo tradicional femenino. *Feminismo /s: Revista Del Instituto de Investigación de Estudios de Género de La Universidad de Alicante*, (2), 139–152.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., & Navarro, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de Psicología*, 99, 7–31.
- Ferri Morales, A., & Amostegui Azkúe, J. M. (2004). Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. *Fisioterapia*, 26(5), 249–265.  
[https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(04\)73110-7](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(04)73110-7)
- Ferri Morales, A., de Corral, G., Avendaño, J., Puchades, M., & Torres, A. (2003). Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia Y Kinesiología*, 6(2), 74–80.
- Ferri Morales, A., Melgar de Corral, G., Avendaño Coy, J., Puchades Belenguer, M., & Torres Costoso, A. (2003). Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 6(2), 74–80. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-estudio-cualitativo-sobre-el-proceso-13063624>
- Flores, C., & Pizarro, J. (2012). Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 77(3), 175–182.

- Flores Sánchez, G., Freijo Gutiérrez, V., Pastor Pinazo, R., Muñoz Moreno, M. <sup>ª</sup>F., Barrio Ibáñez, M., Castilla Cubero, J. L., & Pérez Fernández, N. (2004). Estudio epidemiológico de la incontinencia urinaria femenina en mujeres en edad laboral. *Rehabilitación*, 38(4), 162–167.
- Fuentes-Pujol, M. (2001). Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria. In *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Fultz, N., Girts, T., Kinchen, K., Nygaard, I., Pohl, G., & Sternfeld, B. (2005). Prevalence, management and impact of urinary incontinence in the workplace. *Occupational Medicine*, 55(7), 552–557.  
<https://doi.org/10.1093/occmed/kqi152>
- Gabriel Suárez, Raquel Urbano, Francisco Molano, L. S. A. (2012). Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en la Mujer Deportista. *Alto Rendimiento*, 23(1), 52–66.
- Gamba, S. (2008). Feminismo : historia y corrientes. In S. Gamba (Ed.), *Diccionario de estudios e Género y Feminismos* (pp. 1–8). Editorial Biblos.
- García-Calvente, M. del M., del Río Lozano, M., Castaño López, E., Mateo Rodríguez, I., Maroto Navarro, G., & Hidalgo Ruzzante, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293–302.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.011>
- García-Calvente, M. del M., Lozano, M. del R., & Marcos Marcos, J. (2013). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*.
- Gastaldo, D. (2008). *Foundations of Qualitative Inquiry*. Toronto.
- Gerhard, J., & Mansuy, C. O. (2001). De vuelta a “El mito del orgasmo vaginal”: el orgasmo femenino en el pensamiento sexual estadounidense y el feminismo de la segunda ola. *Debate Feminista*, 23, 220–253.
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2016). *El Encarnizamiento Médico Con Las Mujeres*. Barcelona: Los libros del lince.

- Gómez Gómez, E. (2002). Género , equidad y acceso a los servicios de salud : una aproximación empírica. *Revista Panamericana Salud Pública, Public Health*, 11(5), 327–334.
- González San Juan, M. E. (2011). Androcentrismo en la asistencia. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia. *TS Nova*, (4), 29–45.
- Govern de les Illes Balears. (2011). Institut d'Estadística de les Illes Balears.
- Green, J., & Thorogood, N. (2013). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Grupo de especialistas en mainstreaming. Instituto de la Mujer. (1999). *Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas"*. Madrid.
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence:: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150–1157.  
[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00232-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00232-8)
- Harding, S. (1997). Comment on Hekman's " Truth and Method: Feminist Standpoint Theory Revisited": Whose Standpoint Needs the Regimes of Truth and Reality? *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 22(2), 382–391.
- Hay-Smith, J., Mørkved, S., Fairbrother, K. A., & Herbison, G. P. (2008). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. In J. Hay-Smith (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471>
- Healy, B. (1991). The Yentl Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 274–276. <https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250408>
- Herbruck, L. F. (2008). The impact of childbirth on the pelvic floor. *Urologic Nursing*, 28(3), 173–84; quiz 185. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0561-7>
- Higa, R., Lopes, M. H. B. de M., & D'Ancona, C. A. L. (2013). Male incontinence: a critical review of the literature. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(1), 231–238.
- Higa, R., Lopes, M. H. B. de M. L., & Turato, E. R. (2008). Psychocultural meanings of urinary incontinence in women : a review. *Revista Latino Americano de Enfermagem*, 16(4), 779–786.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400020>

Hite, S. (1977). *El informe Hite. Estudio de la sexualidad femenina*. Barcelona: Plaza & Janes Editores.

Horrocks, S., Somerset, M., Stoddart, H., & Peters, T. J. (2004). What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Family Practice*, 21(6), 689–696.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmh622>

Hunskar, S., Lose, G., Sykes, D., & Voss, S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four. *BJU International*.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2004.04609.x>

Idoipe Tomás, J., Abad Gairín, M., Muniesa Caldero, M., & Conejero Sugrañes, J. (1990). Incontinencia urinaria tras cirugía abdomino-pélvica. In E. Martínez Agulló (Ed.), *Incontinencia urinaria. Conceptos actuales*. Madrid: Graficuatre.

INE. (2016). *Mujeres y hombres en España. Empleo del tiempo, conciliación trabajo y familia*.

*Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. (2012).

INSALUD. CIRCULAR núm. 4/91 fecha:(25-2). Ordenación de actividades del Fisioterapeuta de Área en Atención Primaria (1991). España.

Instituto Nacional Estadístico. (2014). Encuesta Europea de Salud en España (EES). *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Gobierno de España*.

Íñiguez Rueda, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria*, 23(8), 496–502.

Irwin, D. E., Milsom, I., Kopp, Z., Abrams, P., & Cardozo, L. (2006). Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU International*, 97(1), 96–100.

<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2005.05889.x>

Kelleher, C., Staskin, D., Cherian, P., Cotterill, N., Coyne, K., Kopp, Z., & Symonds, T. (2013). Patient-Reported Outcome Assessment. In P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein (Eds.), *Incontinence*. Paris: European Association of Urology.

Lacima, G., & Espuña, M. (2008). Patología del suelo pélvico. *Gastroenterología Y*

*Hepatología*, 31(9), 587–595. <https://doi.org/10.1157/13128299>

Lamoglia-Puig, Juvinyá-Canal, Godall-Castell, Pérez-Pérez, Rifà-Ros, Rodríguez-Monforte, P.-M. (2015). Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria.

Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5606407>

Lamoglia, M. (2015). *Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria*.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443–450. <https://doi.org/10.1157/13126925>

Larrañaga, N., & M., B. (2002). Infarto agudo de miocardio con ingreso hospitalario en Gipuzkoa. *Gac Sanit*, 16(Supl 1), 60.

Laycock, J., Jerwood, D., McKey, P., & al., et. (2001). Pelvic Floor Muscle Assessment: The PERFECT Scheme. *Physiotherapy*, 87(12), 631–642.

[https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)61108-X](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)61108-X)

Lazarevski, M. B. (2005). Role of obstetrical traumas in pathogenesis of urinary and fecal incontinence in women. *Akusherstvo i Ginekologija*, 44 Suppl 1(1), 23–27. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2005.00363.x>

Lepire, E., & Hatem, M. (2007). Adaptation and use of health services by primiparous women with urinary incontinence. *Journal of Obstetric & Gynecologic*.

Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00143.x/full>

Li, Y., Cai, X., Glance, L. G., & Mukamel, D. B. (2007). Gender differences in healthcare-seeking behavior for urinary incontinence and the impact of socioeconomic status: a study of the Medicare managed care population. *Medical Care*, 45(11), 1116–1122.

<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31812da820>

Linde, J. M. M., Montes, E. M., Madrid, M. N. R., & Rodríguez, A. F. U. (2008). Una forma de esclavitud en pleno siglo XXI: el síndrome de la abuela esclava. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 18(1), 32–35.

López, B., & Alonso, D. (2005). *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y*

recomendaciones. Madrid.

- López Balbuena, L. (2015). *Vejiga urinaria*.
- Maceira Rozas, M. del C., Salgado Barreira, Á., & Atienza Merino, G. (2009). *La asistencia al parto de las mujeres sanas: estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Marshall, K., Walsh, D., & Baxter, G. (2002). The effect of a first vaginal delivery on the integrity of the pelvic floor musculature. *Clinical Rehabilitation*, *16*, 795–799.
- Marshall, M. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, *13*(6), 522–526. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>
- Martin, J. L., Williams, K. S., Sutton, A. J., Abrams, K. R., & Assassa, R. P. (2006). Systematic review and meta-analysis of methods of diagnostic assessment for urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *25*(7), 674–683. <https://doi.org/10.1002/nau.20340>
- Martín, Y. B. (2009). Las heroínas regresan a Ítaca. La construcción de las identidades femeninas a través de la subversión de los mitos. *Investigaciones Feministas*, *0*(0), 163–182. [https://doi.org/10.5209/REV\\_INFE.2009.8654](https://doi.org/10.5209/REV_INFE.2009.8654)
- Martin Casares, A. (2006). *Antropología del género: cultura, mitos y estereotipos sexuales*. Ediciones Cátedra.
- Martínez-Magdalena, S. (2014). Autonomía y cuerpo objetivado en grandes instituciones : Dispositivos de interiorización del control esfinteriano infantil y su externalización sobrevenida en la decrepitud, *10*, 1–23.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias Sampling in qualitative research. Basic principles and some controversies. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(3), 613–619.
- Martínez Bustelo, S., Ferri Morales, A., Martínez Rodríguez, A., Patilo Núñez, S., & Viñas Diz, S. (2007). Tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria. *Actas Urodinámica Aplicada*, *20*(1).
- Martínez Córcoles, B., Salinas Sánchez, A. S., Giménez Bachs, J. M., Donate Moreno, M. J., Pastor Navarro, H., & Virseda Rodríguez, J. A. (2008). Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, *32*(2), 202–210. [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(08\)73814-2](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(08)73814-2)

- Marugán de Miguelsanz, J. M., Lapeña López de Armentia, S., Rodríguez Fernández, L. M., Palau Benavides, M. T., Torres Hinojal, M. del C., Menau Martín, G., ... Armentia, S. de. (1996). Análisis epidemiológico de la secuencia de control vesical y prevalencia de enuresis nocturna en niños de la provincia de León. *Anales Espanoles de Pediatria*, 44(6), 561–567.
- Meo, A. (2010). Reflexividad e investigación social. Herramientas para su análisis y su práctica en el caso de la sociología cualitativa argentina. *Praxis Sociológica*, 14, 83–100.
- Milne, J. L., & Moore, K. N. (2003). An exploratory study of continence care services worldwide. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 235–247.  
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00082-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00082-2)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (2008). España: MSC Madrid.
- Monteagudo-Piqueras, O., & Sarría-Santamera, A. (2006). Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 77–78.  
<https://doi.org/10.1157/13084138>
- Monz, B., Hampel, C., Porkess, S., Wagg, A., Pons, M. E., Samsioe, G., ... Papanicolaou, S. (2005). A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe -- a five-country comparison. *Maturitas*, 52 Suppl 2, S3-12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2005.09.007>
- Moraleda, L. (2007). Prolapsos genitales: etiología, estrategias de prevención y tratamiento fisioterápico. *UROD A*, 20(1), 23–31.
- Moreno Sierra, J., Redondo González, E., Bocardo Fajardo, G., Silmi Moyano, A., & Resel Estévez, L. (2000). Recuperación y reeducación perineal. *Clínicas Urológicas de La Complutense*, 8, 425–441.
- Neal, R., & Linnane, J. (2002). Improving access to continence services: Action in Walsall. *British Journal of Community Nursing*.
- Neumann, P. B., Grimmer, K. A., & Deenadayalan, Y. (2006). Pelvic floor muscle training and adjunctive therapies for the treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review. *BMC Women's Health*, 6(1), 11.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-6-11>

- Neumann, P. B., Grimmer, K. A., Grant, R. E., & Gill, V. A. (2005). The costs and benefits of physiotherapy as first-line treatment for female stress urinary incontinence. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(5), 416–421. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2005.tb00220.x>
- Nicole, W. (2014). A question for women's health: chemicals in feminine hygiene products and personal lubricants. *Environ. Health Perspect*, 122, A70--A75.
- Nieto Blanco, E., Camacho Pérez, J., Dávila Álvarez, V., Ledo García, M., Moriano Bejar, P., Pérez Lorente, M., ... Fonseca Redondo, B. (2003). Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 32(7), 410–414. <https://doi.org/10.1157/13053465>
- Norton, P., & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *Lancet (London, England)*, 367(9504), 57–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)67925-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67925-7)
- O'Connell, B., & Gaskin, C. (2010). Using an educational pamphlet to promote help-seeking behaviour for urinary incontinence in people visiting their general practitioner. *Australian & New Zealand Continence Journal*, 16(2), 8–12 4p.
- Ocampo, B. (2014, December). Mujeres de la India: cuando el váter condiciona la vida. *Píkara Magazine*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Diez datos sobre la fístula obstétrica*.
- Ortuño Esparza, A. (2016). *Experiencias de Calidad de Vida en Hombres y Mujeres con Incontinencia Urinaria*.
- Ostlin, P. (2002). Examining work and its effects on health. *Engendering International Health. The Challenge of Equity*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology, 63–81.
- Östlin, P. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en la salud: un análisis de la investigación y las políticas* (Vol. 14). Pan American Health Org.
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI ; The social determinants of health. Inequalities and exclusion in XXIst century societies. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Papí, N. (2007). El género como «nicho»: el caso de la publicidad farmacéutica. *Feminismo /s*, 10, 93–110.

Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/6128>

Peake, S., & Manderson, L. (2003). The constraints of a normal life: the management of urinary incontinence by middle aged women. *Women & Health*, 37(3), 37–51. [https://doi.org/10.1300/J013v37n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J013v37n03_03)

Peake, S., Manderson, L., & Potts, H. (1999). “Part and parcel of being a woman”: female urinary incontinence and constructions of control. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(3), 267–85.

Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10509310>

Pena Outeiriño, J. M., Rodríguez Pérez, A. J., Villodres Duarte, A., Mármol Navarro, S., & Lozano Blasco, J. M. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 31(7), 719–731.

[https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(07\)73712-9](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(07)73712-9)

Pena Outeriño, J., & Rodríguez Pérez, A. (2007). Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 31(7), 719–731.

Programa de de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (1996). *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing.

Puleo, A. H. (2008). Libertad, igualdad, sostenibilidad. Por un ecofeminismo ilustrado. *Isegoría*, (38), 39–59.

Puppo, V. (2013). Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*, 26(1), 134–152.

<https://doi.org/10.1002/ca.22177>

Ramasubbu, K., Gurm, H., & Litaker, D. (2001). Gender Bias in Clinical Trials: Do Double Standards Still Apply? *Journal of Women’s Health and Gender-Based Medicine*, 10(8), 757–764.

<https://doi.org/10.1089/15246090152636514>

Rebassa, M., Taltavull, J. M., Gutiérrez, C., Ripoll, J., Esteva, A., Miralles, J., ... Llobera, J. (2013). Urinary incontinence in Mallorcan women: prevalence and quality of life. *Actas Urológicas Españolas*, 37(6), 354–61.

<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>

Recio Alcaide, A. (2015). La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*, (18), 13–26.

- Rial, T. (2013). Denuncia pública a CrossFit por su falta de ética. Retrieved from <http://gimnasia-hipopresiva.com/?p=132>
- Rial, T., & Riera, T. (2012). Prevalencia y abordaje desde el ejercicio físico de la incontinencia urinaria en mujeres deportistas. *Lec Educ Fis Deportes*, 164.
- Robles, J. (2006). La incontinencia urinaria. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(2), 219–232. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272006000300006>
- Rodríguez, G., Gil Flores, J., & García, E. (1996). Aspectos basicos sobre el análisis de datos cualitativos. In *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 197–217). Málaga: Aljibe.
- Rohlfs, I., Borrell, C., & Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14(Supl. 3), 60–71.
- Ros, C., España-Pons, M., Ortega, J. A., & Aliaga, F. (2015). Urinary incontinence in gynaecological consultations. Do all women with symptoms wish to be treated? *Actas Urologicas Españolas*, 39(10), 628–34. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2015.06.004>
- Royal College of Physicians. (1995). *Incontinece, Causes, Management an Provision of Services*.
- Royal Dutch Society Physical Therapy. (2011). KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Stress urinary incontinence. *Review of the Evidence*, 121(3), 1–36.
- Ruiz-Cantero, M. T. (2013). Sesgos de género en investigación y atención sanitaria. In M. Ruiz-Cantero, (Ed.), *La salud de las mujeres* (pp. 215–233). Madrid: Síntesis.
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 118–125. <https://doi.org/10.1157/13062260>
- Salinas, J., Díaz, A., Brenes, F., Cuenllas, A., & Verdejo, C. (2010). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Urodinamica*, 23(1), 52–56.
- San José González, M. A., & Méndez Fernández, P. (2009). Incontinencia y trastornos miccionales: ¿qué podemos hacer? *Pediatr. Aten. Prim*, e1–e29.
- Sánchez López, M. del P. (2013). La salud desde la perspectiva de género: el estado de la cuestión. In M. del P. Sánchez López (Ed.), *La salud de las mujeres*. (pp. 17–40). Madrid: Síntesis.

- Sánchez López, M. P. (2013). *La salud de las mujeres : análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis.
- São Bento, P. A., & Moreira, M. C. (2014). Não há silêncio que não termine: estudo informativo sobre endometriose e seus sinais/sintomas. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(2).
- Sau, V. (2000). Reflexiones feministas para principios de siglo. Madrid: Horas y horas.
- Saura, F. M., López, C. F., Díaz, P. G., & Martínez-Fornés, M. T. (2001). Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. *MEDIFAM*, 11, 55–64.
- Schäfer, D. (2009). Demand for professional advice and support for women suffering from urinary incontinence. *Pflegewissenschaft*, 11(1), 28–34.
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). Women and gender equity knowledge network. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*.
- Shamliyan, T., Wyman, J., Bliss, D. Z., Kane, R. L., & Wilt, T. J. (2007). Prevention of urinary and fecal incontinence in adults. *Evidence Report/technology Assessment*, (161), 1–379. Retrieved from <http://europemc.org/abstract/med/18457475>
- Shaw, C., Gupta, R. Das, Williams, K. S., Assassa, R. P., & McGrother, C. (2006). A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU International*, 97(4), 752–757.  
<https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06071.x>
- Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C., & Allan, R. (2001). Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family Practice*, 18(1), 48–52.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/18.1.48>
- Simó, A. P., Izquierdo, A. M., Benítez, R. P., & Porcar, L. C. (2013). Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*, (124), 9–16.
- Smith, A. L., Litwin, M. S., Sarkisian, C. A., & Raz, S. (2012). with Overactive Bladder Symptoms, 77(1), 55–59.  
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.07.460.Misconceptions>
- Smith, M. D., Coppieters, M. W., & Hodges, P. W. (2007). Postural response of the pelvic floor and abdominal muscles in women with and without incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, 26(3), 377–385.

<https://doi.org/10.1002/nau.20336>

- Spencer, J. (2009). Reducing barriers and improving access to continence care: examining the evidence. *Urologic Nursing*, 29(6), 405–13; quiz 414. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20088231>
- St John, W., James, H., & McKenzie, S. (2002). “Oh, that’s a bit of a nuisance”: community-dwelling clients’ perspectives of urinary continence health service provision. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*, 29(6), 312–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12439455>
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas, Florianópolis.*, 12(2)(2), 77–105. <https://doi.org/10.2307/3655879>
- Svihra, J., Luptak, J., Svihrova, V., & Mesko, D. (2012). Gender-specific external barriers to seeking care for urinary incontinence. *Patient Preference and Adherence*, 6, 773–9. <https://doi.org/10.2147/PPA.S37180>
- Swahnberg, K., Thapar-Björkert, S., & Berterö, C. (2007). Nullified: Women’s perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 161–167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., & Raich-Escursell, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *C. Med. Psicosom*, 113, 14–25.
- Thüroff, J. W., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C. R., Drake, M. J., ... Tubaro, A. (2011). Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urológicas Españolas*, 35(7), 373–388. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2011.03.012>
- Tsai, Y.-C., & Liu, C.-H. (2009). The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), 1181–1186. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.003>
- Valcárcel, A. (2009). *Feminismo en el mundo global. Foro Interno* (Vol. 10). Ediciones Cátedra.
- Valls-Llobet, C. (2001). El estado de la investigación en salud y género. In C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero, M. J. Barral, T. Fernández, & T. Yago (Eds.), *Perspectivas de género*

- en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.* Madrid: Minerva Ediciones.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles.* Barcelona: DeBolsillo.
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder.* Ediciones Cátedra. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=MYCRQgAACAAJ&pgis=1>
- Valls-Llobet, C., Banqué, M., Fuentes-Pujol, M., & Ojuel i Solsona, J. (2008). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de Psicología / The UB Journal of Psychology*, 39(1), 9–22.
- Van Dijk, T. (2016). Análisis Crítico del Discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, 203–222.
- Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes.* Barcelona: Ediciones B.
- Velasco, S. (2005). Síndromes del malestar de las mujeres en Atención Primaria. *Mujeres Y Salud*, 11–15.
- Velasco, S. (2006). Intersección de teorías de la salud y teoría feminista Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública . Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la (pp. 1–30).
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud : teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud.* Minerva Ediciones.
- Verbrugge, L. M. (1985). Sex differentials in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(2), 156–182.
- Villalba, V. (2000). *Naturalización y renaturalización de las mujeres. Cuerpos, sexualidad y deseo. VII Magíster en género y desarrollo.* (Vol. Módulo I). Madrid.
- Volkmer, C., Monticelli, M., Reibnitz, K. S., Bruggemann, O. M., & Sperandio, F. F. (2012). Female urinary incontinence: a systematic review of qualitative studies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2703–2715.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000019>
- Walker, C. (2006). *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología.* Barcelona: Masson.
- Walker, C. (2007). Consecuencias del embarazo y el parto sobre el suelo pélvico. *UROD A* 2007; 20 (1): 8, 8–14.
- Wert Ortega, R., Herraiz del Olmo, F., Oliete Sempere, S., Fernández Ramírez, J. C., & Zaki, M. (2001). Resonancia magnética en las disfunción del suelo pélvico. *UROD A*, 27(1), 21–27.

- WHO. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del parto*. Ginebra.
- Wren, P. A., Janz, N. K., Brubaker, L., Borello-France, D., Bradley, C. S., Burgio, K., ... Wei, J. (2006). Development of the Measure of Adaptations for Pelvic Symptoms (MAPS): The importance of incorporating the female patient's voice. *Applied Research in Quality of Life*, 1(3-4), 239-251.  
<https://doi.org/10.1007/s11482-007-9019-1>
- Yañez, S. S. (2013). Europa-Argentina: Reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales Y Jurídicas*, 37(1), 287-303.
- Zauner, R. (2017, March). Feminismo en movimiento. *Tinta Libre*, 4-6.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1:**

**TRÍPTICO SOBRE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LAS DISFUNCIONES DEL  
SUELO PÉLVICO. COLEGIO OFICIAL DE FISIOTERAPEUTAS DE LAS ISLAS BALEARES**

### El tratamiento:

#### ¿En qué consiste el tratamiento de fisioterapia?

La fisioterapia uro-ginecológica y coloproctológica dispone de una amplia gama de técnicas y su elección depende de la patología.

#### Son un ejemplo:

**Gimnasia abdominal hipopresiva:** son ejercicios que disminuyen la presión intraabdominal y tonifican la musculatura del suelo pélvico, con el fin de evitar o frenar el descenso de órganos (prolapsos). Es muy importante practicarla en el post-parto y al padecer otras patologías que afectan al suelo pélvico.

**Terapia manual:** con esta técnica se pueden reforzar y tonificar los músculos del suelo pélvico de forma selectiva, realizar estiramientos, masaje circatrizal, trabajar la propiocepción, la sensibilidad, etc.

**Electro-estimulación y biofeedback:** son técnicas instrumentales que ayudan a mejorar la fuerza muscular y la propiocepción.

### Recuerda:

La fisioterapia uro-ginecológica y coloproctológica te puede ayudar si tienes alguna de las patologías que aquí se explican.

### ¿Cuál es el papel de la fisioterapia uro-ginecológica y coloproctológica?

**Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria** tanto en el hombre como en la mujer.

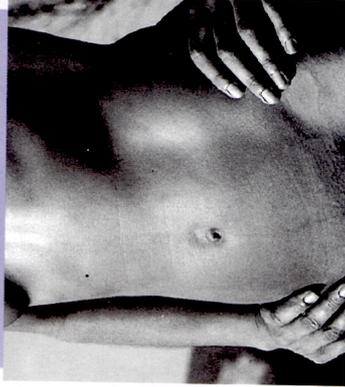
**Preparación al parto y tratamiento post-parto**, complementando la tarea de las comadronas.

**Tratamiento de la incontinencia fecal.**

**Tratamiento del estreñimiento crónico** y otros trastornos digestivos.

**Tratamiento de disfunciones sexuales.**

## FISIOTERAPIA uro-ginecológica te da soluciones



Col·legi Oficial de Fisioterapeutes  
de les illes Balears

C/. Enric Alzamora, 6, 9<sup>a</sup>-1<sup>a</sup>  
07002 Palma de Mallorca  
Tlf.: 971 713 018 - Fax: 971 711 386

[www.coffisiobalear.org](http://www.coffisiobalear.org)



Col·legi Oficial de Fisioterapeutes  
de les illes Balears

[www.coffisiobalear.org](http://www.coffisiobalear.org)

# fisioterapia uro-ginecológica

## ¿Qué es el suelo pélvico?

El suelo pélvico es el conjunto de músculos que sostienen los órganos de la pelvis menor (vejiga, recto, próstata en los hombres y el útero en el caso de la mujer), y está atravesado por conductos que comunican estas vísceras con el exterior: uretra, recto y vagina en la mujer. Si estos músculos del suelo pélvico están débiles o lesionados no sostienen correctamente las vísceras y podrán provocar diferentes patologías.

## ¿Por qué se debilitan los músculos del Suelo Pélvico?

Existen muchos factores que pueden lesionar estos músculos, aunque los más frecuentes son:

- **Embarazo y parto:** durante el embarazo el peso del útero, los cambios hormonales y la dilatación que se produce durante el parto debilitan la musculatura. Si el parto es complicado aumenta el riesgo de lesión.
- **Cirugías en la zona de la pelvis:** cesáreas, histerectomías, cirugía de la próstata, entre otros.
- **Menopausia:** por la falta de estrógenos.
- **Envejecimiento:** todo el organismo se va deteriorando progresivamente.
- **Estreñimiento crónico:** por el aumento de la presión intraabdominal y el sobreesfuerzo que se realiza sobre la musculatura.
- **La práctica de deportes de impacto:** como el aeróbic, atletismo, etc. que aumentan mucho la presión intraabdominal.

## ¿Qué patologías afectan al suelo pélvico?

**INCONTINENCIA URINARIA:** según la OMS, es la pérdida involuntaria de orina en un lugar socialmente inadecuado. Existen diferentes tipos según su origen:

- **Incontinencia urinaria de esfuerzo:** cuando aumenta la presión intraabdominal al realizar un esfuerzo, toser, correr, reír...
- **Incontinencia urinaria de urgencia:** debida a una contracción involuntaria del músculo de la vejiga. Provoca deseo urgente de orinar, sin poder controlarlo.

**PROLAPSOS:** descenso de algún órgano de la pelvis menor por distensión del suelo pélvico:

- **Prolapso uterino.**
- **Cistocele** (prolapso de la vejiga)
- **Rectocele** (prolapso del recto)

## DISFUNCIONES SEXUALES:

- **Anorgasmia:** falta de orgasmo. Una relajación del suelo pélvico provoca una disminución de la sensibilidad.
- **Dispareunia:** dolor durante el coito. Puede ocasionarse por la congestión de la pelvis menor o por la presencia de cicatrices.
- **Vaginismo:** contracción involuntaria y dolorosa de la vagina que dificulta el coito.
- **Diserección:** problemas de erección.

## INCONTINENCIA FECAL Y DE GASES:

se produce una pérdida de masa fecal o de gases de forma incontrolada. Las lesiones obstétricas (desgarro del esfínter anal durante el parto), el trauma quirúrgico y las afecciones neurológicas son sus principales causas.

## TRASTORNOS DE LA MENSTRUACIÓN:

- **Dismenorrea:** dolor durante la menstruación.
- **Amenorrea:** ausencia de menstruación.



Fotografía: X. Bosch

## ¿Cuáles son los ámbitos de actuación de la fisioterapia uro-ginecológica / colo-proctológica?

### La prevención:

- Detectar la disfunción cuando aún sea asintomática.
- Eliminar las causas que la provocan.
- Tratarla de forma precoz con el fin de detener su evolución.
- Realizar una revisión si aparecen síntomas.

## ¿En qué consiste una revisión de fisioterapia?

Es una exploración manual e instrumental donde se evalúa el estado de los músculos y del tejido conjuntivo del suelo pélvico, los reflejos, la sensibilidad, la correcta movilidad o no de las vísceras pelvianas, el estado de la musculatura abdominal, etc.

## ¿Cuándo debe hacerse una revisión del suelo pélvico?

- En el post-parto.
- Si se presenta algún síntoma de disfunción urinaria, fecal o sexual.
- Al iniciar la menopausia.
- Si has pasado por cirugía abdominal.
- En deportistas de alto rendimiento.

**ANEXO 2:**

**CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF**



**ANEXO 3:**  
**DIARIO MICCIONAL**



**ANEXO 5:**  
**CUADRO DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS**

MACRO-CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	CÓDIGOS
CONTEXTO	Arbitrariedad de los recursos sanitarios para la IU	
	Atención fragmentada y heterogénea	
	Falta de recursos	
	Consecuencias	Derivaciones confusas Listas de espera Desigualdades en la accesibilidad al tratamiento fisioterápico
LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES CON IU	Sentimientos	Sufridoras
		Silenciadas
		Ignoradas
		Desinformadas
	Naturalización	La enculturación
		La edad
		Los partos
		El rol de cuidadora y la doble jornada
		El deporte de alto impacto
	Reconocer la IU como un problema	Hartazgo
		Generación
	Estrategias	Uso de las compresas
		Limitar vida social
Vivir alrededor del baño		
Adherencia al tratamiento de fisioterapia		
Preferencias de tratamientos		
EL PERSONAL SANITARIO Y LA IU	Invisibilizadas	Formación
		Desconocimiento de la fisioterapia
	Inferiorizadas	Naturalización
		Discriminación
		Proactividad hacia el manejo de la IU de las mujeres
	Controladas	Discriminación cuando no “son operables”
		Tratamiento quirúrgico y encarnizamiento médico
		Medicalización de la prevención
		El suelo pélvico como campo de batalla
	Derivación a fisioterapia	

**ANEXO 4:**  
**INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA**  
***UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS***



**Universitat**  
de les Illes Balears

	Universitat de les Illes Balears Serveis centrals
Núm.	4849
Data	23 JUNY 2016
Sortida	

Informe del Comité de Ética de la Investigación<sup>(1)</sup> relativo a la solicitud de evaluación del proyecto de investigación titulado *El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico* presentada por la Dra. Elisa Bosch Donate, del departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB.

Vista la solicitud el 23 de mayo de 2016 y revisada, el 9 de junio, la información complementaria presentada a este Comité por la Dra. Elisa Bosch Donate, con el fin de que emita el correspondiente informe.

Visto el Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), y de acuerdo con el artículo 2º de éste, el Comité es competente para analizar el citado proyecto.

De conformidad con el art. 4, letra a), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, el Comité ha revisado la documentación presentada desde el punto de vista ético y jurídico.

De conformidad con el art. 4, letra b), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha evaluado la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y su eficiencia científica.

De conformidad con el art. 4, letra c), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha comprobado que está previsto el consentimiento informado y libre de las personas que participen en el estudio.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con lo decidido unánimemente por el Comité en fecha 9 de junio de 2016.

Se informa favorablemente la solicitud de evaluación del proyecto titulado *El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico*, presentado por la Dra. Elisa Bosch Donate, miembro del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB e investigadora principal del proyecto.

Palma de Mallorca, 14 de junio de 2016

Antoni Miralles Socias  
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Dra. Elisa Bosch Donate.

<sup>(1)</sup>El Comité de Ética de la Investigación (Comitè d'Ètica de la Recerca, CER) de la Universitat de les Illes Balears, creado a través del Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), tiene como finalidad apoyar a los investigadores cuya tarea científica implique el uso de datos procedentes de seres humanos. Es objetivo prioritario de este comité garantizar que los diseños experimentales y los protocolos propuestos cumplan la legalidad vigente y los principios éticos de respeto a la dignidad humana, confidencialidad, no discriminación y proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados. Quedan excluidos de las competencias del CER los estudios con medicamentos, regulados según el Real decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, y las investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano, regulados en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

**ANEXO 6:**

**INFORME FAVORABLE DEL CASAL *DE LES DONES* DE PALMA**

### CONFORMITAT DELS SERVEIS IMPLICATS

Na **MARTA FOL CRESPI**, amb DNI nº **43168427A**, Educadora Social  
(Càrrec de responsabilitat) DEL CASAL DE LES DONES de Palma de Mallorca,  
**COORDINADORA**

DECLAR:

1. Que conec la documentació de l'estudi titulat:

EL SILENCIAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA DESDE UNA  
PERSPECTIVA DE GÉNERO: ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

2. Que l'investigadora principal és: ELISA BOSCH DONATE

3. Que el servei implicat compleix les característiques de competència necessàries per dur  
a terme estudis d'investigació així com la metodologia específica de l'estudi de  
referència.

4. Que autoritz la realització d'aquest treball a la unitat que dirigeix l'investigadora  
principal:

**5**, de **MAIG** de 20 **15**



**ANEXO 7:**

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS MUJERES Y PERSONAL SANITARIO**

# HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico

**CÓDIGO DEL ESTUDIO:**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Elisa Bosch Donate

**CENTRO:** *Casal de les Dones*

## INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

## PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la incontinencia urinaria femenina tiene una alta prevalencia y que las mujeres que la padecen ven alterada significativamente su calidad de vida.

La incontinencia urinaria femenina, no siempre es diagnosticada y por consiguiente tratada.

En el presente estudio, trataremos identificar las causas de este infradiagnóstico, la manera de afrontar la incontinencia urinaria por parte de las mujeres que la padecen y las causas por las que no se consulta. Para ello, se realizarán varios grupos de discusión en los que participarán mujeres que tengan incontinencia urinaria y no hayan consultado todavía, o mujeres que hayan consultado pasados meses de iniciar la sintomatología. Estos grupos estarán compuestos por unas diez mujeres usuarias de *El Casal de les Dones* de Palma y se registrará la voz mediante grabadora.

## BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio proporcionará información de gran valor profesional sobre la experiencia de las mujeres con incontinencia urinaria. Servirá para que desde las instituciones se plantee la necesidad de nuevas formas de actuación y de abordaje de esta patología. La participación en el estudio no le supondrá ningún riesgo.

## CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es la investigadora principal del estudio, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Además, el equipo investigador firmará un compromiso de confidencialidad de los datos recogidos, los cuales solo podrán ser utilizados de forma anónima para la realización de este estudio.

Las grabaciones de audio se destruirán una vez finalizado el estudio.

#### **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada la investigadora principal lo antes posible.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio

podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

## HOJA DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL DE SALUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** El silenciamiento de la incontinencia urinaria desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

**CÓDIGO DEL ESTUDIO (si procede):**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Elisa Bosch Donate

**CENTRO:** *Universitat de les Illes Balears*

### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Varios estudios han puesto de manifiesto que la incontinencia urinaria tiene una alta prevalencia y que las personas que la padecen ven alterada significativamente su calidad de vida.

La incontinencia urinaria no siempre es manifestada y por consiguiente tratada.

En el presente estudio, trataremos de identificar las causas de este silenciamiento, la manera de abordar la incontinencia urinaria por parte de los y las profesionales de la salud que las atienden y detectar las posibles diferencias de género. Para ello, se realizarán entrevistas a diferentes profesionales de algunos centros hospitalarios y de atención primaria de Mallorca. Estas entrevistas durarán alrededor de 60 minutos.

### BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Este estudio proporcionará información de gran valor profesional sobre la experiencia de los profesionales que tratan a personas con incontinencia urinaria. Servirá para que desde las instituciones se plantee la necesidad de nuevas formas de actuación y de abordaje de esta patología. La participación en el estudio no le supondrá ningún riesgo.

### CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Sus datos serán tratados informáticamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyo responsable es la investigadora principal del estudio, que ha sido registrado en la Agencia Española de Protección de Datos.

Además, el equipo investigador firmará un compromiso de confidencialidad de los datos recogidos, los cuales solo podrán ser utilizados de forma anónima para la realización de este estudio.

Las grabaciones de audio se destruirán una vez finalizado el estudio.

#### **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

Cualquier nueva información que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada la investigadora principal lo antes posible.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

**ANEXO 8:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

**Título del Estudio:** El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico.

La incontinencia urinaria afecta a una de cada cuatro mujeres, alterando significativamente la calidad de vida de las mismas. Sin embargo, muchas veces no se manifiesta y por consiguiente tampoco es diagnóstica ni tratada. El objetivo principal de este estudio es averiguar las principales causas de esta falta de consulta.

La participación en este estudio no le supondrá ningún riesgo y consistirá en una entrevista de una duración aproximada de cuarenta minutos. La entrevista será registrada mediante grabadora de audio, transcrita y posteriormente analizada. Una vez finalizado todo el proceso las grabaciones se destruirán. Su nombre se codificará y en todo momento se garantizará la confidencialidad.

Yo (nombre y apellidos)

.....

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la investigadora principal del estudio: **Elisa Bosch Donate**. (Teléfono 971.259513 / mail: elisa.bosch@uib.es)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

Comprendo que si decido retirarme del estudio los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados pero que no se incorporarán nuevos datos.

Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

**Firma de la profesional:**

**Firma de la investigadora:**

**Nombre:**

**Fecha:**

**Nombre:** Elisa Bosch Donate

**Fecha:**

**Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia la investigadora y otra la profesional de salud**