

Trabajo Fin de Grado

FEMALE GENITAL MUTILATION/CUTTING

Mutilación genital Femenina



Autor/es

Begoña Villarejo Cazcarra

Director/es

Tirso Ventura

FACULTAD DE MEDICINA

Año 2019

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	3
2. MÉTODOS.....	5
3. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF).....	6
a. Introducción.....	6
b. Origen y lugares donde se realiza	7
c. Consideraciones antropológicas	8
d. Procedimiento.....	9
i. Tipos.....	10
e. Consecuencias para la Salud.....	11
i. Complicaciones inmediatas.....	11
ii. Complicaciones duraderas.....	12
4. MARCO JURÍDICO.....	15
a. Derechos humanos y MGF.	15
b. Marco Jurídico Internacional.....	16
c. Marco Jurídico en España.....	17
5. ABORDAJE DE LA MGF POR EL PROFESIONAL SANITARIO EN ESPAÑA	
a. Situación en España.....	18
b. Tipos de intervención desde los servicios de salud.....	19
i. Pediatría.....	20
ii. Médico de Familia.....	21
iii. Ginecología.....	21
6. ¿ESTÁ CAMBIANDO LA PRÁCTICA?	23
a. Respuesta a nivel internacional.....	24
b. La MGF como norma social.....	24
c. Abordaje del problema.....	25
d. ¿Cuál es la opinión de los locales?.....	28
7. CONCLUSIONES.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	30
9. ANEXOS.....	34

1. RESUMEN:

PALABRAS CLAVE: Mujer, Mutilación genital femenina, ablación, profesionales sanitarios, derechos humanos, aspectos psicosociales, sexualidad.

La mutilación genital femenina (MGF) es definida por la OMS como “*todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.*” Afecta, según la OMS, a más de 140 millones de mujeres y niñas en el Mundo. Se trata de una técnica con infinidad de complicaciones tanto inmediatas como a largo plazo.

Constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Viola el derecho a la vida, a la salud, la seguridad y la integridad física de mujeres y niñas.

A pesar de todos los esfuerzos realizados por Gobiernos, organizaciones regionales y locales, medios de comunicación y movimientos sociales la problemática persiste y el número de mujeres afectadas y en riesgo continúan aumentando año a año.

Se trata de una práctica profundamente arraigada culturalmente, realizada desde hace miles de años. Para luchar contra ella es necesaria una mirada antropológica que nos permita abordar este tema con conocimiento.

Es llevada a cabo en más de cuarenta países, de los cuales veintiocho corresponden al continente africano. El vivir en un Mundo Globalizado lo convierte directamente en un problema Mundial.

En España residen 55000 mujeres y niñas que provienen de países de África Subsahariana donde se practica la MGF. [\(2\)](#)

Se trata de un problema por tanto que nos afecta directamente como profesionales sanitarios y es nuestra responsabilidad el formarnos en el abordaje de problemas transculturales como este.

Las dificultades que encontramos como profesionales ante la MGF son el desconocimiento del significado de la práctica, las consecuencias de la realización y la no realización, dilemas éticos criminalización-estigmatización y la escasa formación para abordar problemas de índole transcultural.[\(31\)](#)

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo aportar información básica sobre la MGF, orientado a aquella información que he considerado que como profesionales de la Salud es importante conocer para poder abordar este problema en consulta. Entre ellos epidemiología, causas, consecuencias directas sobre la salud de las mujeres, derechos humanos, legislación al respecto...

La última parte está enfocada a la MGF desde el abordaje a nivel internacional.

ABSTRACT:

The WHO defines Female genital mutilation (FGM) as "*all procedures consistent on the partial or total resection of the female external genitalia, as well as other parts of the female genital organs for non-medical reasons.*" It affects more than 140 million women and girls in the world. This technique has many immediate and long-term complications.

It constitutes an extreme form of discrimination against women. It violates the right to life, health, safety and physical integrity of women and girls.

Despite all the efforts made by governments, regional and local organizations, media and social movements; the problem continues, and the number of women in risk is increasing year by year.

It is a cultural practice with very strong roots, carried out for thousands of years. For fighting against it, we need an anthropological vision that is going to give us the right knowledge to walk towards its end.

It was carried out in more than forty countries (twenty eight belong to the African continent). Living in a Globalized world makes it directly a Global problem.

In Spain there are 55,000 women and girls who come from sub-Saharan Africa where FGM is practiced. [\(2\)](#)

Therefore it is a problem that affects us directly as healthcare professionals, and it is our responsibility to train ourselves in the correct dealing with trans-cultural problems like this.

The problems we can find as health care providers are the ignorance of the meaning of the practice, the consequences of the realization and non-realization, the ethical problems of criminalization-stigmatization and the scarce training to tackle problems of a trans-cultural nature like this one. [\(31\)](#)

This bibliographical review aims to provide basic information about FGM, oriented to the information that has been considered as important to manage this kind of "problems" as health care professionals on our daily work. Among them: epidemiology, causes, direct consequences on women's health, human rights, legislation...

The last part is focused on FGM from the international approach.

2. MÉTODOS

La metodología se ha basado en una revisión bibliográfica sobre la mutilación genital femenina. Para su realización se ha obtenido información principalmente de bases de datos a través de motores de búsqueda como PubMED o Cochrane Library. Para ello utilicé los términos *Female Genital Cutting /Mutilacion Genital Femenina* y comencé seleccionando los artículos de libre acceso, redactados en inglés o español, publicados en los últimos 5 años 2014-2019. Al ir profundizando en temas más específicos como las técnicas, las complicaciones, el enfoque cultural, la sexualidad de la mujer o la legislación en diversos países recurrió también a artículos publicados antes de 2014.

Al tratarse de un tema a nivel Mundial, organismos como la OMS (Organización Mundial de la Salud), o ONGs como United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) han redactado diferentes guías y realizado estudios epidemiológicos muy amplios que he empleado para la elaboración del trabajo.

He decidido enfocar el final del trabajo en la situación de este tema en España. Considero que nos puede afectar directamente como profesionales de la salud. Para ello he recopilado información de protocolos de MGF redactados por el Gobierno de España, varias Comunidades Autónomas entre ellas Aragón y Cataluña. La legislación al respecto recogida en el código penal. El número de artículos encontrados en las bases de datos mencionadas anteriormente que traten sobre la MGF en España son sólo dos, siendo mayor el número de artículos publicados en otros países pertenecientes a la UEE como Finlandia, Dinamarca, Suecia... La mayoría de artículos encontrados se centran en la situación de la ablación en países de África, enfocados por un lado a la parte médica, complicaciones, cómo abordarlas... y por otro a estudios epidemiológicos sobre el tipo de ablación realizado por regiones y países, opinión de la gente local, cómo se ha abordado en ciertos lugares y resultados...

Se trata de un tema con un componente cultural muy fuerte, que plantea problemas éticos y morales continuamente. Personalmente sentí la necesidad de conectar con la parte más humana detrás de todo esto, e intentar llegar a comprender y empatizar con las madres y padres, que queriendo lo mejor para sus hijas, continúan realizando esta práctica. Testimonios de mujeres encontrados en Youtube como el de Asha Ismail (fundadora de la ONG *save a girl, save a generation*), o el de su hermana, el que comparte Khady Koita en su libro *mutilada*. Me han ayudado a acercarme a este objetivo. Por último, realicé entrevistas a ginecólogos de Zaragoza, que llevan muchos años trabajando con este tema en nuestra ciudad desde Médicos del Mundo, y que también han estado en terreno conociendo de cerca esta realidad.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF):

Introducción:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la MGF como “*todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos*”. Tiene implicaciones para la **salud física, sexual y psicológica de las mujeres**. No aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas. Se trata de la amputación de un órgano sano y funcional.

El término de mutilación comenzó a aparecer a principio de los años 80' con el objetivo de recalcar la severidad del problema. No se introdujo en la ONU hasta 1991. Algunos países continúan actualmente negándose a usar el término de mutilación, sustituyéndolo por female genital “cutting”. [\(1\)](#).

La MGF es una manifestación de la violencia y la desigualdad de género basada en una serie de convicciones y percepciones profundamente arraigadas en las estructuras sociales, económicas, políticas de algunas comunidades. Es un indicativo de la invisibilidad de las mujeres el hecho de que la MGF no haya sido considerada hasta 1993 como forma de violencia contra la mujer por las Naciones Unidas.

La OMS calcula que entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas vivas actualmente han sido objeto de MGF en 40 países de África, Oriente Medio y Asia.[\(2\)](#)

La MGF se trata de un problema a nivel mundial. La incorporación a nuestra sociedad de familias que realizan MGF en sus familias de origen nos enfrenta a un problema transcultural que como profesionales médicos debemos saber abarcar. Los profesionales de la sanidad son determinantes agentes activos y directos para promover el abandono de la MGF. Incidiendo desde una perspectiva interdisciplinar en la detección, prevención y tratamiento.

Origen y lugares donde se realiza:

El origen exacto de la MGF se desconoce, en parte, el tratarse de un tema invisibilizado durante miles de años provoca que no existan muchas investigaciones al respecto. Algunos documentos reportan que historiadores griegos y geógrafos, como Herodotus (425-448AC) y Strabo (63 AC – 23DC) señalan que MGF ocurría en el Antiguo Egipto sobre el valle del río Nilo⁽³⁾. Se han encontrado algunas momias con estas mutilaciones realizadas, lo que da a pensar que se trata de una práctica preislámica.

No ha sido un fenómeno exclusivo de África. En Europa occidental y EEUU también se llevaron a cabo procedimientos de clitoridectomía, y aunque la historia ha conservado sobre todo el nombre del ginecólogo londinense Isaab Baker Brown (1812-1873) fueron muchos otros también los doctores que trataron de esta manera enfermedades como histeria, migraña, epilepsia y algunas enfermedades mentales. ⁽⁴⁾

Normalmente MGF es realizada en comunidades, tribus o países donde las mujeres tienen sobre todo un rol doméstico, sus derechos están muy limitados y el placer está prohibido.

Cada año se mutilan 3 millones de niñas menores de 15 años en todo el Mundo. ⁽²⁾

Según UNICEF, la ablación o mutilación genital femenina es llevada a cabo en más de cuarenta países, de los cuales veintiocho corresponden al continente Africano en la franja que se encuentra por debajo de los países árabes; a excepción de Egipto que también lo practica. ⁽⁵⁾ El resto se realizan en Ciertos países de Oriente Medio como Emiratos Árabes, Omán, Yemen, Palestina, Irak e Israel y países asiáticos como la India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka donde se sigue manteniendo esta tradición. [ANEXO 1. Mapa mundial de % de mujeres entre 15 y 49 años con MGF](#) De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Colombia es el único país de América Latina donde ha sido documentada esta práctica en una Comunidad Indígena. ⁽³⁾

Es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF y que no todas las etnias que lo practican lo hacen de la misma forma. [ANEXO 2 Mapa de % de MGF en África por países y por regiones](#). A excepción de Somalia donde se practica en un 98% de las mujeres, no se suele practicar de manera generalizada en todo el país. Por ejemplo, en el caso de Kenia, la población está formada por 48 etnias distintas, en cada una se habla una lengua diferente, poseen distintas creencias... De estas 48 etnias, 21 practican la MGF. ⁽⁶⁾

Consideraciones antropológicas:

Es necesario contar con una mirada antropológica para obtener una comprensión de este tema que permita abordarlo con conocimiento y respeto.

La práctica de la MGF es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de las mujeres africanas. No obedece a ninguna clase social, es cuestión de cultura, **tradición**, identidad.

En algunos lugares este ritual significa el **paso de la infancia a la pubertad** y de consolidación del sentido de pertenencia de la mujer a la comunidad. En muchas regiones, se trata de una práctica casi universal y muy rara vez cuestionada. El que una madre se niegue en realizarle la técnica a su hija implica exclusión social llegando incluso en algunas ocasiones a actos de agresión. (4). La circuncisión es una “marca” permanente que simboliza que su unión al grupo será de por vida. Se trata por tanto de una cuestión de **cohesión social y pertenencia**.

Se practica en comunidades tanto cristianas, como musulmanas, judías y diversas tribus africanas de culto amista. El desconocimiento de los orígenes ha derivado en el vínculo de esta práctica con la **religión**, pero se trata de una práctica muy antigua, que existía antes de que religiones como el cristianismo o el Islam aparecieran. No se menciona ni en la Biblia ni en el Corán.

El **paternalismo** está considerado como uno de las causas principales de continuación de esta práctica. Los genitales externos femeninos son concebidos como partes del cuerpo sucias, antiestéticas. Las niñas son puras y hermosas una vez que se elimina de su cuerpo aquellas partes que se consideran impuras o no femeninas. La MGF se realiza en lugares donde prima el patriarcado. Se usa como método de control de la vida sexual de la mujer, existe la convicción de que la MGF reduce la libido de la mujer y la ayuda así a resistir la tentación de relaciones extraconyugales. En los casos en los que se realiza la técnica 3 (se sella la abertura vaginal) el miedo al dolor que causaría su apertura y la posibilidad de que ello sea descubierto, disuaden aún más a la mujer de mantener relaciones sexuales extraconyugales. Por tanto, tan sólo será el marido el encargado de “abrir las” para mantener relaciones sexuales. (5)

En algunas comunidades la virginidad femenina es un requisito previo e indispensable para contraer matrimonio del cual depende el honor de la familia y existe la creencia de que la MGF **garantiza la virginidad de la niña**, disminuyendo el deseo sexual y evitando la promiscuidad.

Existen también muchas falsas supersticiones como “*el clítoris puede alcanzar las dimensiones del pene si no es circundado y lesionar al marido durante el acto sexual*”, “*si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris de su madre al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental*”.

Procedimiento:

En la mayor parte de los casos, la MGF es realizada por “circuncisoras” tradicionales que suelen tener otras funciones en las comunidades, tales como la asistencia al parto. Normalmente son mujeres mayores que lo realizan en la propia casa de la niña o de la mujer, aunque algunos lugares también existen “centros de circuncisión”

Muchas veces el procedimiento se lleva a cabo sin anestesia y no se realiza de manera estéril. Aumentando la posibilidad de infección.

Los procedimientos de MGF se practican en la mayoría de los casos en la infancia, en algún momento entre la lactancia y la adolescencia. En los países de Yemen, Malasia, República democrática del Congo y Eritrea, se realiza a las niñas recién nacidas.[\(6\)](#)

En algunos países son profesionales de la salud los llevan a cabo estos procedimientos. Esto se llama “**medicalización**” de la MGF, la cual está aumentando en las últimas décadas. Se describe como una estrategia para minimizar los riesgos inmediatos ya que se lleva a cabo de manera estéril y bajo anestesia. Pero medicalizada o no continúa siendo una práctica dañina que viola los derechos humanos. Los gobiernos que lo defienden indican que se trata de un paso de transición a la erradicación de este acto, pero la prevalencia de MGF no ha disminuido en sus países.[\(1\)](#) El 93% de los casos de medicalización de la mutilación se encuentra concentrado en 3 países: Egipto (50%), Sudán y Nigeria [\(7\)](#)

TIPOS:

Hay un amplio rango de procedimientos llevados a cabo y se desconoce el porcentaje exacto de qué procedimiento es practicado en cada lugar.

En la literatura médica son descritos 4 tipos principales, clasificados por primera vez por la OMS en 1995 (2):

1. **CLITORIDECTOMÍA:** resección parcial o total del clítoris, y en casos muy infrecuentes solo del prepucio.
2. **EXCISION:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores con o sin excisión de los labios mayores.
3. **INFIBULACION:** estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, dejando solo una pequeña abertura vaginal para la salida de la orina y la sangre menstrual. Este tipo supone entre el 15 y el 20% de las mutilaciones realizadas. Los países en los que se realiza con más frecuencia esta técnica son: Somalia, Sudán y Djibuti (representan un 85% de los casos). En este tipo de mutilación el agujero es tan pequeño que para el parto o para el acto sexual debe abrirse (normalmente lo hace el marido) y posteriormente vuelve a ser "reinfibulada"
4. Todos los **demás procedimientos lesivos** de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

El uso de esta clasificación puso en manifiesto algunas ambigüedades dada la diversidad de la práctica. En 2008 la OMS publicó una nueva clasificación con subdivisiones dentro de los tipos I, II, III para catalogar mejor la gran variedad de procedimientos.

TIPO I	TIPO II	TIPO III
IA: Eliminación exclusiva del prepucio.	IIA: Eliminación de los labios menores sólo.	IIIA: Eliminación y aposición de los labios menores.
IB: Eliminación del prepucio y del clítoris ¹	IIB: Eliminación parcial o total del clítoris ¹ y de los labios menores	IIIB: Eliminación y aposición de los labios mayores.
	IIC: Eliminación parcial o total del clítoris ¹ , los labios menores y los labios mayores.	

Esta nueva clasificación es compleja de llevar a cabo en la práctica diaria, pudiendo causar confusiones entre los profesionales a la hora de catalogar los mismos casos.

Consecuencias para la Salud:

La MGF comporta complicaciones físicas y psicológicas para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas a corto plazo y a largo plazo. (9)

Sumado a las pobres técnicas quirúrgicas de la mayoría de personas que lo llevan a cabo, la ausencia en ocasiones de técnicas antisépticas, y el no uso de analgésicos, hace que esta técnica esté asociada a muchas complicaciones. Algunas complicaciones pueden ocurrir durante o justo después del procedimiento, mientras que otras se manifiestan a medio-largo plazo. Los riesgos aumentan a medida que lo hace la gravedad del procedimiento.

(Los datos sobre las diferentes prácticas incluidas en la MGF de tipo IV son limitadas por lo que no se incluye información de estas.)

En general las consecuencias son similares entre los tipos I, II y III, siendo más severas y prevalentes cuando más extenso sea el procedimiento(2)

COMPLICACIONES INMEDIATAS DERIVADAS DE LOS TIPOS I,II,III: (2)(1)

Dolores intensos: La ablación de las terminaciones nerviosas y del sensible tejido genital provoca dolores muy fuertes. Rara vez se recurre a una anestesia correcta y, cuando se hace, no siempre es efectiva. La mutilación genital femenina de tipo III es una intervención más compleja que dura más tiempo (15 a 20 minutos), por lo que la intensidad y duración del dolor son mayores. Consiguientemente, el periodo de cicatrización también es más largo y doloroso .

“es un dolor que nunca he conseguido definir. No he conocido nada tan violento durante toda mi existencia (...) aquel día creí morir y pensé no volver a despertar (...) No comprendía aquella violencia hecha a mi cuerpo de niña, nadie me había avisado de ello, ni las hermanas mayores, ni las compañeras de más edad, nadie”
(1)

Hemorragias: leves o intensas en caso de cortar la arteria pudenda interna o la clitoriana pueden, sumado a los sangrados producidos por la mala cicatrización de la herida, derivar en anemia a largo plazo. Si es muy profusa y sumada al intenso dolor, puede provocar Shock o incluso muerte.

Puede haber **dificultades para orinar**, el dolor y el miedo al dolor pueden terminar en una retención aguda de orina (en un 31%) (9)

Infecciones. Muchas veces la práctica se desarrolla sin condiciones de asepsia, no se usan antibióticos de manera profiláctica, las curas post-ablación no son las adecuadas. Entre los agentes infecciosos más comunes causantes de las infecciones locales encontramos: clostridium tetani, pseudomonas y staphylococo. El tipo III es el que está más relacionado con infecciones.

Entre las infecciones encontramos: infección aguda postquirúrgica, infección del tracto urinario, genitourinario, formación de abscesos, septicemia, VIH, VHB, VHC también son

encontradas en este tipo de pacientes. No obstante, hay que tener en cuenta que es difícil el aclarar hasta qué punto estas infecciones están directamente relacionadas con la MGF.(10)

Puede provocarse la **muerte** por hemorragia o infecciones, por ejemplo, tétonos y choque.

Lesión de tejidos adyacentes: si el que lleva a cabo la técnica no la realiza con la precisión adecuada, o la víctima se mueve durante el procedimiento, se pueden lesionar otras regiones cercanas a los genitales como puede ser el canal urinario, la vagina, el perineo o el recto. Pudiendo causar fistulas o incontinencia.(1)

Consecuencias psicológicas: El dolor, el choque y la utilización de fuerza física por las personas que efectúan la intervención son las razones que muchas mujeres mencionan para describir la mutilación genital femenina como un evento muy traumático.

COMPLICACIONES DURADERAS DERIVADOS DE LOS TIPOS I, II Y III

Mala cicatrización de la herida. Pueden aparecer cicatrices queloides sobre el área cortada, esto puede originar una autoimagen negativa de sus genitales, dificultad en la penetración y complicaciones a la hora del parto. (11)

Dolor: Puede producirse dolor crónico por terminaciones nerviosas que han quedado atrapadas o desprotegidas.

Infecciones: Puede haber abscesos y úlceras genitales. El riesgo incrementado de sufrir infecciones repetidas de las vías urinarias e infecciones vaginales está bien documentado tanto en niñas como en mujeres adultas.

Con la infibulación, el “cierre” de la vagina y la modificación del tracto de salida de la orina y la menstruación, incrementa la probabilidad de infección, al disminuir la efectividad de los mecanismos naturales de defensa de esta zona.

“Tu vida cambia totalmente, pica mucho, cada vez que vas al baño tienes que estar mínimo 20 minutos hasta que cae casi toda la orina y sigues manchando durante todo el día. La menstruación para mí fue una pesadilla. La sangre no me salía adecuadamente y mi madre me daba aspirina para que la sangre fuera más fluida a pesar de que el médico insistió en que era necesario hacerme más grande el agujero” (14)

Entre los agentes más comunes causantes de vaginitis encontramos: chlamidia tracomatis, tricomona vaginalis, candida albicans, neisseria gonorrohoeae y treponema pallidum.(10)

Las infecciones pélvicas crónicas son más comunes en este tipo de pacientes, pudiendo causar dolores pélvicos y lumbares crónicos, así como infertilidad.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH): La disruptión del tejido epitelial de la vagina o el tener un mayor riesgo de hemorragias durante las relaciones sexuales, puede incrementar el riesgo de transmisión del VIH. La mayor prevalencia de herpes en las mujeres sometidas a la mutilación genital femenina puede también aumentar el riesgo de infección por el VIH.

Calidad de la vida sexual: (12) Esta técnica tiene un impacto muy importante en la vida sexual de la Mujer. La resección o lesión de tejido genital muy sensible, especialmente el clítoris, niega a la mujer el derecho a tener salud sexual para alcanzar un bienestar psicosocial completo. (13)

La dispareunia, el recuerdo traumático asociado al procedimiento, el tener una autoimagen genital femenina negativa están directamente relacionados con experimentar disfunción sexual. (14)

La MGF no elimina totalmente el placer sexual a todas las mujeres a las que se les ha realizado la práctica, pero si reduce la probabilidad de orgasmo. (15). Algunos estudios indican que mujeres mayores que crecieron en países donde la MGF era algo considerado como normal, tienen mejor función sexual comparada con mujeres jóvenes que crecieron en lugares donde la MGF se entiende como una mutilación.(16)

En el tipo III, para poder llevar a cabo el primer acto sexual, es preciso realizar una dilatación dolorosa del agujero dejado después de la mutilación. Este corte a veces lo realiza el marido antes del coito, otras veces puede ser llevado a cabo por las mismas personas que practican la mutilación. Muchas veces esto trae consigo el revivir el trauma producido en la infancia. Las relaciones sexuales son con frecuencia dolorosas durante las primeras semanas posteriores a la iniciación sexual.(11)

Consecuencias psicológicas: el trauma causado en la infancia por la realización de un procedimiento muy doloroso, con retención física (a veces realizada por parte de los familiares), las posibles complicaciones posteriores, la sensación de no sentirse dueña de su propio cuerpo, el tener una vida sexual satisfactoria... suele tener grandes repercusiones en el ámbito psicológico de estas mujeres. En cada mujer la experiencia es distinta, dependiendo de la edad, el ambiente y el contexto cultural en el que esta se realizó. (23)

Entre las consecuencias se incluyen: insomnio, pesadillas, falta de autoestima, trastorno de estrés post-traumático (TEPT) documentado entre un 16 y un 45% (12), ansiedad, depresión, trastorno de pánico, fobias, sentimientos de humillación y traición, rabia, miedo, dolor, apatía, vergüenza, tristeza (1). Las mujeres con tipo III, tienen un porcentaje de alteraciones psicosociales más elevado, relacionado con problemas sexuales y la infertilidad, que ha sido documentada con un porcentaje de un 30%.

En muchas culturas, a las niñas y mujeres no les está permitido expresar su sentimiento de desasosiego o malestar psicológico, deben guardar silencio, pudiendo producirse cuadros de psicosomatización, mostrando este dolor psicológico en forma de molestias físicas. Puede suceder que estos eventos traumáticos pasen a formar parte del inconsciente como contenidos reprimidos que puedanemerger en forma de otros trastornos o síntomas. (15)

"I lost my identity when I went through FGM/C. I didn't know who I was. I didn't know what my place was in society. I didn't know my strength, I felt like being cut meant I wasn't good enough. I had all these questions. Music helped me to heal." - Inna Moja, Mali.

Para las menores que han crecido en sociedades donde la práctica es habitual, el impacto emocional suele ser menor dado que se puede esperar la iniciación con ilusión (a pesar de no saber bien de qué se trata), pues es algo legitimado, reconocido y valorado por la sociedad. Al contrario, aquellas niñas a las que en su comunidad no se les practique la MGF pueden ser objeto de desaprobación y burla por el resto de miembros. El efecto de la presión social tiene desde luego, un papel determinante en cómo la niña se va a sentir. En el caso de las niñas que viven en países occidentales, el realizarles la mutilación durante un viaje al país de origen, genera además de la experiencia traumática, mucha confusión, pudiendo originar un rechazo hacia el grupo de pertenencia, el colectivo africano y su cultura, con los problemas de identidad que ello puede suponer.

Cabe destacar, además, dada la creciente sobrevalorización de la sexualidad en occidente, que estas niñas y jóvenes puedan sentirse incompletas y más débiles en la sociedad que las acoge (20).

Las **Complicaciones durante el parto** son según un estudio realizado en Gambia, 4 veces más probables (19). El tejido cicatricial no dilata correctamente, por lo que las episiotomías y los desgarros son mucho más comunes, en casos más complejos se debe recurrir al parto instrumentado e incluso a cesárea. El riesgo de sufrir hemorragias postparto aumenta considerablemente. La fistula obstétrica es una complicación de los partos prolongados y obstruidos y, por tanto, puede ser un resultado secundario de las complicaciones durante el parto provocadas por la mutilación genital femenina.(17)

“Durante el embarazo no quería ir al médico por miedo a que me abrieran de nuevo. Cuando llegó el día de parto, el bebé me cortó por todos lados. Tuve suerte de poder parir en el Hospital, allí me cosieron, las que paren en el campo luego tienen fistulas” – Asha Ismail.

“Parí con muchas dificultades, sufrimientos y desgarro, debidos tal vez a mi juventud, o a la cicatriz de mi escisión. En aquella época de mi joven vida yo ignoraba las consecuencias de aquella mutilación. Para mí todo era normal, sufrir era normal”. – Khady Kota.

Peligro para el recién nacido: la prolongación del tiempo de trabajo de parto, puede originar graves secuelas para el recién nacido. Se han observado índices de APGAR inferiores y tasas de mortalidad más elevadas en proporción directa con la gravedad de la mutilación genital femenina.

En un estudio prospectivo realizado por WHO que recogía datos de 28000 mujeres de seis países africanos, clasificadas según el tipo de mutilación que poseían, se recogió que la muerte neonatal fue un 15% más elevado en mujeres con Tipo I, un 32% mayor en tipo II y un 55% más alto en tipo III. 1 de cada 100 niños de madres con MGF mueren durante el parto. (20)

3. MARCO JURÍDICO

Derechos Humanos y MGF.

La MGF es reconocida internacionalmente como una **violación de los derechos humanos** de las mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de **discriminación de la mujer**. Es practicada casi siempre en menores y por este motivo supone una violación de los **derechos del niño**. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a vivir sin ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho al más alto nivel posible de salud; derecho a la integridad física y mental, incluido el derecho a la vida.[\(21\)](#)

“Los postulados de la Declaración no se cumplen en la mayoría de las zonas de la Tierra, pero eso no quiere decir que los valores, derechos y objetivos que defiende para todas las personas de la especie no sean valiosos para conseguir una vida humana digna. El problema, repito, es de incumplimiento, no de legitimidad” [\(23\)](#)

La consecuencia directa del reconocimiento de la MGF como una cuestión de derechos humanos es muy importante, permite establecer normas vinculantes que imponen a los Estados prevenir, castigar y erradicar esta práctica. Esto hace que visible este problema que durante muchos años permaneció oculto en la esfera privada de las mujeres; y permite que se realicen mayores esfuerzos en materia de educación, salud y desarrollo.[\(22\)](#)

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”*

Artículo 2: *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo [...]”*

Artículo 3: *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”*

Artículo 5: *“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*

Marco jurídico internacional

La promulgación por un país de una ley que protege a mujeres y niñas de la MGF ofrece legitimidad a la policía, organizaciones de mujeres, grupos que defienden los derechos humanos, profesionales de salud, servicios sociales y educación para poder intervenir, creando un marco jurídico desde el que poder trabajar.

La MGF está sancionada en 25 de los 28 países de África donde la práctica está presente, aunque la legislación entre unos a otros varía. La ley en algunos países restringe la práctica en su totalidad mientras que en otros está permitida si es realizada por profesionales de la salud, como es el caso de Mauritania. (24) En Kenia por ejemplo, la normativa de MGF ha ido creciendo a lo largo de los años, incluyendo ahora la penalización incluso de aquellas mutilaciones que se llevan a cabo fuera de las fronteras del país desde 2011. (25) A continuación añado una tabla con los años en los que se penalizó la MGF en los distintos países africanos. (31)(25)

PAÍS	LEGISLACIÓN
Benín	2003
Burkina Faso	1996
Camerún	2016
República centroafricana	1966,1996,2006
Chad	2003
Costa de Marfil	1998
Djibouti	1995,2009
Egipto	1196,2008
Eritrea	2007
Etiopía	2004
Gambia	2015
Ghana	1994, 2007
Guinea	1965,2000,2016
Guinea Bissau	2011
Kenia	2001,2011
Liberia	Emitió una ley en 2018, pero con validez exclusivamente de un año.
Mali	No existe legislación que la criminalice. Desde 2004 si se está trabajando en la erradicación de esta práctica.
Mauritania	2005,2016
Níger	2003
Nigeria	2015
Senegal	1999
Sierra Leona	2019
Somalia	2012
Sudán	No existe legislación que la criminalice. Desde 2014 se está trabajando en la erradicación.
Tanzania	1998
Togo	1998
Uganda	2010

La pena impuesta por violar las normas de la MGF varía. Mientras que algunos penalizan solo las personas que realizan la técnica, otros también penalizan a aquellos que hacen posible que esta se lleve a cabo (padres), otros incluyen a todas las personas que son conscientes que se ha llevado a delante esta técnica y no lo reportan. [\(3\)](#)

A pesar de todo esto, MGF no ha sido reducida tanto como se esperaba porque la mayoría de las legislaciones no son complementadas con otras medidas para potenciar el modo de ver esta técnica por los locales, siempre dentro de una previa comprensión del contexto social. Las leyes deberían ser incorporadas dentro de las estrategias para eliminar esta práctica y no el único método para combatirlo.

Marco jurídico en España

En España la MGF se considera un delito de lesiones en **el Código Penal, art 149**. De acuerdo con la reforma introducida en la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

1. *Será castigado de seis a doce años todo aquel que cause a otro la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal, impotencia, esterilidad, una enfermedad grave somática o psíquica.*
2. *El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor de edad o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.*

En 2005 se añade un nuevo epígrafe al apartado 4 del artículo 23 de la ley orgánica 6/1985 del Poder Judicial, para poder perseguir extraterritorialmente la práctica, siempre que los responsables se encuentren en España, puesto que la mayoría de casos sucedían cuando las familias viajaban a sus países de origen. Así mismo se modificó la definición de persona refugiada en la Ley Orgánica 3/2007 para poder aplicarla a mujeres que huyan de sus países por miedo a sufrir cualquier tipo de discriminación de género. Reconociendo la responsabilidad de estado con respecto a la protección de quien llega a su territorio huyendo de estas prácticas [\(26\)](#).

A partir de esta legislación se han tomado medidas y redactado protocolos en distintas comunidades autónomas.[\(27\)](#)

Debemos tener claro que el uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso el tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo. La ley no será justa y eficaz a largo plazo cuando se ejerce sin un despliegue de actuaciones sociales, pedagógicas y preventivas concretas.

4. ABORDAJE DE LA MGF POR EL PROFESIONAL SANITARIO EN ESPAÑA.

Situación MGF en España

Con la globalización y los movimientos migratorios, hoy lo local es global y la MGF está en diáspora. España es un país de acogida de familias procedentes de países donde la práctica de la MGF es algo habitual (28).

Según el mapa de la MGF en España “entre los 6 millones de personas extranjeras que residen en España, se encuentran más de 55000 mujeres y niñas que provienen de países de África Subsahariana donde se practica la MGF. Aproximadamente el 8 % (17.000), son niñas de 0 a 14 años, población diana en nuestro caso cuando estamos valorando el riesgo de sufrir MGF(29)”.

El conocimiento de los países en los que se concentra la práctica de la MGF es fundamental para la detección y prevención de posibles casos. Un 60% La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF, es originaria de **Senegal, Nigeria, Mali y Gambia**. ANEXO 3. Gráfica de población total residente en España procedente de países donde se practica la MGF y sexo. (29)

Además del país de procedencia y el sexo, existen otros factores de riesgo a tener en cuenta como la etnia, el nivel de prevalencia de la MGF en el país de origen y la edad.

La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF reside mayoritariamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, C. Valenciana y Aragón. (26)

Intervención desde los servicios de Salud

Los cuidados demandados por una **sociedad multicultural** precisan de un abordaje holístico donde la comprensión y el conocimiento de las distintas percepciones nos permitan enfocar el cuidado protegiendo los derechos humanos. La sensibilidad cultural debe ser comprendida por los profesionales, considerando factores culturales como aspectos relevantes a la hora de aplicar cuidados en la salud y enfermedad. (30)

Las dificultades que encontramos como profesionales ante la MGF son el desconocimiento del significado de la práctica, las consecuencias de la realización y la no realización, dilemas éticos criminalización-estigmatización y la escasa formación para abordar problemas de índole transcultural.(31)

Proponer un cambio en la perspectiva que las mujeres tienen sobre la MGF, supone acceder a una de las vivencias más íntimas y dolorosas que han podido vivir. No es fácil abrirse y compartir con otras personas esta experiencia muy relacionada con su identidad y pertenencia al grupo. Supone hacer un camino hacia la recreación de sí mismas como mujeres fieles a los suyos y, al mismo tiempo, posibilitadoras de rupturas necesarias. Es un nuevo lugar desde el cual pensarse: no es el de su origen, pero tampoco puede ser el de la mujer occidental. Este lugar y el camino para llegar deben trazarlo ellas mismas, entre ellas, con otras, con sus parejas, con tiempo y con libertad. (27)

El acompañamiento durante el proceso de cambio en espacios socio-sanitarios y educativos, sólo es posible si se tiene en cuenta la necesidad de diálogo, reflexión y aprendizaje conjunto.

Los servicios de atención primaria en salud son cruciales para realizar intervención preventiva de la MGF con familias, detectar y atender las consecuencias y complicaciones de las distintas tipologías de la práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres.

El conocimiento y la no evitación por parte de los profesionales sanitarios pueden llevar a la comisión de un delito de omisión en el deber de evitar o promover su persecución, tipificado en el artículo 450 del Código Penal.

Desde Febrero de 2015 está aprobado por el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF.

Estos protocolos se elaboran con el objetivo de proporcionar una herramienta a los distintos profesionales que intervienen en la prevención de la MGF (sistema sanitario, educativo y servicios sociales) sobre como prevenir y actuar ante esta práctica.

PEDIATRÍA

La infancia es la etapa de la vida donde las actividades preventivas y de promoción de la salud influyen de manera más positiva.

Es muy importante la prevención a través de la información y la educación, siendo la medida judicial el último recurso a utilizar. La prevención requiere un abordaje complejo, al considerar que se debe evitar la culpabilización de la familia y tratar de conseguir que sea ella la que abandone la práctica por convencimiento propio.

Para concretar la intervención ante situaciones de riesgo de MGF, es necesario definir y diferenciar entre los Factores de Riesgo y Riesgo Inminente como dos aspectos que marcarán la intervención de los profesionales.

Factores de Riesgo: indicadores que nos ayudan a identificar posibles situaciones potenciales de MGF. Alertan a los profesionales y movilizan una intervención preventiva activa. *Ser mujer y pertenecer a una etnia y/o país en los que es admitida la práctica de MGF. Ser miembro de una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.*

Riesgo inminente: factores sociales externos que, sumados a los Factores de Riesgo, nos ayudan a identificar situaciones que requieren una intervención urgente para evitar la realización de MGF. *La organización inmediata de un viaje al país de origen. La menor cuenta o informa de las previsiones familiares sobre la práctica de la MGF.*

(35) Las actividades a realizar desde la Unidad de pediatría recogidas en el protocolo de Aragón son las siguientes:

MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN	
FACTORES DE RIESGO	<ol style="list-style-type: none">1. Información sobre los riesgos para la salud, y las implicaciones legales que conlleva en España, la práctica de la MGF.2. Realizar revisiones continuadas y hacerlo constar en la Historia Clínica3. Implicación de todo el equipo de AP y Coordinación con Servicios Sociales Generales de la Zona.
RIESGO INMINENTE	<ol style="list-style-type: none">1. Intervención directa para revisión y, en el caso de posible viaje, información sobre los riesgos para la salud, las implicaciones legales que conlleva en España y para proceder a la firma del compromiso preventivo. ANEXO 4. Compromiso Preventivo MGF. A través de este documento la familia se compromete a proteger a la niña, así como a realizar una revisión a la vuelta del viaje para constatar que no se le ha practicado la MGF.2. En caso de negativa a la firma del compromiso preventivo o incumplimiento de asistencia a revisión al retorno del viaje; notificar al Servicio Especializado de Menores.
MGF PRACTICADA	<p>Si se detecta que una menor tiene practicada la MGF reciente:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Explorar las posibles complicaciones para la salud de la niña y atenderlas.2. Remisión al juzgado, a través del Parte de Lesiones y, comunicación al Servicio Especializado de Menores.

MEDICINA DE FAMILIA.

El principal objetivo es promover su prevención y abandono. Cuando esta se haya producido, se tratarán las complicaciones asociadas a los distintos tipos, acompañando a la paciente y derivándola si es necesario a los especialistas que correspondan.

GINECOLOGÍA

La consulta ginecológica es un ámbito donde se constatan las lesiones producidas y se trabaja en la recuperación de la salud física (ámbito gineco-obstétrico) y psicosexual.

Una MGF ya practicada, en sí misma, no suele ser motivo de consulta por iniciativa de la mujer, ya que se consideran prácticas normales en sus comunidades. Pueden llegar a la consulta, bien por embarazo, por urgencia ginecológica (prurito vaginal, metrorragia, retraso menstrual) o por derivación desde servicios de salud o servicios sociales.

Conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y de confianza que facilite la continuidad de las visitas. *Hay estudios en los que las pacientes reportan que están frustradas cuando se invierte mucho tiempo en este tema, siendo que ellas acuden al doctor por otra causa.* (32) No es necesario completar la historia clínica en la primera visita ni realizar una exploración completa si no es preciso. Podemos comenzar con la edad, núcleo familiar, país de origen, etnia, tiempo que lleva viviendo en España... Se puede abordar el tema de una probable MGF a través de la indagación sobre episodios clínicos eventualmente ocasionados por la misma: dismenorreas, vaginitis de repetición, cistitis, partos anteriores con dificultades, disparesunia.

Se puede sospechar la existencia de una MGF cuando se plantea una exploración ginecológica y esta sea respondida con actitudes evasivas. Siempre se debe obtener el consentimiento explícito para realizar la exploración.

En la exploración debe observarse la integridad del prepucio y del clítoris, así como de los labios mayores y menores. Esto permite catalogar el tipo de MGF.

Es importante la Comunicación a la Unidad de Pediatría, en el supuesto de existencia de hijas menores, para abordar el caso según pautas ante la existencia de factores de Riesgo.

Embarazo: en esta fase, si el feto se trata de una niña se puede comenzar, una vez establecida una relación de confianza, con la información y sensibilización de la madre con el objetivo de prevenir. En el caso de una MGF tipo III, es posible que el entroito, periné y tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, en estos casos se plantea una intervención desinfibulatoria.

Desinfibulación: El procedimiento quirúrgico es simple, y en la mayoría de los casos puede hacerse con anestesia local. En algunas ocasiones es solicitado por la mujer, los motivos que les llevan a solicitar esta intervención son en un 92% de los casos razones físicas: problemas sexuales (incapacidad de penetración o acto sexual doloroso), molestias menstruales, también puede haber razones estéticas, mejora de la autoimagen.(33) En los casos en los que no sea la

mujer la que lo solicite, como profesionales podemos proporcionarles información científica que les ayude a comprender el procedimiento y los beneficios que traerá a su salud. (39) En el caso de que la mujer esté embarazada es importante practicar la desinfibulación para facilitar un parto vaginal fisiológico, en caso de no solicitarlo la madre deberemos informarle sobre los riesgos de no realizarse la técnica. Esta se puede realizar tanto durante el embarazo o intraparto. Sin encontrar diferencias significativas entre uno y otro momento. Siendo intraparto el más practicado.(34)

Postparto: si se trata de un recién nacido femenino, es importante el coordinarse con los servicios de pediatría con el fin de hacer prevención de la MGF.

Apoyo psicológico debería estar disponible para todas las mujeres que vayan a recibir o hayan recibido cualquier tipo de procedimiento quirúrgico. El ofrecer terapias psicológicas para tratar la disfunción sexual de estas mujeres está demostrado ofrece buenos resultados. (39)

Reconstrucción del clítoris.

La demanda de esta técnica entre pacientes migrantes en los países occidentales está incrementando debido a que las campañas anti-mutilación, pueden causar, según algunos estudios, una deprivación sexual en las mujeres mutiladas, sentimiento de pérdida de identidad, empeorar su autoimagen. (35)

Las razones por las que solicitan esta operación son muchas y complejas, entre ellas se encuentra: mejora de la imagen corporal, identidad de género, mejora de la sexualidad, recobrar simbólicamente aquello que se les fue “robado”, eliminar dolores físicos.

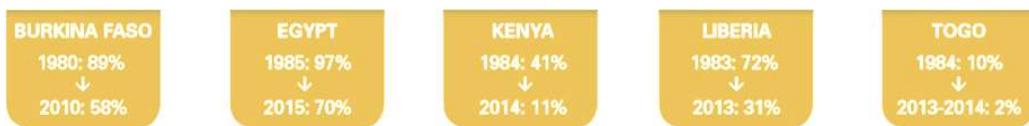
Es importante remarcar, que la reconstrucción supone una nueva intervención que puede aflorar alteraciones psicológicas ligadas a una nueva mutilación. No todas las mujeres lo necesitan. Es necesario y deseable que, antes de que una mujer decida someterse a la intervención, se le informe adecuadamente. La evidencia actual sobre los resultados de la reconstrucción del clítoris muestra beneficios, no obstante, también existen, aunque en menor porcentaje, resultados contrarios a lo esperado y/o complicaciones postoperatorias las más comunes son hematoma, infección o dehiscencia de la herida (entre un 5 y un 15%). (36). En una revisión sistemática realizada en 2017 a partir de 12 estudios sobre la reconstrucción clitoriana se recogió que; entre un 43-66% relataban disminución del dolor durante el acto sexual, aumento del placer a la estimulación del clítoris, orgasmos y deseo sexual, pero un 22% experimentó un empeoramiento en su vida sexual tras la intervención.(37) (34)

La operación se realiza con la colaboración de cirujanos plásticos, ginecólogos y urólogos.

5. ¿ESTÁ CAMBIANDO LA PRÁCTICA?

El número de niñas y mujeres conocidas de haber sufrido esta práctica aumenta anualmente. Esto se debe al crecimiento demográfico exponencial de estos países, sumado a que la cantidad de datos obtenidos en estudios representativos sobre la extensión de esta práctica es cada vez mayor. No obstante, ha habido un declive en la prevalencia de la MGF en las tres últimas décadas.

Algunos ejemplos del porcentaje de descenso de la prevalencia de la MGF, en ciertos países a lo largo de 20 años son: Burkina Faso: ↓31%; Egipto↓27%; Kenia ↓30%; Liberia↓41%; Togo ↓8%. (7)



Los esfuerzos para poner fin al MGF han sido acogidos por gobiernos, organismos regionales y subregionales, medios de comunicación a todos los niveles y, en gran medida, la sociedad civil y los movimientos sociales.

Muchas actitudes están cambiando. El silencio que rodeaba esta práctica está poco a poco desapareciendo. Cada vez un mayor número de personas en diversos países están manifestando públicamente su desacuerdo hacia esta práctica. La MGF está siendo discutida incluso en iglesias y mezquitas, radio, televisión, colegios, clínicas, círculos de comunidades, en teatro, canciones...

Los esfuerzos invertidos han tenido sus frutos, pero la reducción de la práctica no ha sido tan intensa como se esperaba. La experiencia nos muestra que no existen soluciones rápidas ni sencillas.

Respuesta a nivel internacional

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA...) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado en diferentes Foros, Convenciones y Declaraciones contra las MGF.

La MGF fue denunciada en la ONU por primera vez en 1952.

Durante todos estos años, **Organizaciones no gubernamentales** han contribuido mucho en los éxitos alcanzados hasta ahora, tanto en el cuidado de las mujeres que han sido circuncisadas como en la prevención. A través del apoyo técnico y financiero de proyectos locales y en el diseño e implementación de nuevos programas contra la MGF. (43)

Los programas con mejores resultados han sido aquellos centrados en las comunidades. Es muy importante que gobiernos y ONG trabajen conjuntamente en formular e implementar los problemas.

La MGF como norma social.

Siendo una tradición muy antigua, la MGF está sostenida a nivel de una norma **social**; una constelación de dinámicas sociales, creencias, obligaciones y expectativas culturales. Todas ellas formando un “nudo” sorprendentemente resistente que está siendo difícil de desenredar.

La complejidad del asunto, hace que el problema deba ser abordado **holísticamente**. Es importante el trabajar a muchos niveles, en muchos sectores y a través de distintos actores.

Una Comunidad es un ecosistema de seres que interactúan. Cada persona y cada acción afecta a la comunidad en su totalidad. A pesar de que algunas personas pueden tener más influencia en la decisión de no llevar a cabo la práctica, **todos los seres de la comunidad tienen impacto en las normas sociales**.

Forma parte por tanto de la estrategia el involucrar al mayor rango posible de personas interesadas. En este rango se encuentran: líderes religiosos, abuelas, padres y madres, jóvenes, niños... Y apoyarse en los canales de comunicación para difundir toda esta información. Profesores, médicos y enfermeros, leyes, y trabajadores sociales proporcionan un soporte extra. (43)

Abordaje del problema (1) (44)

Las morbimortalidades asociadas a esta práctica son enormes, y no aportan ningún beneficio. Su prevención y erradicación son imperativas por razones socioeconómicas y de respeto de los derechos humanos. Afortunadamente, la prevención y erradicación de esta técnica está recibiendo una atención muy grande a nivel local y global.

Los esfuerzos necesitan ser focalizados en usar estrategias para construir evidencias, generar conocimiento, empoderar a la mujer, difusión a través de los medios, reforzar la legislación contra esta técnica y fortalecer la respuesta de los sistemas de salud.

*"Es más difícil El **restringir** a alguien de hacer lo que ellos creen es correcto que **convencerles** a adoptar un comportamiento que ellos creen es incorrecto."*

A **nivel nacional** se necesitan planes de acción específicos que deben incluir líneas presupuestarias dedicadas a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, educación, bienestar social y servicios legales. Cuando la intervención se diseña, lleva acabo y se evalúa adecuadamente, se pueden obtener resultados muy satisfactorios. El éxito va a depender de elementos socio-demográficos, socioeconómicos, tradiciones y creencias. Todos estos factores hay que tenerlos en cuenta a la hora de realizar la intervención.

Estudios recogidos en una revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de educación en salud redactan que: se obtienen mejores resultados cuanto más joven sea la población que recibe la charla (suelen ser más receptivas y abiertas al cambio, en parte porque cada vez se trata de una población con un nivel de educación más alto), si el facilitador pertenece a la misma etnia que el grupo, habla la misma lengua, el grupo tiene un mayor componente femenino (su experiencia personal hace que resuene más en su interior), aunque también es importante la presencia del hombre porque muchas veces la opinión de la mujer en la familia no cuenta, cuanto mayor sea el nivel de educación, más fácil será la comprensión sobre las complicaciones que pueden acarrear en la salud. El uso de dibujos y gráficos mejora la comprensión. (39)

"Dada la naturaleza jerárquica de la sociedad, es imperativo que a medida que el cambio brota de las bases y se propaga lateralmente en las comunidades, deba ser codificado por leyes, políticas, sanciones y resoluciones que provienen de la parte superior"

Dónde la MGF es socialmente aceptada, la legislación sirve para empoderar a aquellos que desean abandonar la práctica e impedir su realización entre aquellos que temen ser perseguidos. La ley puede ayudar a cambiar las actitudes; Las actitudes cambiantes potencian el cambio

Trabajando a nivel local: cambios que comienzan a nivel individual o de la comunidad, y se difunden más y más, culminando en una declaración pública o una manifestación, son mucho más auténticos y sostenibles que los cambios impuestos por la ley o aconsejados por personas externas. Llegar a impulsar movimientos locales no es sencillo, sobre todo porque aquellos lugares donde la prevalencia de MGF es más grande, son normalmente áreas remotas, fuera

del alcance de las campañas, de los medios de comunicación, en las que existe un nivel de analfabetismo muy elevado, hablan dialectos locales y poseen recursos muy limitados.

Que los proyectos alcancen estos lugares es imprescindible para no dejar a nadie atrás.

Empoderamiento de las comunidades: el identificar los lugares en los la MGF se sitúa entre una de las prioridades de la comunidad es importante para poder proporcionarles recursos tales como facilitadores que proporcionen herramientas y orientación, permitiendo surgir nuevas iniciativas por parte de los propios ciudadanos tales como proyectos generadores de ingresos, actividades de movilización social...

Trabajar desde dentro. Cuando se trata de temas delicados e íntimos como la MGF, es necesario hablar de manera que resuene con la audiencia. Es importante, por ejemplo, traducir los materiales a dialectos locales. Otra acción es la de capacitar a personas locales respetadas como líderes religiosos o ancianas de la comunidad para dirigir sesiones de diálogo comunitario.

"If you talk to a man in a language he understands, that goes to his head.

If you talk to him in his language, that goes to his heart" – Nelson Mandela.

Emplear tradiciones indígenas como el teatro, los refranes, la narración de cuentos, la danza, la poesía y el debate también puede involucrar a las personas en formas que generen receptividad en lugar de resistencia. Estos proyectos pueden ser especialmente atractivos en las regiones donde las principales formas de comunicación son orales, como es el caso de Somalia, por ejemplo, en la que hasta 1970 no apareció el lenguaje escrito y tiene ricas tradiciones de poesía, narración de cuentos y canciones.

En las poblaciones donde la MGF es un momento importante en la vida de la mujer, se pueden proponer rituales alternativos.

Llegar a los jóvenes y comprometerlos como agentes de cambio es un paso esencial. Estos suelen estar más abiertos a nuevas ideas que los adultos por lo que es más sencillo llegar hasta ellos. **Los colegios** pueden ofrecer talleres informativos y de debate sobre la MGF si consiguen crear un ambiente de confianza y apertura. La redacción de materiales y la formación de profesores en estos temas puede ser muy positivo. (44) La experiencia también muestra, sin embargo, que a menos que comunidades enteras estén comprometidas, los jóvenes pueden encontrar oposición cuando se resisten a la MGF. Hay que tener en cuenta que en algunas regiones la desescolarización de niños y niñas es alta, por lo que se necesitan proponer actividades para este rango de edad desde otros ámbitos.

Los jóvenes cada vez son más poderosos líderes y agentes de cambio.

*"it is so important to get Young people involved, because together we are strong.
And we are the ones now deciding to cut or not". Aicha Habid Mohammed, 21
años.*



(1)



No debemos olvidar que el abordaje del problema también tiene que ir enfocado a las mujeres que ya han sido víctimas de la mutilación. Implementando una **ley de protección y cuidados**. Que incluya un correcto manejo y tratamiento de las complicaciones, apoyo psicológico, educación sobre salud sexual y reproductiva, proporcionar a las mujeres herramientas para detectar la violencia de género y saber cómo actuar o a dónde acudir. **Empoderar a la mujer** es una llave fundamental.

Los profesionales de salud son agentes muy potentes de cambio. Sin embargo, en la mayoría de los países donde la mutilación se lleva a cabo, estos han tenido una muy baja involucración en el proceso de erradicar la práctica, muchas veces son incluso ellos los que la realizan.

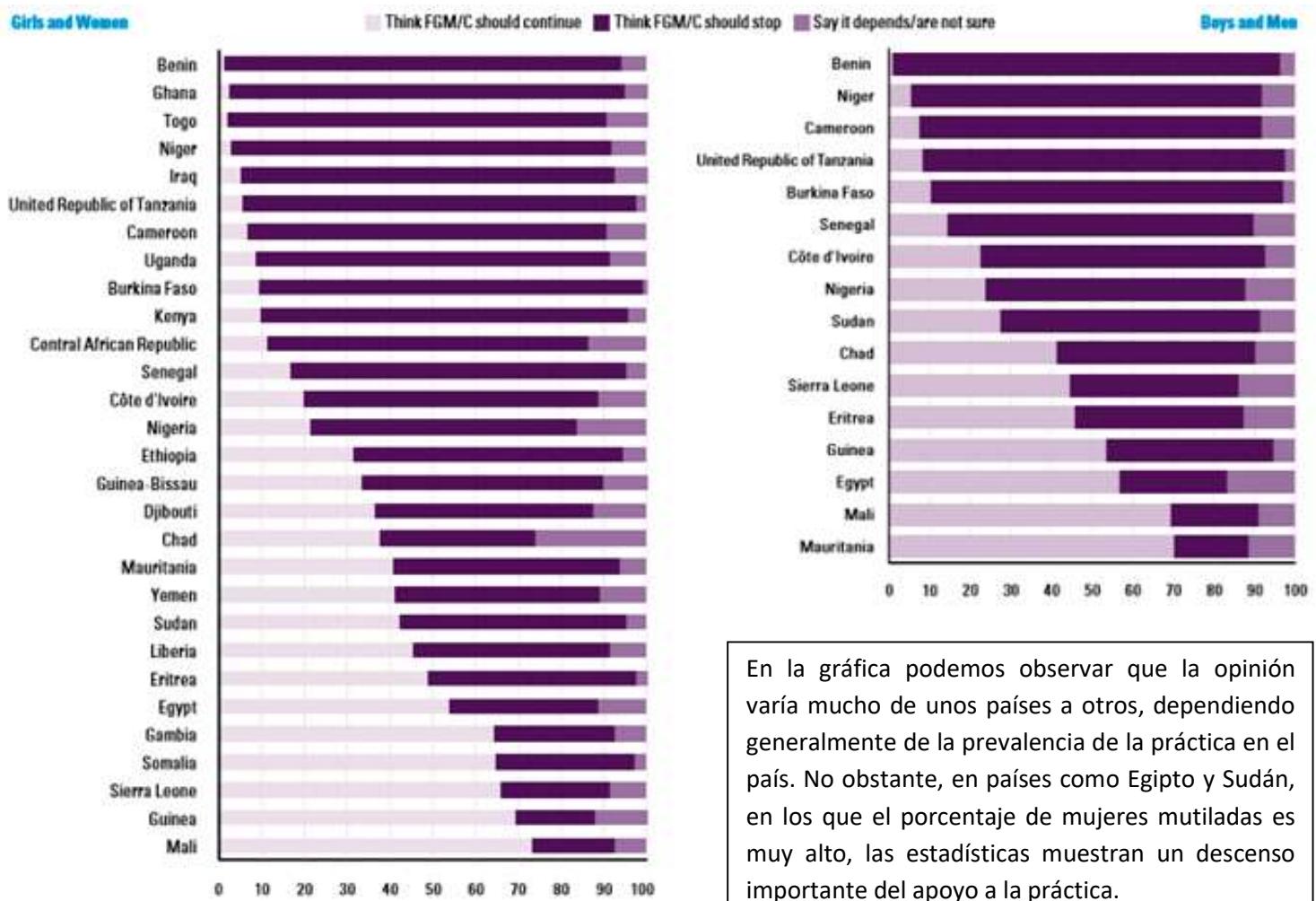
Es muy importante que estos comprendan los factores sociales que impulsan la práctica. Para poder realizar un correcto trabajo a nivel de prevención, informando a los pacientes y las comunidades sobre los beneficios de eliminar la práctica. Pueden incluso colaborar en charlas en programas escolares, o de educación en la Salud.

Por otro lado, también es esencial la formación en la correcta detección y tratamiento de las complicaciones tanto inmediatas como a largo plazo, incluyendo complicaciones obstétricas, o herramientas para acompañar adecuadamente a las mujeres que hayan sido mutiladas en su proceso. Guías prácticas con información médica, ética y legal, deberían estar al alcance de todos los profesionales. (47) Existen muchas guías publicadas, entre ellas, la OMS publicó en 2016 *guía sobre el manejo de las complicaciones sanitarias de la MGF para profesionales*. (48)

¿Cuál es la opinión de los locales?

En la mayoría de países donde se practica es mayor el número de mujeres y hombres que consideran que se trata de una práctica que debería acabar. En un Estudio realizado por UNFPA en 17 países, en 11 de ellos más de la mitad de las mujeres no estaban de acuerdo con la continuación de la MGF. En el caso de los hombres, en 6 de 10 países. Mientras estos resultados muestran una buena disposición por parte de la población a abandonar la práctica. La triste paradoja es que los individuos muchas veces son reacios a actuar de acuerdo a sus principios si perciben que existe un precio social a pagar, como pueden ser burlas, perdida de estatus social, marginación por parte del resto de miembros de la comunidad... (3)

A continuación añado un gráfico publicado en el 2017 por UNICEF (6) clasificado por países y género sobre las actitudes a favor o en contra de la continuación de la mutilación genital femenina en mujeres y hombres de entre 15 y 49 años.



En la gráfica podemos observar que la opinión varía mucho de unos países a otros, dependiendo generalmente de la prevalencia de la práctica en el país. No obstante, en países como Egipto y Sudán, en los que el porcentaje de mujeres mutiladas es muy alto, las estadísticas muestran un descenso importante del apoyo a la práctica.

En países como Guinea y Sierra Leona el porcentaje de hombres que opinan que la MGF debería terminar llega a ser un 15% mayor que el porcentaje de mujeres.

6. CONCLUSIONES:

1. La Mutilación Genital Femenina es una práctica profundamente arraigada y muy extendida a nivel Mundial. Reconocida internacionalmente como una **violación de los derechos humanos** de las mujeres y niñas.
2. La MGF tiene muchas complicaciones a corto y largo plazo y trae secuelas que perduran toda la vida.
3. Es necesaria una visión antropológica y cultural de la problemática más allá de las definiciones normativas, clasificaciones y/o delimitaciones geográficas para poder abordar la erradicación de este problema.
4. Existen dos puntos de enfoque: atender las necesidades de salud de las mujeres y niñas que han sufrido MGF y sufren sus consecuencias y trabajar en la erradicación de la práctica para prevenir futuros casos.
5. Las leyes son una herramienta indispensable para la erradicación de la práctica, pero deben ir acompañadas de otros programas de actuación que den voz a la mujer y a su lucha, incidan en la educación y la sensibilización de la población desde edades tempranas.
6. Los profesionales sanitarios tienen un papel muy importante. Crear programas para capacitar, sensibilizar y formar a los profesionales en la detección, atención a las consecuencias y prevención de la MGF contribuyen a la erradicación de esta práctica.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. **Kaplan-Marcusan A, Salas Seaoné N, Mangas Llompart A.** *La mutilación genital femenina en España. Delegación del gobierno para la violencia de género.* . 2015.
2. *Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria.* **A.Kaplan, P.Torán, M.Bedoya Muriel.** s.l. : ELSEVIER. Migraciones, 2006, Vol. 19.
3. *Female Genital Mutilation: a tragedy for women's reproductive health.* **Ryshwan, Hamid.** 2013.
4. WHO . *Female Genital Mutilation.* [En línea] enero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
5. **Akin-Tunde A. Odukogbe, Bosede B. Afolabi, Oluwasomidoyin O. Bello, Ayodeji S. Adeyanju.** Female genital mutilation/cutting in Africa. Review Article. . 2016.
6. *Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his Harmless Operative Procedure.* **A.Sheehan, Elizabeth.** s.l. : American Anthropological Association, 1981.
7. **UNICEF.** *Female Genital Mutilation/Cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change.* 2017.
8. **Ismail, Asha.** *Asha Ismail: la mutilación genital femenina.* Tetuan , 2018.
9. *Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres.* . **G. Palmero.** 38, s.l. : Revista de Filosofía Moral y Política., 2008.
10. *Is there a link between paternity concern and female genital cutting in West Africa?* **Janet A. Howard, Mhairi A. Gibson.** 1, s.l. : Evolution and Human Behavior, 2019, Vol. 40.
11. *Female genital mutilation and its prevention: a challenge for pediatricians.* **Jaeger F, Caflisch M, Hohfeld P.** 168, s.l. : Eur J pediatra, 2009.
12. *Medicalized Female Genital Mutilation/Cutting: Contentious Practices and Persistent Debates.* **S. Kimani, Bettina Shell-Duncan.** s.l. : Current Sexual Health Reports, 2018.
13. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.* **Rigmor C Berg, Vigdis Underland, Jan Odgaard-Jensen, Atle Fretheim, Gunn E Vist.** s.l. : BMJ Journals, 2014.
14. **Kota, Khady.** *Mutilada.* 2005.
15. *Female Genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.* **C. Lavazzo, Thaila A. Sardi.** s.l. : Arch. of gynecology and obstetrics, 2013, Vol. 287.
16. *Female genital mutilation: Health Consequences and Complications - A Short Literature Review.* **E Klein, E. Helzmer, M. Shayowitz.** s.l. : Obstetrics and Gynecology International, 2018.

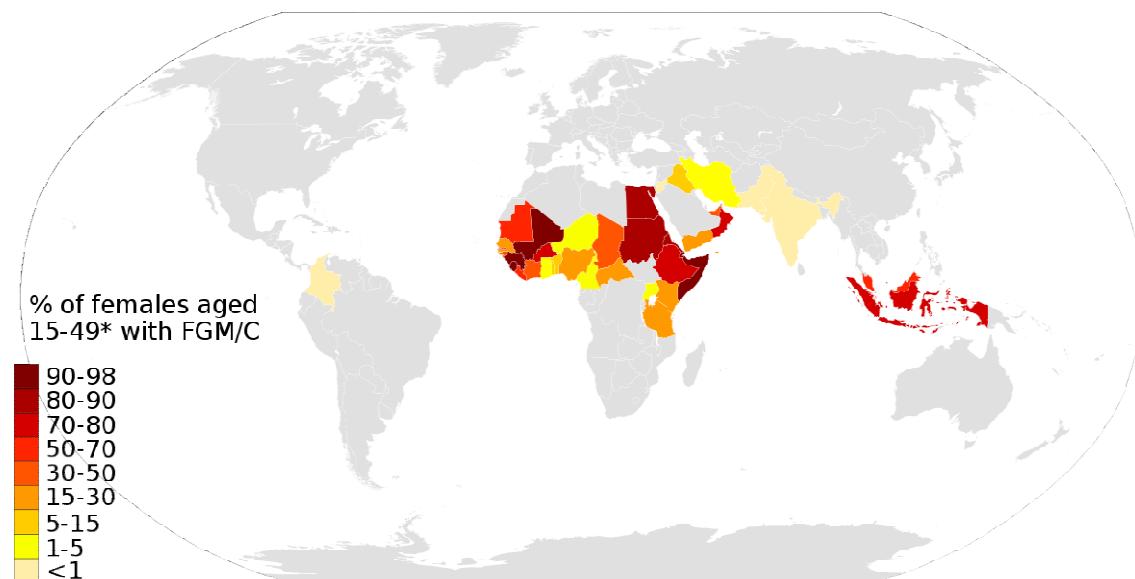
17. **Ismai, Asha.** Testimonio de Asha Ismail sobre su Mutilación Genital Femenina. *Medicos Mundi*. 2017.
18. **C. Rigmor, C. Berg, E. Denison.** Does Female Genital Mutilation/CUutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *BMJ open*. 2011.
19. **Oyefara, J. Leka.** Female Genital mutilation (FGM) and sexual functioning of married women in Oworonshoki Community, Lagos State, Nigeria. *African Population Studies*. 2015, Vol. 29, 1.
20. **Yamamiya, Y., Cash, T. F., & Thompson, J. K.** Sexual Experiences among College Women: The Differential Effects of General versus Contextual Body Images on Sexuality. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2006, Vol. 55.
21. **Abdel-Azim, S.** Psychosocial and sexual aspects of female circumcision. *African Journal of Urology*. 2012, Vol. 19.
22. **Hannes Sigurjonsson, M. Jordal.** Addressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery. *Current Sexual Health report*. 2017.
23. *La voz de las mujeres sometidas a la mutilación genital femenina en la región de Murcia.* **C. Ballesteros Beseguer, P. Almansa Martínez.** 28 (4): 287-291, Murcia : Gaceta Sanitaria, 2014.
24. *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales.* . **Marcusan, Adriana Kaplan.** s.l. : Fundación Wassu, UAB, 2017.
25. **Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, et al.** Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for newborn. *International Journal of Women's Health*. 2013, Vol. 17.
26. **Underland, Rigmon C. Berg and V.** The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013.
27. *Study group on female genital mutilation and obstetric outcome.* . **Banks E, Meirik O, et al.** s.l. : The Lancet.
28. **R. Khosla, J. Banerjee, D. Chou.** Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: a review of international human rights norms and standards. *Reproductive Health Journal*. 2017.
29. *La universalidad de los Derechos Humanos.* **Sampere, E. Martinez.** Sevilla : Thémata, Revista de Filosofía, 2017, Vol. 39.
30. **M. Teresa Gómez-Limón, Isabel González.** *Las tradiciones que no aman a las mujeres.* Madrid : Foca, 2011.
31. *Legislative Reform to Support the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting.* . **UNICEF.** 2010.

32. *The law and MGF. 28 too many. An overview of 28 african countries.* **Foundacion, Thomson.** 2018.
33. **UNFPA, UNICEF.** *Accelerating change: By the numbers. Annual Report of the UNFPA-UNICEF Joint programme on Female GENital mutilation/cutting.* . 2016.
34. *Las mutilaciones genitales femeninas en españa: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales.* **A. Kaplan, P. Torán, K. Bermúdez.** s.l. : Fundaciones, 2006, Vol. 19.
35. *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina.* . **Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** 2015.
36. *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España* . **Wassu-UAB, Kaplan y López. Fundación.** s.l. : Antropología Aplicada, 2012, Vol. 2.
37. *La MGF en España, Prevención e Intervención, una propuesta desde el ámbito sexológico.* . **Familiares, UNAF-Unión de Asociaciones.** 2013.
38. **Gobierno de Aragón, Médicos del Mundo.** *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón.* 2016.
39. *Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities.* . **S. Johnsdotter, B. Essén.** s.l. : Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2016, Vol. 32.
40. *Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A systematic Review.* . **RC BErg, S. Taraldsen, MA Said, IK Srbej, S. Vangen.** s.l. : The Journal of Sexual Medicine, 2017, Vol. 14.
41. **WHO.** *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation.* . 2016.
42. **RC BErg, S. Taraldsen, MA Said, IK Srbej, S. Vangen.** The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *An international journal of Obstetrics and Gynecology.* 2017, Vol. 125.
43. . *The impact of Migration on Attitudes to Female Genital CUTting and Experiences of Sexual Dysfunction Among Migrant.* **Johnsdotter, S.** s.l. : Current Sexual Health Reports, 2018, Vol. 10.
44. *Adressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery.* **H. Sigurjonsson, M. Jordal.** s.l. : Current Sexual Health Reports, 2018.
45. **RC BErg, S. Taraldsen, MA Said, IK Srbej, S. Vangen.** The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *And international journal of Obstetrics n and Gynaecology.* 2017, Vol. 125.
46. **WHO.** *Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency Statement.* . 2008.

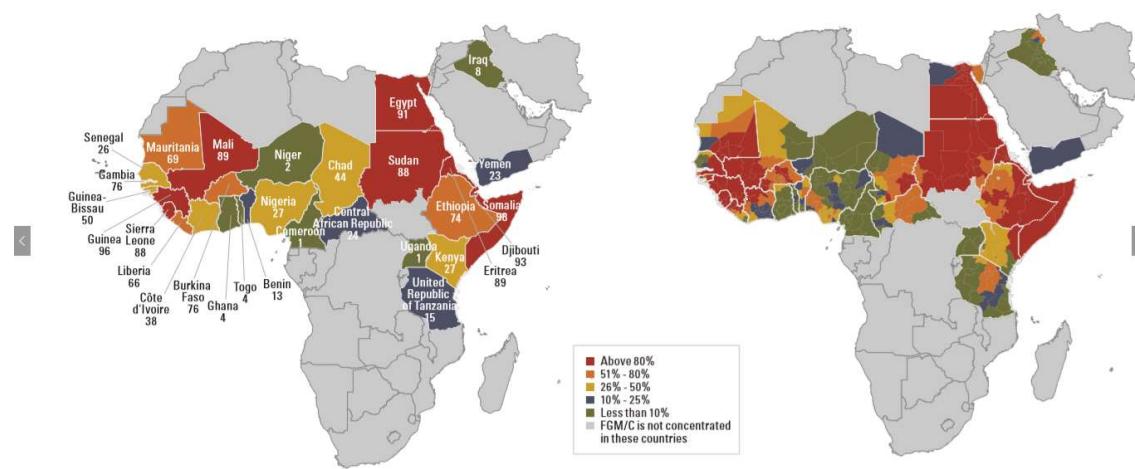
47. **UNFPA.** *How to transform a social norm. Reflections on Phase II of the UNFPA-UNICEF Joint programme on Female Genital Mutilation.* 2017.
48. **S. Waigwa, L. Doos, C. Brabury-Jones, J. Taylor.** Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. . *Reproductive Health Journal.* 2018.
49. **A. Salam, A. Faggah, N. Sajjad.** Improving Adolescent Sexual and reproductive Health: A systematic Review of Potential Interventions. *Journal of adolescent Health.* 2016, Vol. 59.
50. **WHO.** *Global strategy to stop Health Care Providers from performing FGM.* UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, WCPT, WMA, MWIA. 2010.
51. **Estudio, Universitat Autonoma de Barcelona. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España.** Barcelona : s.n., 2006.
52. *Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six african countries.* **David Bishai, Yung-Ting Bonnenfant, Manal Darwish, Taghreed Adam, Heli Bathija, Elise Johansen, Dale Huntington.** 2010.
53. *WHO a systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth.* **H. Lovel, C. McGettigan.** Genova, Switzerland. : s.n., 2000.
54. **Modrek S, Liu JX.** Exploration of pathways related to the decline in female circumcision in Egypt. *BMC Public Health.* 2013, Vol. 13.
55. *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern.* **UNICEF.** New York : United Nations Children's Fund, 2016.
56. **Organitation, World Health.** *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation* . s.l. : WHO library, 2016.

8. ANEXOS:

ANEXO 1. Mapa mundial de % de mujeres entre 15 y 49 años con MGF.

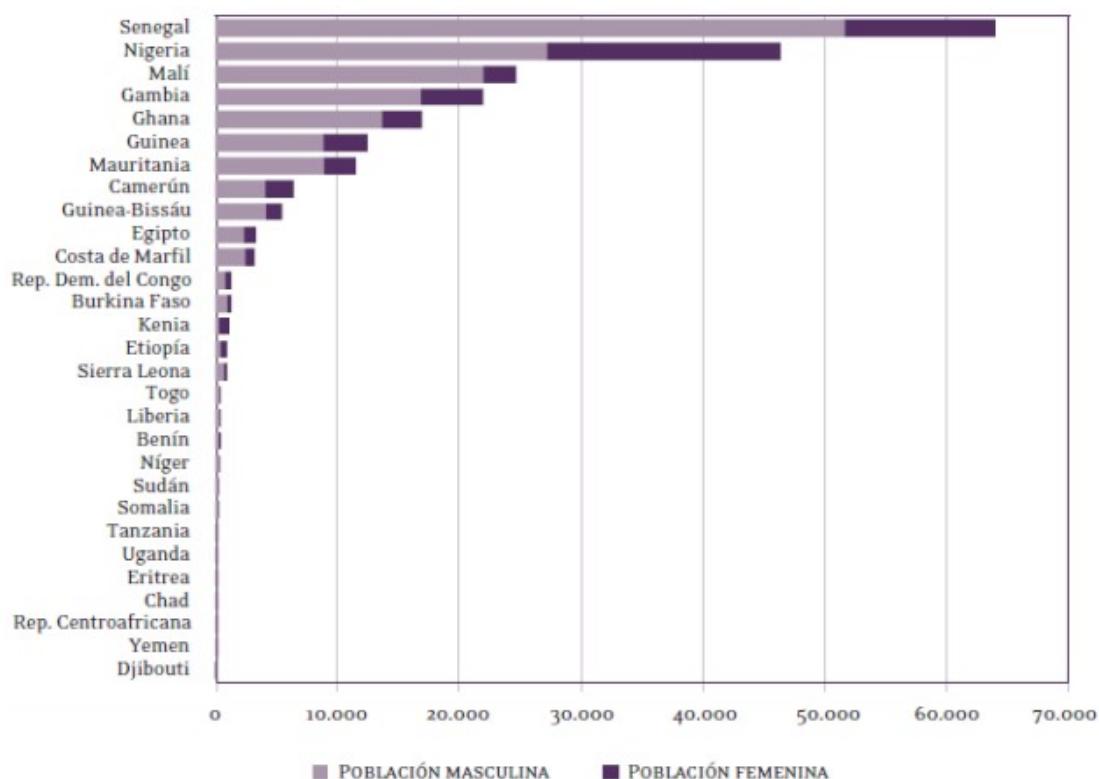


ANEXO 2 Mapa de % de MGF en África por países y por regiones. (3)



(6)

ANEXO 3. Gráfica de población total residente en España procedente de países donde se practica la MGF y sexo. (51)



ANEXO 4. Compromiso Preventivo MGF.

Fuente: mssi.gob.es.

MODELO DE COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS
de la niña		

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

(.....)

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña Firma: Pediatra/ Médico

ANEXO 5 ENTREVISTAS.

GINECÓLOGO DEL SERVET/Mauricio. Lleva 19 años trabajando con la MGF en Aragón.

Hace cuántos años comenzaste con el tema de ablación y por qué decidiste comenzar con él.

Comencé en el año 2000, siempre me había llamado la cooperación internacional. Mi primera experiencia fue al terminar la carrera en Paraguay. Posteriormente hice la residencia como ginecólogo y en consultas o en el medio hospitalario era un número de emigrantes muy grande el que atendíamos. Comencé a investigar problemáticas relacionadas con los emigrantes y una de ellas que me llamó la atención y de la que había muy poca información al respecto en España era la mutilación genital.

¿Has estado como cooperante en algún país trabajando con este tema?

En relación al tema de la mutilación estuve en Gambia, invitado por A. Kaplan, mi objetivo de la visita era un poco el conocer esta realidad más de cerca, cómo se trabajaba desde ahí... Estando ahí comprendí que todo era mucho más lento de cómo me pensaba. Que no es todo blanco y negro, el trabajo es muy poco a poco. Y que se trata de una tradición muy enraizada. Por ejemplo, comprendí la gran influencia que tienen los ancianos-líderes de la tribu y el cómo se les respeta, dentro de este respeto también se encuentra el realizar lo que ellos dicten-consideren correcto.

¿Consideras que ha habido avances significativos?

Sí, tanto a nivel preventivo como terapéutico desde que comenzamos. La experiencia también me ha dado la visión de que es importante disminuir la estigmatización que hay entorno a todo este tema que muchas veces nosotros mismos causamos, contando todas las cosas malas que puede traer por ejemplo en el caso de prevenir una posible ablación de la hija.

Pero emigrantes siguen llegando por lo que los esfuerzos deben continuar siempre.

He encontrado varios artículos sobre la reconstrucción del clítoris publicados principalmente en el Norte de Europa. ¿Aquí en España también se realiza? ¿Es una realidad que las mujeres lo solicitan?

Considero que la reconstrucción del clítoris está muy sobrevalorada. Al final, una satisfacción sexual está fundamentalmente relacionada con el tener una buena relación con tu pareja, que exista deseo... muchas veces son mujeres casadas de manera forzosa muy jóvenes con hombres a los que no aman, o cuya pareja les maltrata.

Sí veo que sea beneficioso en algunos casos, por ejemplo niñas que han crecido aquí en España, mutiladas, que se sienten acomplejadas, con una autoimagen de sus genitales muy negativa... en algunos casos les puede ayudar. Pero al final es muy importante el trabajar la autoestima, el amor propio, la aceptación de mi propio cuerpo...

Al principio hubo un “Boom” con este tema, incluso ONG que hicieron programas para realizar esta técnica, las mujeres pusieron muchas expectativas. Se trata de una cirugía sobre una cicatriz de cirugía previa que también tiene sus complicaciones. Todas estas campañas también pueden traer el sentimiento de sentirse incompletas cuando antes no lo sentían así.

¿Consideras que campañas occidentales “anti-mutilación” pueden traer consecuencias negativas en relación a la autoestima? Si, por todo lo comentado anteriormente.

En el caso de Zaragoza, ¿existe algún grupo de mujeres de origen de los países dónde se practica la ablación que luchen desde aquí contra la práctica? ¿Algún lugar en el que se reúnan a hablar sobre este tema?

Desde Zaragoza se ha trabajado principalmente desde Médicos del Mundo. Ahí se realizan diferentes talleres para mujeres emigrantes en relación a planificación familiar, salud reproductiva, sexualidad... Creando espacios de confianza en los que ellas pueden compartir.

Desde Médicos del Mundo también existen mediadoras formadas por nosotros de distintas nacionalidades y etnias dónde se practica la ablación que son las que informan, transmiten, educan a las mujeres en este tema desde una manera mucho más cercana, en la que la barrera del lenguaje, muchas veces existente desaparece.

¿Cuáles dirías que son las razones principales por las que la práctica continúa a pesar de los esfuerzos? Es una cuestión de tradición, de identidad.

Hablando a nivel global, ¿cuáles consideras que son las acciones más importantes para erradicar la práctica? Primero la educación y segundo el empoderamiento de la mujer. Mujeres que han sido aquí informadas, y que comprenden que la ablación no es algo adecuado y que tiene consecuencias negativas son agentes importantes de cambio cuando regresan a sus países a la hora de transmitirlo a sus familiares, amigas... Pero una problemática que se plantea es que las mujeres no tienen voz en sus aldeas.

A la hora de abordar el tema con una mujer mutilada y siempre considerando que el tema se aborda desde un ambiente de respeto y de confianza. ¿Cómo suele ser su respuesta?

No existe una manera de responder igual para todas, algunas están muy abiertas a escuchar, otras son mucho más cerradas. Al final, tiene que ver con dónde han crecido, si en su ambiente se ha hablado de esto alguna vez o es un tema que no se habla, cómo vive su sexualidad, la relación con su pareja, que el marido esté o no presente... La barrera del lenguaje también condiciona mucho, cuánta confianza le inspira el médico que tiene delante. Por ello las mediadoras son un punto muy importante en nuestros programas. Por lo general, cuánto más tiempo llevan viviendo en aquí más abiertas están a la escucha y más fácil que sean capaces de desmontar creencias propias.