



# MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

## Autores:

- Vicente Sánchez Criado. Diplomado en Enfermería.

- Isabel María López Medina. Diplomada en Enfermería. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Jaén.

**Dirección:** Vicente Sánchez Criado

C/ San Juan, 16. 23620 Mengíbar (Jaén)  
Tfno.: 953-372-243.

## Resumen:

La mutilación genital femenina es una práctica que se realiza aún hoy en una treintena de países africanos y algunos de Oriente Medio con el fin de garantizar la virginidad y la castidad antes del matrimonio y la fidelidad posterior. Este procedimiento conlleva a la aparición de numerosas complicaciones en la mujer, sobre todo centradas en el sistema genitourinario, y dificulta enormemente el proceso del parto. Pero lo importante a destacar aquí es que con la inmigración de estos países hacia los países occidentales, entre ellos España, se está produciendo un progresivo aumento en el número de mujeres mutiladas que ingresan en nuestros centros sanitarios y que requieren de unos cuidados especiales, tanto físicos como psicosociales. Es por ello, por lo que para que nuestros cuidados sean adecuados debemos conocer a fondo este fenómeno.

## Abstract:

Female genital mutilation is a practice still carried out in thirty African countries and some in Mid Orient in order to guarantee virginity and chastity before the marriage/matrimony and later fidelity. This procedure involves the apparition of several complications in women, above all those related /focused on the genitourinary system, and makes much tougher the delivery process.

But the most important thing to point out is that with the resettlement from these countries into occidental ones, Spain among them, the number of mutilated women who go into our Health Centres and that require special care, both physician and psychosocial, is

steadily increasing. Therefore, we must know this process thoroughly to get our care to be adequate.

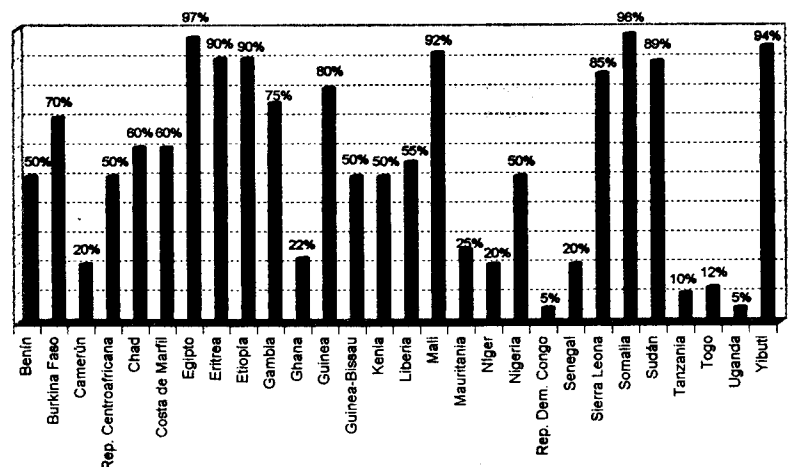
## Palabras clave / Key words:

- Mutilación genital femenina / Female genital mutilation.
- Circuncisión femenina / Female circumcision.
- Ablación / Ablation.
- Mujer / Woman.
- Salud de la mujer / Woman's health.

## INTRODUCCIÓN.

La ablación ha mutilado a 135 millones de mujeres en todo el mundo y 2 millones de niñas siguen sufriendola cada año en una treintena de países. Diariamente 6000 niñas sufren esta cruel mutilación en todo el mundo. La mutilación de los genitales femeninos o circuncisión femenina se practica todavía a la gran mayoría de las niñas de muchos países africanos, sobre todo los que forman el África negra. Algunos gobiernos africanos han comenzado a dar los primeros pasos destinados a erradicar la ablación prohibiendo su práctica como Burkina Faso, Egipto, Ghana, Guinea, Kenia, República Centroafricana, Senegal y Sudán, pero sigue siendo una práctica arraigada en otras 28 naciones del continente y algunas de Oriente Medio (1). Así, tolerada por los gobiernos y amparada en la tradición, la mutilación genital se perpetúa (*Gráfico*).

Porcentaje de mujeres y niñas que sufren la mutilación genital en los países africanos donde se practica.



La mutilación de los genitales femeninos ha sido, hasta hace relativamente poco tiempo, un problema bastante lejano a los profesionales de enfermería. Pero actualmente representa una situación que debe ser conocida ampliamente por todos y cada uno de nosotros.

Últimamente, se está produciendo un progresivo aumento en el número de surafricanos que emigran hacia los países norteafricanos y, a su vez, el número de africanos de los países del norte de África que vienen a España y otros países europeos con la inmigración es también progresivamente mayor. Debido a esto, en los países occidentales la práctica de la mutilación genital femenina se está extendiendo en la medida en que estos acogen a comunidades de inmigrantes que la realizan. Se han dado casos en Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia. España cuenta con más de 16 mil inmigrantes legales procedentes de los países africanos y de Oriente Medio en donde se practica la mutilación genital femenina, según datos de la Oficina de Migraciones (1). Por tanto, cada vez es mayor el número de mujeres sometidas a mutilación genital que ingresan en nuestros centros sanitarios y en un futuro próximo será fácil encontrarse a una mujer de estas características ingresada en un centro hospitalario y que requiere de nuestros cuidados. Es por ello por lo que, para que nuestros cuidados sean eficaces, debemos conocer a fondo esta situación.

## CONCEPTO.

La ablación o circuncisión femenina consiste en la mutilación de los genitales femeninos para eliminar las sensaciones sexuales en las mujeres. Esta práctica es desarrollada en niñas con edad comprendida entre los 4 y los 10 años, aunque también se han visto niñas con 1 año que ya habían sido mutiladas (2). No obstante, la edad a la que se practica la mutilación está descendiendo progresivamente para evitar que las niñas mayores, cada vez más informadas gracias a las campañas de sensibilización, se nieguen a someterse a ella. Esta práctica se realiza generalmente en el período de transición entre la adolescencia y la madurez y es requisito indispensable, en ciertas culturas, para poder contraer matrimonio y poder ser considerado un miembro de la comunidad con igualdad de derechos. Es necesario señalar que los/as jóvenes de estos pue-

blos son considerados adultos o maduros mucho antes que en los países desarrollados.

Desde un punto de vista clínico, la mutilación genital en la mujer puede clasificarse en:

a) **Circuncisión de "sunna"** (tradición islámica). En esta operación, muy dolorosa, se corta un trozo de clítoris, o el clítoris entero, mediante un rápido corte. Es el método que menos mutila a la niña, pero también es el menos utilizado. b) **Escisión simple o clitoridectomía**, que implica la extirpación del clítoris y de parte de los labios menores. c) **Circuncisión "faraónica", infibulación o cauterización**. Esta técnica es la más mutilante de todas. Implica la extirpación del clítoris y de los labios menores y mayores. A continuación se suturan las heridas y se cierra la mayor parte del orificio vaginal. En algunos casos queda un orificio de 2 o 3 milímetros que dificulta enormemente la micción y la salida de la sangre durante la menstruación. Cuando la mujer se casa y llega la noche de bodas tiene que ser literalmente rajada para que el marido pueda penetrarla. En algunas zonas de África, el marido vuelve a coser a su mujer infibulada para asegurarse de que no mantiene relaciones con otros hombres en su ausencia (2).

La infibulación es el tipo de mutilación de genitales que se realiza con mayor frecuencia en los países africanos y es realizada por mujeres no formadas que trabajan en condiciones primitivas y sin anestesia.

Pero la circuncisión no se realiza solamente a las niñas. También existe la circuncisión masculina y hay dos tipos: a) la **incisión**, que se practica muy a menudo y consiste en cortar el frenillo y b) la **circuncisión** propiamente dicha, en la que no sólo se corta la unión entre el prepucio y el glande, sino que se suprime todo el prepucio o la mayor parte del mismo (3).

Tanto en el hombre como en la mujer, los instrumentos utilizados para la mutilación de los genitales son muy peligrosos. Los instrumentos cortantes pueden ser una cuchilla de afeitar, tijeras, un cuchillo de cocina o un trozo de cristal roto. Para suturar los bordes de las heridas en la mujer se utilizan espinas y crines de caballo (3). Los mismos instrumentos pueden utilizarse para otras personas, por lo que la transmisión de agentes patógenos transportados en la sangre es fácil. Muchas niñas mueren debido a hemorragia e infección.

Sin embargo, a pesar de todas estas dolorosas



y crueles prácticas realizadas a los varones, éstas no pueden compararse a las que se practican en la mujer. Las consecuencias de sendas operaciones no pueden compararse. En el hombre circuncidado lo único que puede ocurrir es que aparezca alguna infección en los días sucesivos a la intervención, pero no le impide llevar luego una vida normal, sexual y psicológicamente. En la mujer, en cambio, las intervenciones son mucho más dolorosas y mutilantes y provocan un gran número de complicaciones durante toda su vida. Además, así como podemos considerar la circuncisión masculina como una medida de higiene, sólo podemos concebir la escisión como una medida destinada a infundir en la mujer sentimientos de inferioridad.

### SIGNIFICACIÓN CULTURAL.

En estas culturas se cree que la niña no circuncidada es impura, por lo que no es merecedora de un marido. De hecho, uno de los principales motivos de mutilación de genitales es reducir la sexualidad femenina y garantizar la virginidad y la castidad antes del matrimonio y la fidelidad posterior. En otras culturas la tradición dice que el contacto con el clítoris puede matar al hombre durante la relación sexual o al bebé en el parto (4).

Pero actualmente se sabe con rotundidad que el objetivo principal de esta práctica es controlar la sexualidad de la mujer.

Desde el punto de vista jurídico (5) la circuncisión significa para la joven que se le hace apta para el matrimonio, sin tener en cuenta que generalmente las jóvenes se convierten en mujeres adultas mediante la iniciación, la cual casi siempre se efectúa simultáneamente. Sin la circuncisión no se puede concertar un matrimonio válido.

Desde el punto de vista sociológico (5) la circuncisión posee para la vida de la tribu y para la muchacha una importancia extraordinaria. Sólo ella es la que le convierte en un miembro de la tribu con igualdad de derechos con relación a los demás miembros.

Desde el punto de vista de la psicología sexual (5) la circuncisión tiene también un significado importante. En muchas comunidades a la niña incircuncisa le está prohibida cualquier relación sexual, en algunas sólo pueden tenerlas con incircuncisos y en otras son consideradas como posesión común de los hombres, mientras que, después

de la circuncisión, se las reserva para el futuro marido; no obstante, sobre este punto varían grandemente las costumbres entre los diversos pueblos.

### CONSECUENCIAS CLINICAS.

La Circuncisión "sunna" es la que menos complicaciones médicas provoca, pero desgraciadamente es la que menos se practica. De hecho, las únicas complicaciones importantes que pueden aparecer son infección en los días sucesivos a la intervención y disminución importante de la sensibilidad en la zona genital. Pero la clitoridectomía y, sobre todo, la infibulación provocan un gran número de complicaciones, centradas siempre en el sistema genitourinario, que marcan a la mujer para toda la vida debido a que provocan la aparición recurrente de muchas patologías.

Las complicaciones (6) que presentan a largo plazo son infecciones recurrentes del tracto urinario, esterilidad y enfermedad inflamatoria pélvica. Muchas mujeres infibuladas tienen que orinar gota a gota debido al diminuto orificio que le dejaron cuando la suturaron. De esta manera, hay mujeres que llegan a tardar 15 minutos en orinar y la micción es muy dolorosa. Precisamente para evitar este dolor muchas mujeres disminuyen de forma importante el consumo de líquidos provocando así la aparición de deshidratación, infección urinaria y litiasis renal. La menstruación puede durar más de 10 días y produce dolor y mal olor. Esto, sumado a lo anterior, produce frecuentes infecciones vaginales y uterinas. Dado que el orificio vaginal es tan pequeño, cualquier exploración pélvica produce un dolor intenso y en muchos casos es imposible. Por último, la frigidez y el dolor durante las relaciones sexuales son otras dos consecuencias de la mutilación genital femenina.

### REPERCUSIONES EN EL PARTO.

Las complicaciones que pueden aparecer durante el parto en la mujer mutilada dependen del tipo de circuncisión a que haya sido sometida. Así como la circuncisión "sunna" no afecta para nada al correcto desarrollo del parto, la infibulación ocasiona un gran número de complicaciones que llegan a poner en peligro la vida del bebé y de la propia madre y dificultan enormemente el proceso del parto.

En la infibulación, debido a la extirpación de



los labios menores y mayores y a la formación de cicatrices y quistes dermoides, la región perineal carece de la elasticidad necesaria para distenderse durante el parto. Debido a esta situación aparece el riesgo de que se dificulte o imposibilite el descenso fetal pudiendo producirse hipoxia fetal e incluso la muerte. Las contracciones uterinas empujan al bebé para facilitar su descenso y la salida al exterior, pero la ausencia de dilatación perineal y, por tanto, la disminución de distensión vaginal impiden su salida y favorecen la hipoxia fetal. La madre a su vez puede sufrir lesión vesical, fístulas y rasgados perineales (6).

En muchos casos es necesario proceder a la desinfibulación (apertura de la zona suturada) para hacer posible el parto, lo cual dificultará aún más el parto en embarazos posteriores debido a la mayor disminución de la elasticidad perineal tras la nueva cicatrización de un tejido ya cicatrizado.

Otro problema que se presenta es el sondaje vesical. Debido a las irregularidades anatómicas a que han dado lugar las cicatrices y los quistes resulta muy difícil el sondaje vesical por encontrarse el orificio uretral oculto y no distinguirse lo suficientemente bien (6). Esta circunstancia ocasiona que se tarde mucho más tiempo del habitual en sondar a la mujer. Por tanto, es recomendable introducir la sonda vesical al inicio del parto y no durante el mismo con el fin de no perder un tiempo valioso en caso de que posteriormente se presente una urgencia. Además, si difícil es sondar a la mujer al inicio del parto, mucho más difícil es hacerlo durante el mismo, cuando aparecen con mayor intensidad las contracciones uterinas y el dolor en la mujer.

Durante el período del postparto, la retención urinaria no es infrecuente (6). Por ello hay que prestar atención a las entradas y salidas de líquidos, puesto que una retención urinaria prolongada puede ocasionar fácilmente infección. Además, la vejiga llena puede desplazar hacia arriba y hacia un lado el útero, impidiendo las contracciones uterinas y aumentando el riesgo de hemorragia. Por último, las cicatrices existentes en la zona genital retrasan la cicatrización perineal, y la combinación de los loquios y coágulos aumenta el riesgo de infección urinaria, vaginal y uterina.

## ACTUACIÓN PSICOSOCIAL DE ENFERMERÍA.

Los cuidados psicosociales en este tipo de pacientes son un aspecto de obligado cumplimiento, ya que se trata de mujeres insertas en un ambiente cultural totalmente distinto al suyo y con un problema que para la mayoría supone un orgullo.

\* Cuando cuidemos a una mujer con mutilación genital debemos respetar su cultura y ser imparciales para ganarnos su confianza y entablar una buena relación. Este procedimiento es frecuentemente considerado por las mujeres como fuente de orgullo y aceptación por parte de la comunidad, reforzando su posición en el hogar. Cabe la posibilidad de que no asocie los múltiples problemas físicos que presenta con el procedimiento, e incluso que desee que la vuelvan a coser después del parto. Otras, al ser preguntadas, aun hoy aseguran que la circuncisión facilita el parto.

\* Proporcionar apoyo a las mujeres mutiladas. La Organización Mundial de la Salud considera que la erradicación de la mutilación genital femenina depende en buena medida de las mujeres mutiladas, que deben recibir apoyo para terminar con ella (7). Con esto se pretende, sobre todo, que las mujeres vean la inutilidad del procedimiento y que decidan no practicarlo a sus hijas.

\* Concienciar a las mujeres afectadas y apostar porque el código penal de los países donde se practica incluya penas contra quienes llevan a cabo la mutilación genital.

\* Proporcionar una prudente información tanto a las mujeres como a los hombres acerca de las consecuencias médicas del procedimiento. Informar, especialmente a las mujeres, acerca del significado machista de la práctica y hacerles ver que se trata de un procedimiento médicamente innecesario. Todo ello con el fin de conseguir abolir o, al menos, disminuir la práctica de esta costumbre. Esto resulta especialmente importante si la mujer tiene hijas que están en riesgo de verse sometidas a la mutilación genital.

\* Defender en todo momento a las mujeres y niñas afectadas por la mutilación genital y presionar para que se incremente la protección a las mujeres de todas las edades.



\* Concienciar a las personas entendidas y a los líderes sociales de las comunidades de inmigrantes, ya que son quienes mejor comprenden las tradiciones culturales que inducen a estas prácticas. Hay que explicar de forma delicada los peligros de este procedimiento y las incapacidades que ocasiona de por vida. Si conseguimos crear una opinión negativa acerca de la mutilación genital femenina en estas personalidades importantes se logrará ir reduciendo poco a poco dicha práctica, ya que estas personas poseen una gran influencia sobre el resto de los individuos.

\* No participar en la práctica. Opinamos que los profesionales de enfermería no debemos participar de cualquier modo en la realización de la mutilación genital, ya que si lo hacemos toleramos estas prácticas y perpetuamos un procedimiento médicamente innecesario y potencialmente peligroso. Además, en España está prohibida la realización de la mutilación genital tanto en la sanidad pública como en la privada.

\* Debemos notificar el conocimiento de cualquier caso, ya que en España la mutilación genital constituye un delito de lesiones, castigado con penas de 6 a 12 años. (7)

Es urgente e imprescindible llevar a cabo todas estas intervenciones si no queremos que nos ocurra, por ejemplo, lo mismo que a Francia. En Francia, aunque no hay estadísticas oficiales, la Comisión para la Abolición de las Mutilaciones Sexuales calcula que han debido de efectuarse varios miles de operaciones al año, teniendo en cuenta el número de inmigrantes que el país vecino ha recibido y los hijos e hijas que estos han tenido. Hace unos años, en el departamento de Seine Saint Denis, donde se concentran 38 nacionalidades diferentes de inmigrantes, se estimaron en 500 el número de mutilaciones practicadas al año (7).

Entre todos tenemos que conseguir, y estamos a tiempo, que esto no ocurra en España.

## CONCLUSIONES.

Las conclusiones más relevantes obtenidas después de profundizar en este tema son:

- Los profesionales de enfermería tienen mucho que aportar a la problemática de la mutilación genital femenina fundamentalmente con dos líneas de actuación. En primer lugar con la atención y la prestación de cuidados óptimos durante la estancia de la mujer mutilada en los servicios sanitarios de nuestro país. Y en segundo lugar con la lucha por la erradicación de esta práctica interviniendo tanto de forma individualizada sobre los afectados como con la presión social sobre los gobiernos de los países que la permiten.

- La necesidad de fomentar el estudio y conocimiento de la enfermería transcultural entre los enfermeros y así estar preparados para atender adecuadamente a todas las personas, independientemente de la etnia o cultura a que pertenezcan.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. COELLO, I. Mutilación genital femenina: Marcadas por la tradición. *Meridiana* 1999; 12: 33-39.
2. RAMOS, I. La ablación silenciada. *Salud entre Todos* 1998; 75: 16-18.
3. LÓPEZ, J.J. Enciclopedia Familiar de la Salud. La vida sexual. Barcelona: Danae. 1979.
4. CALLADO, C. Mutilación genital femenina. *Index de Enfermería* 1996; 16-17: 61-62.
5. TÜLLMAN, A. Vida amorosa de los pueblos naturales. Barcelona: Corona. 1963.
6. BRADY, M. Mutilación de los genitales femeninos. *Nursing* 1999; 2 (17): 20-21.
7. VELASCO, C. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. *Boletín Informativo de la Asociación Andaluza de Matronas* 1999; 3: 10-12.