

Observatorio salud perinatal, mujer y desarrollo. Declaraciones curso 2009-2010

5. Intervenciones genitales femeninas: dialogo intercultural, mutilaciones, reconstrucciones, cirugías modeladoras y salud reproductiva

Ana María Martín Casado. Eva Pérez Martínez. Diego Velasco Vázquez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid

ana_guada@hotmail.com evpema7@terra.es dvelascomat@gmail.com

Resumen: La mutilación genital femenina es una práctica ancestral perpetuada en muchas comunidades del mundo como parte importante de rituales de paso hacia la edad adulta teniendo como objetivo el control la sexualidad femenina. En nuestro país la mutilación genital está penada por la Ley, siendo un tema de gran preocupación para los profesionales sanitarios debido al problema de salud que supone. Como matronas tenemos obligación de abordar y tratar dicho problema dando apoyo y una correcta información sanitaria a las familias y mujeres en nuestra sociedad.

Palabras clave: Mutilación genital femenina. Escisión genital. Matrona. Identidad de género.

Abstract: Female genital mutilation is an ancestral practice that continues in many communities around the world as an important coming of age ritual whose objective is to control female sexuality. In our country, female genital mutilation is against the law and continues to cause concern amongst health care professionals due to its health implications. As midwives we are obliged to intervene and offer both support and information affected woman and families in our society.

Keywords: Female genital mutilation. genital excision. Midwife. sexual identity.

INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina consiste en la escisión quirúrgica parcial o total de los genitales externos femeninos^(1,2). Es una práctica ancestral que ha sido perpetuada en muchas comunidades del mundo como parte importante de rituales de paso hacia la edad adulta. Podríamos decir que su objetivo primordial es mantener el

control de la sexualidad femenina, la virginidad antes del matrimonio y la castidad después de este. Este hecho está estrechamente relacionado con el concepto cultural de higiene^(3,4). Por tanto entre sus principales argumentos causales tenemos⁽⁴⁾: la herencia cultural, el rito de transición, la cohesión social, las razones psicosexuales (virginidad y castidad), la higiene, la religión y los mitos como el aumento de la felicidad⁽⁵⁾, de las posibilidades de ser elegida para el matrimonio y supervivencia del recién nacido.

Según UNICEF⁽¹⁰⁾, alrededor de 130 millones de mujeres en 28 países han sido mutiladas. Cada año cerca de 6 mil niñas son mutiladas a edades más tempranas con el fin de evitar que éstas una vez mayores y más informadas por las campañas a nivel mundial sobre este lesivo procedimiento, se nieguen a someterse al mismo. La mutilación genital femenina particularmente la infibulación es practicada actualmente en 25 países Africanos⁽¹⁰⁾. En Egipto el 97% de las mujeres es circuncidada. Fuera del África estos rituales existen en Indonesia, Malasia y Yemen, así como en comunidades inmigrantes en algunos países europeos y Australia y América.

Es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal donde hay zonas con esta práctica y otras no. Sin embargo, en recientes estudios llevados a cabo en Gambia, se ha encontrado que poblaciones que tradicionalmente no practicaban la mutilación, al entrar en contacto con otros grupos y asentarse territorialmente en sus poblados han comenzado a realizarla como parte de un proceso adaptativo más amplio.

La OMS identifica cuatro tipos de mutilación^(10,11), que serán explicados más adelante. Una de las diferencias fundamentales que existe entre ellas viene dada por el carácter religioso que las diferentes culturas le confieren a cada una de ellas. La edad varía según el área, desde los pocos días de vida, niñas de 7 a 10 años, o adolescentes e incluso mujeres adultas.

En términos culturales la circuncisión tanto femenina como masculina, forma parte del rito de paso a la edad adulta^(3,4,5,6,7,8). Este ritual es imprescindible para la introducción de los niños y las niñas al mundo adulto. Marca la transición entre el universo asexuado de la infancia y el sexuado adulto. Es una cuestión por tanto de cohesión social y pertenencia, de identidad de género y de distinción entre lo masculino y femenino, de pertenencia al grupo social que en su dicotomía normalidad/anormalidad, considera como "normal" a la mujer mutilada^(3,4,5,6).

El rito de paso está constituido por tres fases^(6,8): separación, marginación y agregación:

- En la primera fase de separación, las niñas y los niños son apartados de la comunidad y circuncidados. La ruptura con la etapa anterior de la infancia, está marcada por el corte del prepucio o la escisión del clítoris.

- La segunda fase o fase de marginación tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los iniciados. Es un período marcado por los cuidados y normas estrictas que se concretan en prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de los iniciados donde les son transmitidas las enseñanzas sobre el mundo adulto, cultural y social de su pueblo.
- En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta donde se presenta públicamente a los iniciados como nuevos miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. Son públicamente reconocidos, legitimados y aceptados por la comunidad como nuevos integrantes de la sociedad. Los principales roles de socialización de la mujer son la maternidad y el matrimonio⁽³⁾, por tanto es el ritual culturalmente indispensable para la adquisición de los mismos.

Los personajes rituales encargados de llevar a cabo el rito iniciático son altamente reconocidos en la sociedad⁽⁸⁾. Normalmente se trata de una anciana que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual. Es quien realiza la operación y la responsable del desarrollo y cumplimiento del ritual. Suele ser una persona a quien se le atribuyen poderes sobrenaturales, puede captar la presencia de malos espíritus. Estas mujeres excisoras son las parteras tradicionales. Generalmente sus servicios son contratados por la madre o la abuela de la niña y se hace un pago previo o posterior a la operación para garantizar el éxito de la misma (parte en efectivo y parte en especie).

Las condiciones de asepsia bajo las cuales se realizan son inexistentes⁽⁹⁾, los instrumentos que se utilizan son inapropiados (cuchillos, cuchillas de afeitar, pedazos de vidrio, cortaúñas), no estériles y utilizados repetidamente en varias niñas lo cual aumenta evidentemente el riesgo de infecciones. Las cirugías duran entre 10 y 20 minutos y son realizadas sin anestesia. La niña es sostenida por otras tres o cuatro mujeres durante la escisión, y la herida es finalmente recubierta con hierbas, ceniza, excrementos de vaca o mantequilla. Si se practica una infibulación las piernas de la mujer pueden ser unidas con un vendaje durante cuarenta días. En varias comunidades de Asia sur oriental y algunas comunidades urbanas africanas estas mutilaciones están siendo medicalizadas en centros específicos.

Marco legislativo

En nuestro país la mutilación genital femenina está penada por la ley^(12,13,14). Constituye un delito de lesiones, tipificado y sancionado en los Artículos 147, 148, 149 Y 150 del Código Penal, siendo el tipo penal básico el artículo 149: “El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave

deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años”.

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, publicada en el BOE núm.234 de martes 30 de septiembre de 2003, dice:

Seis. Se modifica el artículo 149, que queda redactado como sigue:

1. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.
2. El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuere menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el Juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz.

Entre las guías⁽¹⁵⁾ y organismos de actuación del ámbito sanitario español encontramos:

- ✓ GIPE/PTP 2009.
- ✓ Médicos Mundi 2009.
- ✓ Protocolo de Girona 2006.
- ✓ Generalitat de Catalunya 2006.
- ✓ Asociación Catalana de Llevadoras 2004.
- ✓ Ley 5/ 2005 Integral contra la violencia de género.
- ✓ Plan de acción integral 2005-2008.
- ✓ Guía de prevención del Instituto de Salud pública.

ASPECTOS MÁS RELEVANTES TRATADOS EN EL SEMINARIO

La mutilación genital femenina (MGF) es actualmente objeto de creciente atención por parte de los profesionales sanitarios de todo el mundo debido al problema de salud femenina que supone y sus graves repercusiones sobre la salud física, psicológica y reproductiva de las mujeres que la padecen. Ha sido la inmigración desde países en los que la mutilación es endémica, lo que obliga a una profunda reflexión sobre ello en zonas de mayor desarrollo, que hasta entonces nunca se habían planteado una intervención sobre este problema de salud.

Resulta difícil establecer con precisión la frecuencia y gravedad de las consecuencias debido a la poca notificación de casos. Se ha calculado que unos 130 millones de mujeres han sufrido algún tipo de MGF. Destaca la alta prevalencia en población subsahariana (Somalia 98%).

La edad en la que se realiza resulta variable, aunque suele producirse entre la lactancia y los 15 años, y paradójicamente suele ser realizada por otras mujeres, que son a su vez las que mantienen la tradición, perpetuándose así de generación en generación. Se lleva a cabo como un rito cultural de transición, de paso de la infancia a la edad adulta, lo que hace que en ocasiones sea realizada en varias niñas a la vez, sin ningún tipo de anestesia ni de medidas de asepsia.

Clasificación (OMS)

Dependiendo del grado y localización podemos encontrar diferentes lesiones:

- **Tipo I:** resección del prepucio con escisión total o parcial del clítoris (SUNNA).
- **Tipo II:** escisión del clítoris y extirpación total o parcial de labios menores.
- **Tipo III:** Infibulación o extirpación total o parcial de los órganos genitales externos y reaproximación del remanente de los labios mayores dejando un pequeño orificio vaginal.
- **Tipo IV:** cualquier lesión en área genital femenina, con fines no médicos.

En el seminario se trató la MGF desde el punto de vista de la Obstetricia, puesto que las mujeres mutiladas son captadas por el sistema sanitario sobre todo cuando acuden a control de embarazo. Las lesiones tienen repercusiones muy importantes a este nivel:

- La mutilación produce secuelas uterinas de diversa importancia, y fístulas de diversa índole por necrosis de los tejidos (vesicovaginales y rectovaginales).
- Estas mujeres suelen padecer infecciones de orina. Hay que insistir en pedir urocultivos por trimestre, no sólo orinas para sedimento, por el riesgo de que se desencadene un parto prematuro.
- A mayor grado de mutilación, mayor riesgo de cesárea, de hemorragia posparto y de partos instrumentales.
- En caso de que fuese necesaria la desinfibulación, se haría durante el segundo trimestre de gestación, siendo su objetivo dejar expuestos la uretra y el introito vaginal. Se deben suturar los bordes para evitar que se unan de nuevo.

- Se deben acortar los tiempos de expulsivo (buen manejo del parto), por lo que la episiotomía suele estar indicada.

En casos de gestaciones con fetos femeninos, los profesionales estamos obligados a notificarlo a la Trabajadora Social del centro para que le realicen un seguimiento a la recién nacida, pues como dijimos anteriormente la MGF en España es un delito y está perseguida extraterritorialmente.

Pero las matronas debemos enfocar también el problema desde un punto de vista antropológico, emocional y cultural, dada la relación de acercamiento que podemos mantener con la mujer. Es muy difícil homogeneizar y concretar la manera en que nos referimos al problema de la MGF; es cierto que esto implica hablar de violencia contra las mujeres, pero además de un rito de paso, en estos países, significa otras muchas cosas que desconocemos, como pertenencia a grupo social, aceptación, normalidad. El abordaje de este problema no es fácil, teniendo en cuenta la situación que tienen en nuestro país estas mujeres, en sus condiciones de vida y en su integración social. La percepción que ellas mismas tienen de sus derechos sexuales y reproductivos es diferente a la nuestra (dado que el hecho sexual es algo culturalizado), y en la mayoría de sus sociedades es considerado un tema tabú, por lo que podemos provocar incomodidad al intentar que exterioricen aspectos de su vida íntima.

El contacto con la sociedad de acogida lo establecen en la mayoría de las ocasiones a través del sistema sanitario, por lo que nuestro papel es vital; si sienten rechazo o se sienten juzgadas, abandonarán los controles sanitarios, lo que puede ser nefasto para su estado de salud y para su integración sociocultural. Algunas de estas mujeres tienen miedo por su situación jurídica. Estamos en un lugar privilegiado para establecer contacto con ellas y para promover su salud y su autocuidado.

El trabajo sanitario debe girar en tres ejes para la mejorar la calidad de la asistencia:

- ✓ Actitud del profesional (población inmigrante, MGF, igualdad y derechos de la mujer, etc.).
- ✓ Relación sanitaria (escuchar y dejar que se expresen).
- ✓ Trabajo comunitario.

No debemos estigmatizar, tanto el lenguaje verbal como el corporal pueden comunicar juicios de valor, debemos apoyar e informar, dar el tiempo que necesite cada mujer, e integrar conflictos. Lo contrario producirá incompreensión, estigmas y alejamiento.

También debemos reflexionar acerca de cuál es su futuro, si van a volver a su país o no, si sus hijas harán su vida aquí o allí, si disponen de ayuda. Debemos valorar

bien el comportamiento de segundas generaciones. El interés sanitario se centra en la prevención y en el establecimiento de un marco jurídico adecuado para estas mujeres.

En el seminario también se abordó la mutilación masculina. No olvidemos que todas las sociedades que practican MGF, también practican circuncisiones masculinas. Intervenciones **NO terapéuticas**, cuyas complicaciones sanitarias se recogen en 233 referencias bibliográficas, y que suponen un negocio de 250 millones de dólares en EEUU (Álvarez Degregory, C). Desde un punto de vista de género, existen diferencias semánticas para referirnos a lo mismo en varones y en mujeres: para ellas siempre nos referimos al término “mutilación”, con la carga legal que conlleva esa palabra. En varones, la circuncisión se ha justificado por razones higiénicas, quedando enmascarado el verdadero motivo por el cual se realiza, el religioso-cultural, (es también un rito de paso a la edad adulta). Esto ha provocado que se haya deconstruido el término “prepucio” hasta el punto de poder ser definido en los libros de anatomía en unos pocos renglones.

La falta de coherencia nos lleva a ver ciertas incongruencias, pues en algunos países coexisten programas para erradicar la MGF y por el contrario, apoyan campañas para medicalizar la circuncisión masculina, integrándola en el sistema sanitario.

Disponemos de guías para un primer acercamiento al problema: GIPE/PTP (2009), Asociación Catalana de Llevadores (2004), Guía de Prevención (Instituto de Salud Pública, Dirección General de la Mujer). A pesar de crearles conflicto, hay asociaciones de mujeres subsaharianas que están trabajando con inmigrantes de sus países en este camino. Para nosotras es fundamental la captación en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

Urge una profunda reflexión sobre el tratamiento que damos a este problema de salud o construcción sociocultural, cuidando los términos que empleamos al referirnos a ello. Prácticas que para nosotros pueden resultar incomprensibles, pueden estar normalizadas en otras sociedades.

Nuestros conocimientos sobre el tema son muy limitados dadas las dificultades para acceder a estas mujeres. Son necesarios más estudios que aborden el problema desde diferentes perspectivas. Conociéndolo en toda su dimensión y profundidad podremos conseguir más recursos humanos, materiales y formativos para tratarlo.

Como matronas gozamos de una situación privilegiada para acercarnos a estas mujeres (siempre en beneficio suyo), al ser su primer contacto se facilita el poder establecer con ellas relaciones que difícilmente mantendrán con otros profesionales de un país que no es el suyo. Para las matronas comienza a suponer un problema

sanitario que tenemos obligación de abordar y tratar desde las consultas de Atención Primaria, Partitorios y Unidades de puerperio.

La comprensión, la escucha, la no estigmatización y las habilidades de comunicación deben ser nuestras principales armas para la lucha contra un conflicto que nos afecta como Comunidad. La relación debe basarse en el respeto y la empatía hacia percepciones y sensibilidades diferentes a las nuestras.

Debemos dar prioridad a la detección cuando la mujer es captada en su primer contacto con el sistema sanitario, ya sea una consulta de atención primaria o un servicio de urgencias hospitalario, para poder realizar un abordaje adecuado y evitar la falta de adhesión al seguimiento por falta de comunicación o por la sensación de agresión a la intimidad de las parejas y a su cultura.

Estamos en la obligación de informarles de las repercusiones que la MGF tiene para su salud y la de sus hijas, que atenta contra su integridad y sus derechos y que es una práctica penada y perseguida en España. El ideal sería trabajar con los dos miembros de la pareja, porque el varón tiene en su mano una parte importante de este necesario cambio. En su defecto resultaría muy beneficioso el que la mujer viniera acompañada a la consulta por alguna mujer de su confianza.

Es fundamental que como matronas y sanitarios comencemos a tomar conciencia de los problemas que estas prácticas generan, siendo la formación un pilar básico en el que apoyarnos para satisfacer de una manera óptima las necesidades de estas mujeres, intentando evitar dejarnos influir por políticas que no estén basadas en el conocimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Brady M. Mutilación de los genitales. Nursing. 1999 Feb; (20)1:6-9.
2. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Madrid: Amnistía Internacional; 1998.
3. Alvarez Degregori C. Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2001.
4. Douglas M. Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI; 1991.
5. Walker, A. En posesión del secreto de la alegría. Barcelona: Plaza y Janés; 1992.

6. Kaplan, A. Toran P. Bermudez K. Canasty MJ. Mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*. 2006; 19:189-217.
7. Kaplan, A. De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 1998.
8. Bifani P. La mujer en el África Subsahariana. Madrid; Lepala; 1995.
9. Sangeeta D, Aziz S. La atención a los pacientes musulmanes. *Siete Días Médicos* 2001 Nov-Dic; 4: 42.
10. World Health Organization. Female genital mutilation. A joint Report WHO/Unicef/UNFPA statement. Geneva:WHO; 1997.
11. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Baldaro Verde J, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Plesasure and orgasm in women with female genital Mutilation. *J Sex Med*. 2007; 4:1666-78.
12. Facchi, A. Mutilaciones genitales femeninas y derecho positivo. En: Lucas J de. *Derechos de las minorías en una sociedad multicultural*. Madrid: Escuela Judicial, Consejo General del Poder Judicial; 1998. p. 24-35.
13. Generalitat de Cataluña. Protocolo de actuación para prevenir las mutilaciones genitales femeninas. Barcelona: Secretaria para la Inmigración; 2007.
14. García Castaño FJ, Muriel López C. La inmigración en España: contextos y alternativas. Granada: Universidad de Granada, Laboratorios de Estudios Interculturales; 2002.
15. Burballa M, Foj M. Mutilación genital femenina, prevención y atención. Guía para profesionales. Barcelona: Asociación Catalana de Llevadoras; 2004

Recibido: 13 julio 2010.

Aceptado: 8 septiembre 2010.