

BUSCANDO UNA MEJOR PRÁCTICA CLÍNICA EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DESDE LAS AULAS UNIVERSITARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

LOOKING FOR CLINICAL A PRACTICE IN FEMALE GENITAL MUTILATION FROM THE UNIVERSITY CLASSROOMS OF OCCUPATIONAL THERAPY

Palabras Clave Mejor Práctica.

Key words HealthKnowledge.

DeCS Terapia ocupacional; Circuncisión Femenina; Violencia Contra la Mujer, Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud.

Mesh Occupational Therapy; Circuncision, Female; Domestic Violence; Health Knowledge; Attitudes, Practice.



Autoras

Dña. M^a Teresa Gil Ruiz

Doctora en Medicina y Cirugía. Profesora Asociada de la Facultad de Terapia Ocupacional de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla la Mancha.

E-mail de contacto: mariateresa.gil@uclm.es

Dña. Begoña Polonio López

Grado en Terapia Ocupacional. Profesora Titular de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.

E-mail de contacto: beñoña.Polonio@uclm.es

Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez

Grado en Terapia Ocupacional. Profesora Colaboradora de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.

E-mail de contacto: anaIsabel.Corregidor@uclm.es

Dña. M^a Inmaculada Gil Ruiz

Enfermera y Experta en Estudios de Género y Acción Social para la Igualdad y atención a la Mujer. Profesora Colaboradora en el Máster Universitario de Dependencia e Igualdad en la Autonomía Personal. Universidad de Jaén.

E-mail de contacto: macugilruiz@gmail.com

Nota: este trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación I+D+I Orientado a los retos de la Sociedad, DER2014-57244-R del Ministerio de Economía y Competitividad (ESPAÑA), titulado Carencias y alternativas jurídico-políticas al tratamiento de las violencias de género: formación e investigación en Derecho antidiscriminatorio. Responsable principal: Juana María Gil Ruiz

Como citar este documento:

Gil Ruiz MT, Polonio López B, Corregidor Sánchez AI, Gil Ruiz MI. Buscando una mejor práctica clínica en mutilación genital femenina desde las aulas universitarias de terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [-fecha de la consulta-]; 13(24): [9 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/colab1.pdf>

Texto recibido: 23/10/2016

Texto aceptado: 05/11/2016

Texto Publicado: 31/11/2016

INTRODUCCIÓN

Este artículo pretende ser una modesta reivindicación, a la vez que una exposición, del papel que el terapeuta ocupacional ocupa hoy por hoy como integrante del equipo multidisciplinar que debe tratar y satisfacer las necesidades sanitarias del colectivo de mujeres que sufren la MGF (Mutilación Genital Femenina). En la actualidad, existe en España un gran número de personas inmigrantes de los países donde se lleva a cabo la MGF, siendo Cataluña la comunidad autónoma con mayor población afectada (más de 70.000). Andalucía y Madrid le siguen con alrededor de 20.000, siendo esta última donde residen más mujeres y niñas. (Figura 1).

Según Kaplan y López^(1,2) existen 125 millones de mujeres y niñas que han sufrido MGF en 29 países de Oriente Medio y África. En Castilla La Mancha hay 5.916 personas procedentes de países donde se practica la MGF, de ellos 1.512 son mujeres y 422 niñas entre 0-14 años. Kaplan y López⁽³⁾ han estudiado que existe un aumento de 2.386 personas procedentes de países con MGF entre las fechas de 2008 y 2012 en

RESUMEN

Objetivo: El aumento de casos de mutilación genital femenina en España ha obligado a revisar el grado de formación y compromiso de las y los profesionales sanitarios para acometer, con las suficientes garantías, el abordaje de dichas situaciones traumáticas y violentas para las mujeres que la padecen.

Métodos: Para ello, se analizó el papel que las y los profesionales de la terapia ocupacional, dentro del equipo multidisciplinar, podían desempeñar en la asistencia de este colectivo de mujeres, especialmente vulnerables, que requiere de una atención sanitaria de calidad.

Resultados: Se puso en evidencia que hoy por hoy, la apuesta por la formación del terapeuta ocupacional desde las aulas universitarias es necesaria para mejorar la práctica clínica en mutilación genital femenina (en adelante MGF), lo que conllevaría ampliar el horizonte de la Terapia Ocupacional.

Conclusión: La responsabilidad de la institución universitaria es en el caso del terapeuta ocupacional que la y el profesional de terapia ocupacional tenga un correcto criterio para tomar decisiones en su práctica de forma fundamentada y razonada. Por ello, apostar por una mejor formación, justificaría su más que necesaria cabida en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria, y repercutiría en la prevención y detección de estos casos de mutilación, y en su consecuente seguimiento y minimización de los daños generados.

SUMMARY

Objective: The increase of cases of female genital mutilation in Spain has made it necessary to revise the level of training and commitment of the health professionals to undertake, with sufficient guarantees, the approach of such traumatic situations and violent to women who suffer from it.

Methods: For this purpose, had analyzed the role that the professionals of the occupational therapy, within the multidisciplinary team, could play in the assistance of this group of women, especially vulnerable, which requires a high-quality health care.

Results: It became evident today, the bet by the formation of the occupational therapist from the university classroom is necessary to improve the clinical practice in female genital mutilation (hereinafter FGM), which would broaden the horizon of the Occupational Therapy.

Conclusion: The responsibility of the university institution is in the case of occupational therapist that the professional occupational therapy have a correct approach to take decisions on their practice in a manner founded and reasoned manner. Therefore, betting on better training, would justify their more than necessary place in the multidisciplinary team of health care, and would have an impact on the prevention and detection of these cases of mutilation and in its subsequent monitoring and minimizing the damage generated.

nuestra comunidad autónoma de Castilla La Mancha, provocando un crecimiento relativo de 67,60% en la población total, un 134,8% en mujeres y 167,1% en niñas entre 0-14 años, respectivamente.

La población inmigrante de estos países con prácticas de MGF y por tanto susceptibles de sufrirla o en riesgo de padecerla, se ha doblado en tan solo cuatro años en Castilla La Mancha⁽¹⁾. Por tanto, es evidente que nuestro sistema socio-sanitario se enfrenta a un colectivo de mujeres con MGF o en riesgo de sufrirla, especialmente vulnerable, que requiere de una atención sanitaria de calidad, y al que se le pide abordar verdaderas situaciones traumáticas y violentas en dichas mujeres que la padecen o incluso prevenirlas en los casos en los que todavía sea posible.

La MGF y la Terapia Ocupacional

La MGF es una realidad DESCONOCIDA para los profesionales sanitarios^(4,5) que en ocasiones ignoran como enfrentarse a la situación sociocultural que rodea a mujeres y niñas afectadas encontrándose con una falta de capacitación clínica⁽⁶⁾. La FORMACIÓN de los profesionales sanitarios, y por ende, del terapeuta ocupacional, es uno de los niveles de actuación contra la MGF. A su vez, Martínez y cols.⁽⁷⁾ exponen en su estudio las diferentes dificultades que presentan los profesionales sanitarios en el desarrollo de su práctica como son el desconocimiento del simbolismo cultural de la MGF y el abordaje transcultural, dilemas éticos, escasos recursos de asesoramiento profesional y necesidad de tiempo para abordar la situaciones complejas, además de la posible barrera idiomática; y argumentan que podrían solventarse a través de unas acciones

eficaces dirigidas a la necesidad de tiempo, a la necesidad de FORMACIÓN, a un asesoramiento a través del intercambio de información y a una práctica sanitaria intercultural de los profesionales sanitarios, buscando una práctica efectiva y adaptada tanto para la correcta prevención como detección y seguimiento de la MGF⁽⁸⁾.

La práctica de la MGF conlleva multitud de consecuencias físicas a nivel agudo como son hemorragia, dolor intolerable, infección de la herida, sepsis, gangrena, shock, y retención urinaria entre las más graves. También se producen consecuencias subagudas físicas como es el caso de la anemia, contagio de virus de hepatitis B, C y/o VIH, infecciones urinarias de repetición, abscesos y úlceras⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. Pero, no menos importantes son los problemas de salud mental asociados a largo plazo, perfectamente abordables desde la terapia ocupacional como: depresión, terrores nocturnos, limitaciones de participación social, sentimiento de confusión, de humillación, vergüenza, miedo a las relaciones sexuales o al parto, miedo al rechazo de su grupo social, alteraciones de roles y sentimientos de contradicción y culpa^(9,10). Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas⁽¹¹⁾.

Labrador⁽¹²⁾, delegada española en la federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT), señala que "las/los terapeutas ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona las habilidades y conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que **sufren la afectación de una estructura corporal** o función debida a algún cambio de salud, y que por lo tanto hace que **experimenten limitaciones en la participación**". Es por ello, que la/el terapeuta ocupacional tiene cabida y debe participar activamente en el abordaje de la MGF, tanto en su prevención como en su detección, seguimiento y tratamiento de apoyo. No se debe olvidar que la profesión del terapeuta ocupacional está transformándose y evolucionando constantemente, fruto de su adaptación a los cambios sociales debidos, en parte, a un gran proceso de globalización, que entre otros trae a los países desarrollados fenómenos como el de la MGF.

Buscando la evidencia

Es evidente que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Desde el ámbito de los y las profesionales, que tiene que dar respuesta a una población cada vez más heterogénea, es importante hacer hincapié en las estrategias que se deben poner en marcha para procurar una atención de calidad a aquellos colectivos ciudadanos más vulnerables, como es el caso de las mujeres inmigrantes.

En los últimos años, se ha producido en nuestro país un aumento progresivo de mujeres procedentes de países y/o etnias en los cuales se realiza la MGF, práctica que por sus especiales connotaciones de desigualdad de género (muy ligada a la tradición cultural y al sentimiento de pertenencia al grupo resulta muy peligrosa por ser en muchas ocasiones, justificada y encubierta⁽¹³⁾.

Estudios científicos realizados revelan que los conocimientos que poseen las y los profesionales sanitarios, donde se incluye al terapeuta ocupacional, sobre el tema son insuficientes⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ y, las expectativas de las mujeres mutiladas que acuden a los servicios de salud o centros de acogida o a diferentes asociaciones de los países de adopción, suelen quedar insatisfechas⁽¹⁷⁾. Si nuestro deseo es acercarnos a la consecución de una verdadera equidad en salud, el problema debe ser abordado de manera interdisciplinar. El conocimiento de la existencia de unas directrices claras y la formación específica de las y los profesionales implicados, son fundamentales en la prevención y detección de las mujeres en riesgo de ser mutiladas.

No existen guías o artículos en los que aparezca la figura del terapeuta ocupacional dentro del equipo multidisciplinar que debe asistir a estas pacientes⁽¹¹⁾, a pesar de las competencias de la terapia ocupacional anteriormente reseñadas por Algar y Romero⁽¹⁸⁾ e Ytarte⁽¹⁹⁾, por lo que la puesta en marcha de programas de formación específica del alumnado en las aulas universitarias del Grado de Terapia Ocupacional parece del todo prioritario y mejorará, sin duda, el abordaje de las mujeres con MGF o en riesgo de ella. La progresión académica, teórica e investigadora no debe circunscribirse en las paredes de las universidades o centros de investigación, sino basarse en la PRÁCTICA PROFESIONAL, y no perder nunca el contacto con la realidad de las personas, familias y colectivos, ya que se correría el riesgo de fundamentar sobre el idealismo y la ilusión⁽²⁰⁾.

Algunas reflexiones

Y después de este paisaje que se nos presenta actualmente y teniendo en cuenta que en Terapia Ocupacional es muy difícil realizar una guía para realizar una intervención para un determinado colectivo, ya que cada una de las personas con las que trabajamos es única, con sus propios valores, creencias, necesidades y prioridades, ¿qué contestaríamos a la pregunta: "el estudiante de Terapia Ocupacional adquiere todas las competencias necesarias para ser un buen profesional ante el colectivo de mujeres con MGF, tanto en la detección de casos, como en su seguimiento y prevención?"

Como se ha expresado al principio de este artículo, no se quiere dejar pasar la oportunidad de realizar una crítica constructiva sobre las posibilidades de mejorar, desde nuestras aulas universitarias de terapeutas ocupacionales, las expectativas de este colectivo de mujeres que esperan se vean satisfechas por el equipo multidisciplinar que las asiste, del que el Terapeuta Ocupacional debe formar parte como profesional sanitario.

La puesta en marcha de programas de formación específica del alumnado en las aulas universitarias del Grado de Terapia Ocupacional mejorará el abordaje de la MGF y ampliará los horizontes de la Terapia Ocupacional, incluyendo al terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinar necesario para la detección de posibles casos de MGF, seguimiento y apoyo y, por supuesto, prevención de los mismos⁽²¹⁾.

Las mujeres con MGF presentan necesidades o expectativas no cubiertas por el sistema sanitario español, como es el caso de la participación social y otras áreas de ocupación, para las cuales la figura del terapeuta ocupacional sería imprescindible en el abordaje de esta realidad, cada vez más prevalente en nuestro país y nuestro sistema sanitario⁽¹⁹⁾. Sin embargo, en el actual protocolo de actuación ante la MGF no se refleja la figura de terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinar que acompaña a estas mujeres^(11,22,23). Por ello, se hace necesario implicar al terapeuta ocupacional en todas aquellas actuaciones requeridas para que las mujeres mutiladas o en riesgo de sufrir una mutilación genital puedan satisfacer sus expectativas sanitarias en nuestras áreas sanitarias⁽¹⁷⁾.

CONCLUSIONES

Las responsabilidades de la institución universitaria son ofrecer a los estudiantes los recursos de información, formar en la búsqueda de la mejor evidencia disponible, fomentar el pensamiento crítico y promover una intervención centrada en la persona, adaptada a sus necesidades y preferencias. En el caso del terapeuta ocupacional se ha de buscar que tenga un correcto criterio para tomar decisiones en su práctica de forma fundamentada y razonada. Por ello, en el caso de la MGF, apostar por una mejor formación del terapeuta ocupacional, justificaría su más que necesaria cabida en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria, y repercutiría en la prevención y detección de estos casos de mutilación, y en su consecuente seguimiento y minimización de los daños generados.

Referencias bibliográficas

1. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB; 2013.
2. Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Antropología Aplicada 1. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB; 2010.
3. Gil Ruiz JM. Formación en derecho antidiscriminatorio: carencias e incumplimientos institucionales. Academia (B. Aires). 2015; 13(26): 49-77.
4. Relph S, Inamdar R, Singh H, Yoong W. Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. Eur J ObstetReprod Biol. 2013; 168 (2): 195-8.
5. Kaplan A, Torán P, Moreno J, Castany MJ, Muñoz L. Perception of primary health professional about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. BMC Health Serv Res. 2009; 9: 11.
6. Dawson A, Turkmani S, Fray S, Nanayakkara S, Varol N, Homer C. Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: a review of global experience. Midwifery 2015; 31 (1): 229-38
7. Martínez E, Olvera MC, Pozo MD, Hernández MD, Amezcua C, Olmedo R. Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. En: García FJ, Kressova N, editores. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. p. 2195-2199.
8. Kaplan A, Moreno J, Pérez MJ. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra; 2010.
9. Kaplan A, Torán P, Bermúdez K, Castany MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. Migr. [en línea] 2006; 19: 189-217. URL disponible en: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
10. Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, et al. La mutilación genital en la mujer del siglo XXI. ProgObstetGinecol. Valladolid. 2003; 46(6):257-66.
11. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
12. Labrador C. Definición de terapia ocupacional. Ciudad del Cabo: Federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT); 2004.
13. Gil Ruiz JM. Los diferentes rostros de la violencia de género. Madrid: DYKINSON; 2007.
14. García S, Sánchez MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. MetasEnferm. 2013; 16(7): 18-22.
15. Jacoby SD, Smith A. Increasing certified nurse-midwives' confidence in managing the obstetric care of women with female genital mutilation/cutting. J Midwifery Womens Health 2013; 58 (4): 451-6.
16. Reig M, Siles J, Solano C. Mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to female genital mutilation. J AdvNurs. 2016; 72(2): 245-260.
17. Ballesteros C, Almansa P, Pastor M, Jiménez I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la región de Murcia. Gacsanit. 2014; 28 (4): 287-291.
18. Algar I, Romero D. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria: ¿es posible?. TOG [revista de Internet] 2012 [Consultado en enero de 2015]; 9(16): 8-30. URL disponible en:
19. <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>
20. Ytarte RS. Perspectiva intercultural en el desarrollo de la práctica profesional. En Romero DM, Moruno P. Terapia ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 415-425.
21. Pousada T. Praxis desde la teoría, ¿es posible la transferencia desde la universidad a la realidad? TOG (A Coruña) [revista de Internet] 2015 [Consultado en septiembre de 2016]; 7: [146-166] . URL disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/universidad.pdf>
22. Onuh SO, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. J NatlMedAssoc. 2006; 98 (3): 409-14.
23. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Barcelona; 2007. [Consultado en septiembre de 2016]URL disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFor mas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf

24. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza; 2011. [Consultado en noviembre

de 2015]. URL disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilacion%201.pdf>

Figura 1**Gráfico: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2008-2012**

	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)
Cataluña	71115	12998	22,40	18122	5133	39,5	6182	1826	41,9
Andalucía	33533	11983	55,60	6197	2285	58,4	1501	612	68,8
Comunidad de Madrid	24786	532	2,10	7558	784	11,6	2059	779	60,9
Comunitat Valenciana	19882	2131	12,00	5135	948	22,6	1477	633	75
Aragón	12245	1869	18,00	3195	726	29,4	1074	258	31,6
Canarias	11220	978	9,50	3860	813	26,7	1000	342	52
Pais Vasco	11066	5564	101,10	3171	1861	142,1	818	544	198,5
Baleares (Illes)	10165	2291	29,10	2921	975	50,1	937	477	103,7
Región de Murcia	7831	964	14,00	1399	397	39,6	403	211	109,9
Castilla-La Mancha	5916	2386	67,60	1512	868	134,8	422	264	167,1
Galicia	4159	1407	51,10	832	331	66,1	168	82	95,3
Comunidad Foral de Navarra	3589	832	30,20	1185	427	56,3	321	148	85,5
Castilla y Leon	2991	945	46,20	784	279	55,2	179	73	68,9
Principado de Asturias	2136	708	49,60	380	183	92,9	64	50	357,1
Rioja (La)	1438	148	11,50	459	137	42,5	156	60	62,5
Cantabria	1410	534	61,00	372	158	73,8	86	56	186,7
Extremadura	539	147	37,50	159	51	47,2	19	1	5,6
Ceuta y Melilla	119	105	750,00	10	5	100	3	2	200
Total general	224140	46522	25,40	57251	16361	40	16869	6418	61,4

KAPLAN, A. y LÓPEZ, A. (2013) Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Bellaterra, Fundación Wassu-UAB.