

TERAPIA OCUPACIONAL ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA*

Occupational Therapy against female genital mutilation

Terapia Ocupacional frente a mutilação genital feminina

Laura Vega Titos

Terapeuta ocupacional Universidad de Castilla la Mancha, Talavera de la Reina. Toledo, España.
lauravegatitos@hotmail.com

Rodolfo Morrison

Docente del Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
rodolfomorrison@med.uchile.cl

María Teresa Gil Ruiz

Docente asociada de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha. España.
mariateresa.gil@uclm.es

Resumem

Introducción: La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica altamente dañina para la vida de las mujeres. Su salud física, psicológica, sexual y reproductiva se ve deteriorada, generando depresión, ansiedad, fobias, pánico e incluso, alteraciones psicóticas, que pueden marginarlas o llevarlas a la muerte. **Objetivo:** este artículo de revisión busca analizar el posible rol de la Terapia Ocupacional (TO) con mujeres que han sufrido MGF. **Métodos:** se realiza una revisión bibliográfica narrativa con el objeto de indagar en las publicaciones y otros textos que den cuenta del rol de la TO en esta temática. **Resultado/discusión:** se observa que existen escasas publicaciones al respecto, siendo un tema importante y necesario de abordar por la TO. **Conclusiones:** se realiza una propuesta teórico-reflexiva respecto del rol de la TO en mujeres que han sufrido MGF. Para ello, se tienen presentes conceptos como la cultura, la historia y el entorno de cada mujer dentro de su comunidad. Se considera que una intervención terapéutica en esta temática debe integrar perspectivas clínicas, sociales y comunitarias de la TO.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, Terapia Ocupacional, Salud.

685

Abstract

Introduction: Female genital mutilation (FGM) is a highly harmful practice for women's lives. Their physical, psychological, sexual and reproductive health is deteriorated, generating depression, anxiety, phobias, panic and even psychotic alterations, which can marginalize them or even lead them to death. **Objective:** this review article seeks to analyze the possible role of Occupational Therapy (OT) with women who have suffered FGM. **Methods:** a narrative bibliographic review is carried out with the aim of investigating the publications and other texts that give an account of the role of OT in this topic. **Result/Discussion:** it is observed that there are few publications about it, being an important and necessary issue to be addressed by the OT. **Conclusions:** a theoretical-reflexive proposal is made regarding the role of OT in women who have suffered FGM. For this, concepts such as the culture, history and environment of each woman within their community are taken into account. It is considered that a therapeutic intervention in this topic should integrate clinical, social and community perspectives of OT.

Keywords: Female genital mutilation, Occupational therapy, Health.

Resumo

Introdução: A mutilação genital feminina (MGF) é uma prática altamente prejudicial para a vida das mulheres. Sua saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva é deteriorada, gerando depressão, ansiedade, fobias, pânico e até alterações psicóticas, o que pode marginá-las ou mesmo levá-las à morte. **Objetivo:** este artigo de revisão busca analisar o possível papel da Terapia Ocupacional (TO) com mulheres que sofrem MGF. **Métodos:** uma revisão bibliográfica narrativa é realizada com o objetivo de investigar as publicações e outros textos que dão conta do papel do TO neste tópico. **Resultado / Discussão:** observa-se que há poucas publicações sobre o tema, sendo uma questão importante e necessária a ser abordada pela TO. **Conclusões:** uma proposta teórico-reflexiva é feita sobre o papel do TO com as mulheres que sofrem MGF. Para isso, são considerados os conceitos como cultura, história e ambiente de cada mulher dentro de sua comunidade. Considera-se que uma intervenção terapêutica neste tópico deve integrar as perspectivas clínicas, sociais e comunitárias do TO.

Palavras-chave: Mutilação genital feminina; Terapia ocupacional; Saúde.

1 INTRODUCCIÓN

La violencia de género en parejas heterosexuales, como describe Martín¹, es “un concepto complejo que abarca multitud de situaciones externas a lo afectivo, en las que subyace el trasfondo de sometimiento de la mujer a la voluntad del hombre. Puede localizarse en lo afectivo o fuera de él, y a través de las más diversas manifestaciones físicas, psíquicas y sexuales” (p. 210). Se ha puesto de manifiesto que la violencia machista, que influye en el umbral de riesgo y salud de algunas mujeres, se incrementa con la pobreza, la ruralidad o la pertenencia a determinada etnia, religión o cultura².

Uno de los factores más recientes e influyentes en la visibilización de la violencia machista es la multiculturalidad. El encuentro de culturas diversas en un mismo territorio, efecto generado por la migración y la globalización, provoca la observación de “lo diferente” como extraño o ajeno, permitiendo tomar consciencia de prácticas normalizadas que muchas veces no tienen cabida en ciertos territorios³.

La mujer migrante tiene una fuerte presencia en la sociedad española, en la que conviven diferentes grupos culturales, étnicos y religiosos, caracterizándose por la diversidad y el interculturalismo². Sin lugar a dudas, esta diversidad es enriquecedora, pero no deja de plantear problemas por el enfrentamiento cultural que supone. En este escenario, es la mujer la que, involuntariamente, protagoniza muchos de los conflictos culturales, víctima de tradiciones arraigadas, de dudosa constitucionalidad, que la denigran física, psíquica y sexualmente.

Por otra parte, la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública a nivel mundial⁴. Así, desde el ámbito de los y las profesionales se debe dar respuesta a una población cada vez más heterogénea, donde es importante hacer hincapié en las estrategias que se ponen en marcha para procurar una atención de calidad a aquellos colectivos ciudadanos más vulnerables, como es el caso de las mujeres inmigrantes⁵.

1.1 Mutilación Genital Femenina

En los últimos años, se ha producido en España un aumento progresivo de mujeres procedentes de países y/o etnias en los cuales se realiza la Mutilación Genital Femenina (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 ser en muchas ocasiones, justificada y encubierta⁶.

En este trabajo, nos centraremos en la MGF, que según define Sábato⁷, es “una práctica cultural que comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como otras lesiones en los mismos, que se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, justificada por creencias desde distintos ámbitos: costumbre y tradición, control de la sexualidad, funciones reproductivas, de higiene, estética y religiosos” (p. 28)⁷.

En España, a lo largo de los últimos años, se han promovido reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la MGF, como el artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003) que castiga la realización de esta práctica. Sin embargo, se ha podido constatar que muchas familias utilizan determinados momentos de retorno a sus países de origen para realizar la mutilación genital a sus hijas⁸. Por este motivo, la jurisdicción española modificó su competencia para perseguir la práctica de la MGF fuera del territorio nacional, en virtud de lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo). A este hecho se añade la importancia del cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, puesto que, gran parte de esta práctica se realiza a mujeres jóvenes o niñas⁹. Actualmente se llevan a cabo proyectos destinados a mejorar la formación sobre derecho antidiscriminatorio en titulaciones jurídicas¹⁰.

Los términos que se han empleado para hablar de la MGF en lengua castellana son diversos y algunos proceden de otros idiomas. Entre los más comunes se encuentran: ablación genital, circuncisión femenina, clitoridectomía, clitoritomía y escisión. El término con el que se designa en lengua árabe es *jitrn* (o *jatrñ*), aunque para las mujeres se utiliza más específicamente la palabra *jaf d* o *jifã d*⁹.

Muchas y variadas son las teorías que intentan justificar tan perversa práctica⁷, entre ellas: el intento de garantizar la castidad de las mujeres (control sexual), el aseguramiento del estado de casaderas (listas para el matrimonio), potenciar el hacerlas más deseables para sus maridos, preservar la tradición, hacerlas más dóciles y sumisas desde niñas, preservar el buen juicio de la mujer (como si los órganos genitales femeninos alteraran su capacidad de razonamiento), diferenciar la feminidad de la masculinidad, razones sociológicas (formando

parte de un rito que marca el paso de la edad infantil a la etapa adulta)¹¹; e incluso otras tales como evitar que el clítoris crezca a un tamaño anormal que pueda hacer daño al aparato genital masculino en las relaciones sexuales; o aumentar su fertilidad¹².

Se realiza en 29 países de Oriente Medio, África, y algunos de Asia como la India, Indonesia, Irak e Israel, y entre algunos inmigrantes de estos países en Europa, América del Norte y Australia. En menor medida, también en Latinoamérica, entre algunas tribus amazónicas de Colombia y el Perú¹².

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, retención urinaria, etc. También se producen consecuencias subagudas físicas como es el caso de la anemia, contagio de Hepatitis B, C y/o VIH, infecciones urinarias de repetición, abscesos, úlceras, etc.⁹

No menos importantes son los problemas de salud mental asociados a largo plazo, 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, 13}.

Estas consecuencias, atentan directamente en la salud^{7, 8} y el desempeño ocupacional de la persona, ya que tienen relación con su motivación, hábitos, rutinas e incluso roles que se alteran y que afectan finalmente a las áreas ocupacionales de participación social, trabajo y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹³, que son nuestro foco de actuación.

La visibilización de los casos en todo el mundo, debido al fenómeno de la inmigración y la globalización, obliga a revisar el compromiso de las y los profesionales sanitarios y sociales para acometer con las suficientes garantías, frente al abordaje de dichas situaciones traumáticas y violentas para las mujeres que la padecen.

Existe consenso para el abordaje sanitario, donde se identifican tres niveles de acción^{8, 9}. El primero es a través del análisis de mapas de riesgo para representar la situación actual, observar posibles cambios y obtener datos que proporcionen una mayor información a las y los profesionales. Un segundo nivel donde se buscan y se plantean estrategias claras para luchar contra la realización de la práctica, en donde se incluye la participación de equipos interdisciplinarios de profesionales hacia una correcta prevención, detección y seguimiento de casos. Y por último, el tercer nivel corresponde a la formación de profesionales sanitarios,

siendo este último componente dependiente del adecuado desarrollo de las estrategias del nivel anterior¹².

Por otra parte, diversos autores como Algar¹⁴ señalan a las y los terapeutas ocupacionales como parte integrantes de un equipo multidisciplinar que da asistencia, contribuye a la prevención y colabora con otros profesionales en la elaboración, diagnóstico y tratamiento de pacientes, aportando en la restauración de su capacidad y habilidad, favoreciendo su integración e inclusión social, además de realizar intervenciones en la comunidad¹⁵, paso crucial para abordar esta problemática. Por ello, parece necesario implicar a la Terapia Ocupacional en todas aquellas actuaciones requeridas por las mujeres que han sufrido mutilación o que se encuentren en riesgo de sufrirla¹³.

De esta manera, se hace necesario analizar el rol que puede desarrollar la disciplina en este perfil de población, siempre con el objetivo de buscar y plantear estrategias para luchar contra la ablación, entendiéndose como un tipo de violencia de género, en donde se incluye la participación de equipos interdisciplinarios de profesionales hacia una correcta prevención, detección y seguimiento de casos⁹.

689

2 METODOLOGÍA

Se empleó una revisión bibliográfica narrativa¹⁶ con las palabras clave “mutilación genital femenina” más “terapia ocupacional”; tanto en español como en inglés en bases de datos como: Medline Pubmed, Scielo, Web Of Knowledge, ProQuest, Base de Datos del CSIC. Además, se buscó información en páginas web vinculadas a la lucha contra la MGF como la de la Organización Mundial de la Salud, junto con el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina de España. Solo se encontró un artículo¹³ que integrara una visión de la MGF y la TO, por lo que se decidió realizar una búsqueda más amplia, en las mismas fuentes, que implicase las “secuelas” de la MGF.

3 RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados de la búsqueda fueron muy escasos. Concretamente, sobre qué puede hacer la TO con mujeres que han sufrido esta ablación, solo apareció un resultado que señala

la responsabilidad en la formación profesional de la TO en este tema. Es así como se propone el abordaje de algunas consecuencias ocupacionales de esta práctica, a raíz de la segunda revisión realizada.

Según Labrador¹⁷, delegada española en la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), “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” (p. 1) e inclusión social.

Podríamos considerar un modelo de práctica que nos permitiera intervenir en estos ámbitos, además de hacer participativa totalmente a la mujer en su propio proceso. Por lo tanto, modelos basados en la ocupación como el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner (MOHO)²¹, permitirían realizar un abordaje integral, debido a que facilita la comprensión de la persona como un ser ocupacional, de forma holística, y en constante interacción con el entorno. Además, el MOHO nos permite evidenciar las situaciones críticas en la vida de una persona, y cómo esas situaciones repercuten en su historia ocupacional. De ese modo, el abordaje individual que logra este modelo, ayuda a la comprensión personalizada de la situación de mujeres que han sufrido MGF.

Otras práctica disciplinares, como la TO Comunitaria¹⁵ o la TO Social¹⁸, también permiten un abordaje integral, ya que ponen su foco de intervención, no solo en la persona que sufre este daño, sino también en toda la comunidad. Es decir, conceptualizan la problemática, no solo como algo individual, sino que como algo compartido y generado desde una problemática social y cultural. Así, las posibilidades de acción se vuelven mucho más amplias, contextualizadas y pertinentes.

Junto a esto, el/la terapeuta ocupacional debe tener un conocimiento consciente de los condicionantes políticos, sociales y económicos que determinan la salud de las comunidades; capaz de trascender una visión atomista e individualizada de la persona, para comprender la necesidad de trabajar desde y con las comunidades¹¹.

4 DISCUSIÓN

690

Este trabajo propone pensar el rol de la disciplina en una práctica que vulnera gravemente los derechos humanos de las mujeres. Se propone utilizar la ocupación como herramienta para ahondar en el abordaje de este problema sanitario y social que, según los estudios científicos más recientes¹³, es insuficiente. Así, las expectativas de estas mujeres, que acuden a los servicios de salud de los países de adopción, quedan insatisfechas y no se dispone de las herramientas necesarias para ayudarlas. Por otro lado, se hace necesario abordar esta problemática de forma más específica, considerando estudios de caso y recogiendo los relatos de estas mujeres.

Como consecuencia del amplio abanico de secuelas a las que se enfrentan las mujeres^{7,9,11-13}, se pueden proponer algunas líneas de intervención, por ejemplo las que buscan encontrar áreas de mejora en la esfera ocupacional y cultural.

De forma particular, a un nivel de intervención individual, las áreas sobre las que trabajar pueden centrarse en habilidades sociales, contribución a la adaptación a la nueva cultura, contención frente a problemas personales, contribución en la estructuración y organización de rutina diaria, desempeño de actividades cotidianas y uso del tiempo; hábitos, roles y participación social; autoestima, estado psicológico; y alteraciones o limitaciones en las diferentes áreas de ocupación necesarias para una propuesta de acción adaptada a la persona.

Junto con ello, los factores de riesgo ocupacional propuestos por Wilcock son aspectos que claramente podrían abordarse desde una mirada más contextual del problema¹⁹. Por ejemplo, situaciones de privación ocupacional, producto de la nueva cultura o de los estigmas enfrentados por la sociedad; desequilibrio ocupacional, que puede generarse por la falta de oportunidades y que provoca un desbalance en las ocupaciones significativas; o la alienación ocupacional, presente en los sentimientos generados como consecuencia de la práctica de la MGF.

Por último, la TO comunitaria¹⁵ y la TO Social¹⁸, nos brindan importantes bases teóricas para la práctica, al permitir realizar un abordaje con la comunidad, rescatando las propias prácticas significativas, donde el problema no se establece a priori, sino que se construye y aborda con la comunidad. Por lo que, un eje central de esta práctica, tiene relación con la desnaturalización de lo normativo, lo que muchas veces implica realizar un trabajo

paulatino, que, por ejemplo, implica enfrentar las concepciones naturalizadas de roles de género o de la violencia.

5 CONCLUSIONES

La adquisición de competencias para una forma crítica de pensar la práctica, puede proporcionar a la TO alternativas para el abordaje de la MGF que, como se ha señalado, constituye actualmente un problema sanitario y social al alza en España y otros lugares del mundo, a la vez que ampliará los horizontes de la TO, incluyendo al/a terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinario necesario para la detección de posibles casos, seguimiento y apoyo y por supuesto prevención de los mismos⁸.

Además, se hace necesario el aporte de investigaciones en esta área emergente, que permitan: evidenciar el surgimiento de estas prácticas en Europa y América Latina; contactar con mujeres que han sido víctima de esta vulneración de derechos; sensibilizar a la sociedad respecto a estas situaciones de abuso y maltrato; generar políticas públicas que erradiquen estas prácticas normalizadas en diferentes estratos de la cultura; y reconocer el rol profesional en esta línea.

En definitiva, si transformamos el foco y la perspectiva de la TO desde la que actuamos para comprender lo importante que es la cultura, la historia y el entorno de cada persona y comunidad, podremos intervenir en estos ámbitos vacíos, donde la clínica, por sí sola, no alcanza a dar el sentido a la práctica. Recuperar la perspectiva holística²⁰, propia de la profesión en situaciones tan deplorables como la MGF, es una oportunidad de la TO para contribuir a mejorar las injusticias que sufren estas mujeres día a día, lo que es central para posicionar el rol político y la responsabilidad social de la profesión con las personas, grupos y comunidades.

Referencias

1. Martín Sánchez M. **El género en la "violencia afectiva": clave para un examen de constitucionalidad**. Est const. 2015;13(1):203-236.
2. Ramos Padilla M. **La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género**. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2006;23(3):201-220.

3. Gomes e Souza AM. **Algunas consideraciones acerca del trabajo y de la salud de las mujeres Latino Americanas en su proceso migratorio.** Cuad elect fil der. 2006;14:1-18.
4. Organización de los Estados Americanos (OEA). **Convención interamericana para prevenir sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará).** Washington, D.C: OEA; 1995.
5. Montañés Muro P, Moyano Pacheco M. **Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial.** Pensamiento psicológico. 2006;2(6):21-32.
6. Gil Ruiz JM. **Los diferentes rostros de la violencia de género.** Madrid: Dykinson; 2007.
7. Sábato E. **Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema sanitario de Euskadi.** Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016.
8. Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Bedoya Muriel MH, Bermúdez Anderson K, Moreno Navarro J, Bolívar Ribas B. **Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria.** Cad Aten Primaria. 2006;38(2):122-126.
9. Ministerio de Sanidad. **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina.** Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2006.
10. Gil Ruiz JM. **Introducción de la perspectiva de género en las titulaciones jurídicas: hacia una formación reglada.** Rev Educ der. 2014;10:1-28.
11. Jiménez Ruiz I. **Enfermería y cultura: las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina.** España: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia; 2015.
12. Portillo LE. **El encuentro femenino a los Derechos Fundamentales.** El Salvador: Universidad Gerardo Barrios; 2014.
13. 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). 2016(13):24.
14. Algar Lombardo I, Romero Ayuso DM. **Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?** (TOG A Coruña). 2012;16:1-30.

15. Pino J, Ceballos M. **Terapia ocupacional Comunitaria y Rehabilitación Basada en la Comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria.** Rev Chil Terap Ocup. 2015;15(2).
16. Aguilera R. **¿Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis?** Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(6):359-360.
17. Labrador. **Definición de Terapia Ocupacional.** Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales; 2004.
18. Lopes RE, Serrata Malfitano AP (eds.) **Terapia Ocupacional Social. Desenhos teóricos e contornos práticos.** São Carlos: EdUFSCar; 2016.
19. Wilcock AA. **An occupational perspective of health.** Second ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2006.
20. Morrison R. **Pragmatismo: una antigua epistemología para el actual Paradigma Social de la Ocupación.** TOG (A Coruña). 2015;12(21):28.
21. Kielhofner, G. **Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación.** Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2004.

* 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: Juana M^a Gil Ruiz.

Contribuciones: **Laura Vega** ha realizado la búsqueda de los datos para la realización del artículo. **Rodolfo Morrison** y **María Teresa Gil Ruiz** dirigieron el trabajo. Todos los autores han participado en la revisión final del escrito y en la redacción.

Submetido em: 09/12/2017

Aceito em: 11/01/2018

Publicado em: 31/07/2018