

XXIII Jornada Nacional de Medicina Legal.

Título: Una aproximación a la práctica de la Mutilación Genital femenina en Guinea Bissau.

Autores:

Anisleydis Díaz González. Dra. Especialista de I grado en Medicina Legal.

diazanisleydis0@gmail.com

Yunia Oquendo Cartón. Dra. Especialista de I grado en Medicina General Integral y Medicina Legal.

RESUMEN:

La mutilación genital femenina (MGF) incluye una variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica, causando daños irreversibles e incluso a la vida de la mujer o niña afectada. Con el objetivo de conocer y comprender la realidad compleja y subjetiva de la MGF se realizó una revisión bibliográfica relacionada con el tema. Se realizó una revisión en bases de datos disponibles en la plataforma Infomed (Pubmed, EBSCO, Scielo) de 30 materiales científicos impresos y electrónicos relacionados con el tema, todos en el último quinquenio y utilizando los descriptores de búsqueda: mutilación genital femenina, tipos, complicaciones, factores de riesgos y prevención. Es una práctica cultural nociva, llevada a cabo en aproximadamente 40 países del mundo, siendo África el continente donde más extendida se encuentra. En Guinea Bissau esta práctica se observa en siete regiones siendo las regiones de Oio y Gabú las de mayor prevalencia. Los principales factores que influyen a realizar dicho procedimiento son: culturales, religiosos y sociales. Las personas con menor nivel educacional, niñas que sus madres han practicado, niña Islámica, niñas que nacieron en zonas habitadas por los grupos practicantes, personas que viven con fanateca, niñas de menor edad son las de mayor riesgo. Las consecuencias sobre las mujeres, derivadas de esta práctica, abarcan una amplia gama de complicaciones que van desde las físicas hasta las psicosociales, pasando por las obstétricas y las sexuales. Atentando de esta forma contra la integridad bipsicosocial de las mujeres y niñas a las que se les realiza esta práctica. A pesar de la existencia a nivel mundial y específicamente en Guinea Bissau de leyes que prohíben esta práctica, aún se continúa realizando en secreto, lo que imposibilita su registro real.

Palabras claves: Mutilación genital femenina, ablación, excéresis, complicaciones.

ABSTRACT:

Female genital mutilation (FGM) includes a variety of practices that involve the total or partial removal of the external genitalia or its alteration for reasons that are not of a medical nature, causing irreversible damage and even to the life of the affected woman or girl. In order to know and understand the complex and subjective reality of FGM, a

bibliographic review related to the subject was carried out. A review was carried out in databases available on the Infomed platform (Pubmed, EBSCO, Scielo) of 30 printed and electronic scientific materials related to the subject, all in the last five years and using search descriptors: female genital mutilation, types, complications, risk factors and prevention. It is a harmful cultural practice, carried out in approximately 40 countries of the world, with Africa being the continent where it is most widespread. In Guinea Bissau this practice is observed in seven regions, the regions of Oio and Gabú being the ones with the highest prevalence. The main factors that influence this procedure are: cultural, religious and social. People with a lower educational level, girls whose mothers have practiced, Islamic girls, girls who were born in areas inhabited by practicing groups, people who live with fanateca, younger girls are those at greatest risk. The consequences on women, derived from this practice, cover a wide range of complications that go from physical to psychosocial, through obstetric and sexual. Attempting in this way against the bipsicosocial integrity of the women and girls who undergo this practice. Despite the existence worldwide and specifically in Guinea Bissau of laws that prohibit this practice, it is still carried out in secret, which makes it impossible to register it.

Key words: Female genital mutilation, ablation, excision, complications.

INTRODUCCIÓN.

El uso de la palabra "mutilación" refuerza la idea de que esta costumbre es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres y, por tanto, ayuda a promover un movimiento nacional e internacional para su abandono.¹

Un papiro griego fechado en el año 163 A.C. menciona la operación que se les realizaba a las niñas en Memphis, Egipto, a la edad en la que recibían su dote, lo que respaldaría la idea de que la mutilación genital femenina se originó como una forma de iniciación para las mujeres jóvenes. También se ha encontrado una momia del siglo II A.C. mutilada. Refiere Heródoto, en el siglo V A.C, la escisión se practicaba entre los fenicios, los hititas y los etíopes.²

A mediados del siglo XIX el explorador inglés Richard Francis Burton observó que las mujeres somalíes poseían "un temperamento frío, resultado de causas naturales y artificiales" y escribió que "los musulmanes creen que este rito fue inventado por Sara, que

mutiló a Agar por celos, y luego Alá le ordenó que se circuncidara ella también". Además, en Somalia se cortaban los labios de la vulva y se cosían con hilo de cuero o crin de caballo para preservar la virginidad. Pero la costumbre es de procedencia incierta y se cree que este ritual de iniciación originalmente se practicaba en las niñas de algunos países de África, Oriente Medio y otros. Hay algunas versiones que afirman que comenzó en el antiguo Egipto y a partir de allí se extendió al resto del continente africano y, aunque se localiza sobre todo en la zona centroafricana, no se limita al continente africano, pues se observa también en varios países de Asia, Europa, Oceanía e incluso América.³

Los procedimientos conocidos como mutilación genital femenina se conocen como la cureta femenina hasta la década de 1980, cuando el término "mutilación genital femenina" entró en uso. El término fue adoptado en la Tercera Conferencia del Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niños en Addis Abeba, Etiopía, y en 1991, la OMS recomienda su uso a las Naciones Unidas. Desde entonces se ha convertido en el término dominante en la comunidad internacional y la literatura médica. Lewnes Alexia sostuvo en un informe de 2005 de UNICEF que la palabra "mutilación" diferencia el procedimiento de la cureta masculina y hace hincapié en su gravedad.⁴

La ablación o mutilación genital femenina (MGF), es definida por la OMS como todos aquellos procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales femeninos externos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, por motivos no médicos.⁵

La OMS estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres de todo el mundo han sido sometidas a uno de los tres primeros tipos de mutilación genital femenina. Las estimaciones basadas en los datos más recientes sobre prevalencia indican que 91,5 millones de mujeres y niñas mayores de 9 años en África padecen actualmente las consecuencias de la mutilación genital femenina. Se estima que en África 3 millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a la mutilación genital femenina cada año.⁶

Esta práctica es la más extendida y practicada dentro del grupo de costumbres tradicionales perjudiciales, ya que actualmente, estimaciones basadas en datos de prevalencia recientes, indican que 91,5 millones de niñas y mujeres por encima de 9 años de edad en África viven bajo las consecuencias de la A/MGF. También se estima que 3 millones de niñas en África corren el riesgo de someterse a la mutilación genital femenina cada año.⁷

A día de hoy, el contexto geográfico en el que se realiza la práctica de forma habitual abarca unos 28 países del África subsahariana, y es también habitual en algunos países de Oriente

Medio como Egipto, Yemen o los Emiratos Árabes. Asimismo, documentos recientes respaldan la hipótesis de que la A/MGF se realiza de forma habitual en el noreste de Sudáfrica.⁸

Del mismo modo, es necesario subrayar que como consecuencia de los movimientos migratorios, ha comenzado a afectar a países receptores de población procedente de estas zonas, como es el caso de España. Hecho que ha creado, en algunos sectores sociales y profesionales, la necesidad de aprender a abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas.⁹

La Mutilación Genital Femenina es una práctica cultural nociva, llevada a cabo en aproximadamente 40 países del mundo, siendo África el continente donde más extendida se encuentra, según la OMS, se practica en 30 países, en el Oeste, el Este y el Noreste de África (los países donde actualmente esta práctica se concentra son: Benín, Burkina Faso, Camerún, Chad, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Irak, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Yemen), en algunas partes de Oriente Medio, y en algunas comunidades de inmigrantes en Europa, Norteamérica y Australasia, que vulnera los derechos humanos de mujeres y niñas y que tiene sus raíces en la desigualdad de género, siendo considerada, además, una forma de violencia contra las mujeres.¹⁰

En Guinea Bissau la Práctica de la Mutilación Genital Femenina está presente por todo el país, a causa de la convivencia hoy en día de los grupos que componen el territorio. Pero esta, está más presente, mayoritariamente, en las zonas habitadas por los grupos Islamizados del país que son: la zona Este concretamente en la regiones de (Bafata y Gabu) que están habitadas en -mayor parte por los grupos Fulas, Mandingas, Padjadincas, Djacancas y Saracules; la zona norte, concretamente la región de Oio habitada también por los Oincas y Mansoncas Garandis (grupos animistas convertidos al Islamismo) y en la región de Cacheu al norte de la región de los grupos Casangas e Balanta Manes (grupos animistas que se convirtieron al islamismo). En cuanto a los grupos practicantes de la MGF y en la zona sur concretamente en la regiones de Quinara e Tombali, con grupos Beafadas, Fulas, Tandas, Sussos y Nalus, en cuanto a grupos practicantes en el sector Autónomo de Bissau con una gran mezcla de grupos étnicos y más donde los grupos practicantes de la MGF son hoy en día mayoritarios. Más de 700 tabancas de las distintas regiones han declarado y firmado el abandono de la mutilación

genital femenina. Esta es una señal de que los tiempos están cambiando y de que hay un camino a seguir para los derechos humanos y el desarrollo de las personas y del país. Médicos y enfermeras, maestros y educadores, abogados y jueces, políticos y muchas asociaciones nacionales han recibido capacitación sobre la mutilación / ablación genital femenina y son esenciales para su prevención y abolición de conformidad con los derechos humanos del niño y la legislación nacional. Líderes religiosos y comunitarios, imanes, jefes de tabancas, líderes tradicionales, fanatecas y ex-fanatecas, grupos de mandjuandades, periodistas, prensa escrita y animadores radiales son socios activos en la lucha por el abandono de la MGF y todas las formas de violencia de base sobre género y promoción de los derechos humanos en Guinea Bissau. Stands juveniles, asociaciones de padres y tutores, asociaciones de vecinos, jóvenes, mujeres emprendedoras y muchos más son voces por el abandono de las prácticas nocivas. La práctica se lleva a cabo por algunas comunidades que creen reducir la libido de una mujer. Según los datos proporcionados por el comité nacional para el abandono de prácticas tradicionales nocivas para la salud de mujeres y niñas en Guinea Bissau esta práctica se observa en siete regiones: Cacheu, Gabú, Bafatá, Oio, Quinará, Tombalí y Sector Autonomo de bissau, con más prevalencia en las regiones de Oio y Gabú.¹¹

Si bien los datos sobre prevalencia recogidos en el último decenio muestran pocos cambios en la frecuencia de la mutilación genital femenina (MGF), sí que revelan varias tendencias. Posiblemente como resultado de la insistencia en las repercusiones negativas de la MGF en la salud, ha habido un aumento drástico en la proporción de operaciones de MGF practicadas por personal sanitario formado. En la actualidad, el 94% de las mujeres en Egipto organizan para sus hijas esta forma «medicalizada» de MGF, 76% en el Yemen, 65% en Mauritania, 48% en Côte d'Ivoire y 46% en Kenya. Este enfoque puede reducir algunas de las consecuencias inmediatas del procedimiento (como el dolor y las hemorragias), pero, como señalan la OMS y UNICEF, también tiende a eclipsar la vulneración que supone para los derechos humanos y puede obstaculizar la búsqueda de soluciones sostenibles para poner fin a la práctica. En algunos países se ha registrado también un descenso de la edad a la que se somete de media a una niña al procedimiento. Esto podría ser en cierta medida consecuencia de la legislación contra la MGF: cuanto menor es la niña, más fácil es eludir el control judicial. Otro posible efecto adverso de la legislación es, como sucede a menudo con el aborto, la tendencia a empujar la práctica de

la MGF a la clandestinidad o a alentar un movimiento transfronterizo de mujeres de un país en el que la práctica es ilegal a un país vecino que la permite.¹²

La principal pregunta a realizar es ¿cómo es posible que en pleno siglo XXI aún tenga lugar una práctica tan ancestral? Aún cuando se ha comprobado todas las complicaciones que esta puede tener. Demostrándose así que el arraigo cultural se impone sobre cualquier fundamento científico. La importancia de profundizar en este tema está dada principalmente en que es una práctica que atenta contra la integridad biopsicosocial tanto de mujeres como de las niñas, llegando a producir graves complicaciones tanto físicas como obstétricas y/o psicosociales. Es además una vulneración a la dignidad y los derechos humanos de las mujeres y las niñas, en tanto que transgrede su derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Donde con su existencia ayuda a la preservación de las relaciones de dominación-sumisión entre hombres y mujeres que rigen las sociedades patriarcales, tema tan controversial y arraigado. Comprendemos a su vez que el abordaje de la prevención de la A/MGF desde los servicios públicos de salud, en general, supone un importante y dificultoso reto, debido a las connotaciones culturales tan arraigadas que este tema tiene en los países donde aún se practican. En Guinea Bissau como país practicante a pesar de existir las leyes que ya prohíben la MGF, aún se continúa practicando en secreto. La presente revisión de la literatura relativa a la A/MGF, se realiza con objetivo de conocer y comprender la realidad compleja y subjetiva de la ablación/mutilación genital femenina.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos disponibles en la plataforma Infomed (Pubmed, EBSCO, Scielo) de 30 materiales científicos impresos y electrónicos relacionados con el tema, todos en el último quinquenio y utilizando los descriptores de búsqueda: mutilación genital femenina, tipos, complicaciones, factores de riesgos y prevención.

DESARROLLO.

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica cultural tradicional con fuertes raíces ancestrales, respaldada por un complejo sistema simbólico. Está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con los movimientos migratorios, lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre

otros). Se estima que a 200 millones de mujeres se les ha realizado una MGF y que 3 millones de niñas están en riesgo cada año (UNICEF, 2016). Se practica a niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación. En ocasiones, tiene lugar en el marco de un rito de paso de la infancia a la edad adulta, y supone un componente fundamental en el proceso de socialización infantil, esencial para la distinción entre mujeres y hombres: confirma la femineidad de las mujeres y otorga identidad étnica y de género. En este contexto, la MGF no se percibe como un maltrato en el ideario de las comunidades practicantes, tampoco como un resultado de las estructuras patriarcales de control sobre las mujeres, ni se relaciona. En África, se vincula con dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos. En algunas sociedades, la práctica sigue formando parte de ceremonias de iniciación a la edad adulta, influyendo directamente en la construcción de los roles y el estatus de las mujeres, otorgando identidad étnica y de género. Transmite un sentimiento de orgullo y de pertenencia al grupo, y se convierte en la prueba física que garantiza la femineidad de la niña y la obtención del conocimiento necesario para poder pertenecer a la comunidad y al mundo secreto de las mujeres.¹³

Elementos epidemiológicos de relevancia.

Algunos investigadores, demuestran que existen factores que conllevan a la génesis de la práctica de este procedimiento, entre ellos se destacan: la educación; se ha demostrado que cuanto mayor es el nivel educativo de las mujeres dentro de una comunidad, menor es el riesgo de que expongan a sus hijas para que se les practique la mutilación genital femenina. Otro es el lugar de residencia, donde la población que vive en el medio rural tiene unas tasas de prevalencia de la realización de la mutilación genital femenina más alta que las poblaciones que viven en el medio urbano. La edad sin dudas, es un factor determinante, debido a que la educación que se les está ofreciendo a las mujeres adultas y jóvenes que aún no han tenido ni hijos ni hijas está funcionando, ya que se está demostrando que los niveles de mutilación genital femenina han descendido en los grupos jóvenes con edades comprendidas entre 15-19 y 20-24 años. En África oriental y meridional se muestra cómo va descendiendo el porcentaje desde 52% en el grupo de edad de 45 a 49 años, hasta 34% en el grupo de edad entre 15 y 19 años. En cambio, en Oriente Medio y África del Norte la prevalencia ha descendido muy poco, situándose los datos de la siguiente manera: en primer lugar se encuentran con un total de 86% de la población femenina mutilada

genitalmente el grupo de edad entre 45 y 49 años, seguido con 85% los grupos de edad entre 40 y 34 años, para terminar en 80% en el grupo de edad entre 15 y 19 años. En los hogares cuyo nivel de riqueza es mayor el índice de ablación es menor que en los hogares pobres. Las creencias religiosas constituyen también elementos de importancia, siendo el argumento más significativo desde el punto de vista fáctico por las cuales las mujeres se practican el proceder.¹⁴

Hay varias razones citadas para la comunidad de práctica de escisión. Las justificaciones señaladas por las comunidades practicantes varían varias veces de una comunidad a otra. Las razones más mencionadas por las comunidades que la practican en Guinea Bissau son las Socioculturales, espirituales y religiosas y psicosexuales.¹⁵

Razones Socioculturales:

Algunas comunidades, como las comunidades de practicantes en Guinea Bissau, creen que la extracción del clítoris es esencial para que la niña se convierta en mujer y en miembro de pleno derecho de su propia comunidad. Sólo así podrá adquirir el derecho a asociarse con otras mujeres de su edad y podrá participar en todos los rituales que le dejaron sus antepasados. También se cree que la práctica de la escisión asegura la virginidad, que es un requisito previo para el matrimonio, así como el honor y el linaje familiar. La sociedad donde existen estas prácticas son sociedades predominantemente patrilineales en las que el acceso de las mujeres a la propiedad de la tierra, la seguridad y otros están garantizados a través del matrimonio. Solo las mujeres extirpadas son elegibles para el matrimonio en estas comunidades. En algunas comunidades, la escisión es un ritual de paso a la edad adulta.¹⁶

En las comunidades donde existen estas prácticas, las niñas y mujeres generalmente sufren la presión social de sus pares y familiares de los mismos pares por lo que se someten a la práctica a menudo son amenazadas con el rechazo del grupo o la familia si no siguen la tradición en todo. Sobre la pareja, esta situación hace que muchas veces en nuestro país mujeres que no forman parte de la comunidad practicante pero que se casan con maridos de las comunidades practicantes acaben sometiéndose a la práctica.¹⁷

La fanateca (mujer que realiza el acto de escisión y generalmente es una mujer muy respetada en esa comunidad porque además de la práctica dirige casi todos los rituales de la comunidad y en la mayoría de los casos también es matrona en la misma comunidad ella también gana algo de dinero realizando la práctica porque ser una persona influyente suma a otros beneficios el mantenimiento de la práctica y su interés personal. En la labor de luchar

por abandonar la práctica, los animadores se enfrentan a ciertas posiciones de la comunidad así como de los fanatecas afirmando que viven de esta práctica y si la dejaron no podrán vivir.¹¹

Razones espirituales y religiosas.

Algunas comunidades donde se practica la escisión han creído que la extirpación de los genitales femeninos externos es un requisito de la religión que garantiza que las niñas deben ser espiritualmente puras para practicar la religión. En la práctica de comunidades islamistas, como en Guinea Bissau, se cree que esta práctica es una recomendación del islam, por lo que su cumplimiento es un deber de toda mujer perteneciente a la comunidad islámica.¹⁸

En Guinea, los líderes religiosos islámicos han sumado su voz a la de otros a nivel internacional, declarando el 6 de febrero de 2013 que esta práctica no es una recomendación coránica.¹⁹

Psicosexuales

Las comunidades evocan la continuidad de la práctica de la escisión, creen que una niña injustificada tiene un impulso sexual excesivo e incontrolable que será responsable de la pérdida prematura de la virginidad, deshonor para la familia y amenaza para todos los hombres de esa comunidad.²⁰

La falsa creencia es que un clítoris sin cortar crecerá hasta el punto de aumentar la presión sobre el órgano sexual, que será responsable de un intenso deseo sexual. Algunas comunidades todavía piensan que la pequeña apertura y el estrechamiento del orificio vaginal resultante de la infibulación aumentan el placer sexual masculino y previene el divorcio o la infidelidad. En ciertas comunidades se cree que la infertilidad se resuelve con la mutilación de los genitales de una mujer que no puede concebir.²¹

Mutilación femenina y religión.

No se puede establecer una religión única, la práctica de la mutilación genital femenina es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los musulmanes. Existen países que aunque tengan una tasa baja de realizar esta técnica predominan los cristianos en su práctica (Kenya y Nigeria). No obstante, la mutilación genital femenina ha adquirido una dimensión religiosa.¹⁶

Todos los hombres musulmanes están circuncidados, al igual que los judíos, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. La circuncisión femenina es una sunna, es

decir, forma parte de la tradición y solo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Es importante resaltar que se trata de una práctica preislámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella, pero algunos hadith (proverbios atribuidos al profeta Mahoma) se refieren a ella. Así por ejemplo, en respuesta a una pregunta que le formuló Um Attiyah (practicante de la mutilación genital femenina), el profeta dijo: "Reduce pero no destruyas", a diferencia de la Biblia, que sí lo hace para los hombres, en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Éxodo, etcétera). Lo que en el caso de los hombres corresponde a una obligación del Islam, en las mujeres corresponde a una obligación social, como lo demuestra la infibulación entre las mujeres judías falashas de Etiopía o entre las cristianas coptas de Egipto.²²

Cogniciones históricas y actuales para la mutilación genital femenina.

La Organización Mundial de la Salud y otras fuentes ofrecen una lista de razones y/o factores de riesgos que motivan a la familia para realizar la mutilación genital femenina:

- Puede asegurar la virginidad (mantener la castidad antes del matrimonio).
- Puede asegurar la fidelidad durante el matrimonio.
- Puede aumentar el placer sexual masculino.
- Puede asegurar o aumentar la fertilidad.
- Puede asegurar el futuro económico y social de las hijas.
- Evita que el clítoris crezca tanto como el pene.
- Por la reducción o eliminación de los genitales femeninos, se reduce los deseos sexuales de las mujeres.
- Los genitales femeninos se consideran tanto sucios como que no se deben ver.
- Puede mantener a la mujer limpia y más higiénica.
- Es un importante ritual y parte de la iniciación de las jóvenes a la vida adulta.
- Es una tradición, parte de nuestra herencia cultural.
- Es un mandato religioso, aunque esta práctica es más antigua que el Cristianismo y el Islamismo.
- Para algunas sociedades una mujer no es pura hasta que ha sido mutilada.
- Nace endemoniada y es necesario para quitarles el mal.²³

Tipos de mutilación genital femenina.

La Organización Mundial de la Salud distingue, básicamente, cuatro modalidades distintas relacionadas con la misma:

- Tipo I, extirpación del prepucio, con o sin extirpación total o parcial del clítoris.
- Tipo II, escisión del clítoris acompañada de la extirpación total o parcial de los labios menores.
- Tipo III, extirpación del clítoris, junto con la del resto de los genitales externos y suturación de la vagina, se deja un mínimo orificio para la salida de la orina y el flujo menstrual. Esta modalidad, denominada circuncisión sudanesa o faraónica (infibulación), es la más traumática y de consecuencias más graves para la salud de la mujer.
- Tipo IV en el que se incluyen prácticas lesivas más variadas como pinchazos, perforaciones, incisiones y estiramientos del clítoris y/o los labios; quemaduras del clítoris y tejidos circundantes, introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina que provocan erupciones y quemaduras; abrasión de la piel circundante al orificio vaginal y cortes de la vagina.²⁴

Efectos para la salud más frecuentes.

La A/MGF suele implicar una serie de pérdidas de salud reproductiva, física, psíquica y social de las mujeres. Las complicaciones asociadas a la A/MGF, se pueden clasificar en:

1. Físicas (inmediatas y largo plazo).
2. Obstétrico-ginecológicas.
3. Psico-sociales.
4. Sexuales.

1. Físicas.

Utilizaremos el término complicaciones físicas para designar a todas aquellas complicaciones asociadas a problemas puramente orgánicos asociados a la A/MGF, exceptuando a las pertenecientes a la categoría de obstétrico-ginecológicas. Dentro de las complicaciones físicas diferenciaremos entre inmediatas y a largo plazo.

Inmediatas

Hablaremos de complicaciones inmediatas cuando aparezcan entre el momento en el que se realiza el corte y diez horas después. Podemos encontrar:

- *Hemorragia*: es una de las complicaciones más comunes. Se trata del sangrado excesivo de la zona perineal como consecuencia de la ejecución del corte. La zona perineal es una región muy vascularizada y por ende la sección de la zona puede producir un sangrado profuso inmediato, como consecuencia de la sección arterial (arteria clitoridea) y venosa, o secundario al desprendimiento de un coágulo.²⁵

- *Anemia aguda posthemorrágica*: se trata de un síndrome caracterizado por la disminución del nivel de hematocrito por debajo de parámetros normales a consecuencia de la pérdida de sangre resultante de la A/MGF.²⁶

- *Shock*: existe una gran variedad de shocks relacionados con la A/MGF, entre ellos encontramos: el hipovolémico hemorrágico, como consecuencia del sangrado profuso que produce el corte; distributivo séptico, provocado por la pérdida masiva de líquido causado por la acción de potentes endotoxinas; y neurogénico causado por dolor agudo provocado por la incisión en la zona genital.²⁶

- *Dolor intenso*: la gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región genital y el deficiente uso, en ocasiones nulo, de medidas anestésicas, hace que el corte provoque un fuerte dolor en la zona que irá disminuyendo durante el período de curación. Como podemos leer en el apartado anterior, el dolor puede llegar a ser tan importante que puede derivar en un shock neurogénico.²⁷

- *Infección*: las invasiones por microorganismos patógenos derivadas de la A/MGF vienen determinada por las precarias condiciones de asepsia utilizadas en este tipo de intervenciones. Así podemos encontrar desde una simple infección local hasta una septicemia que ocasione la muerte de la mujer. Según un estudio de Adriana Kaplan en 2011, de las complicaciones inmediatas asociadas a los tres tipos de A/MGF estudiados, la infección, es la más común junto a la hemorragia y la anemia. Las complicaciones potencialmente asociadas a la infección provocada por la A/MGF son: tétanos, enfermedades de transmisión sanguínea VIH/SIDA y hepatitis B y C, como consecuencia de la utilización del mismo material sin esterilizar para diferentes intervenciones en distintas niñas o mujeres. Cistitis o infecciones de la mucosa uretral, vulvovaginitis y septicemia.²⁵

- *Lesiones en tejidos periféricos*: como consecuencia de la dificultad de sujeción de las niñas/mujeres debido al intenso dolor, unido a la habilidad y destreza de la persona encargada del corte puede provocar lesiones en la uretra, vagina, perineo y/o ano.²⁸

- *Retención urinaria*: que puede aparecer a consecuencia al dolor intenso que se produce con la micción o derivado de una inflamación secundaria a una lesión en el conducto uretral.²⁸

- *Muerte*: se puede dar como consecuencia de una complicación asociada a otros problemas relativos a la A/MGF.²⁷

A largo plazo

Consideraremos como complicaciones a largo plazo aquellas que aparecen en un período de tiempo superior a las diez horas transcurridas desde la operación. En algunos casos, los problemas a medio y largo plazo son consecuencia de complicaciones previas que no se han curado o que lo han hecho de una forma inadecuada. Las más características son:

- *Anemia severa*: la hemorragia producida por la A/MGF unida a situaciones de anemia hereditaria y malnutrición pueda llegar a provocar anemias severas.

- *Cicatrización anormal*:

- *Fibrosis*: formación patológica de tejido fibroso en los genitales, debido a una cicatrización anormal o cicatrización limitada al sitio de los cortes.

- *Queloides*: lesiones de la piel formadas por crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión cutánea.

- *Sinequia*: adherencia y fusión anormal que puede ser parcial o total, de los labios mayores o menores.

- *Rotación de los tejidos*: debido a la pérdida de tejido por una cicatrización anormal y por la retracción de la piel de la zona.

- *Incremento de la vulnerabilidad hacia enfermedades de transmisión sexual (ETS)*. Las condiciones antihigiénicas en las que se suele realizar la práctica; la utilización de cualquier objeto corto-punzante, sin cambiar de una niña a otra de instrumento, y el aumento de la posibilidad de generar heridas por fricción a la hora de la penetración, son varios de los factores que generan un aumento de la vulnerabilidad hacia las ETS.²⁹

- *Infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU)*: los cambios anatómicos que provoca la A/MGF en la vagina y conductos urinarios pueden conducir a problemas en la micción, como dificultad en el vaciamiento de la vejiga debido a la estenosis y/o micción dolorosa, lo que favorecerá la proliferación de microorganismos y como consecuencia infecciones recurrentes del tracto urinario.

- *Fístulas vésico-vaginales y recto vaginales*: en las mujeres "cortadas" se suelen dar como consecuencia de una infección que evoluciona a un absceso y progresivamente a una

fístula. También pueden ocasionarse por un acontecimiento traumático durante la intervención.

- *Dismenorrea secundaria*: trastorno menstrual caracterizado por dolores menstruales severos asociados a alguna complicación de la A/MGF.

Todas las complicaciones anteriormente citadas son comunes a los tres principales tipos de A/MGF, clitoridectomía, escisión e infibulación. La infibulación, al ser la modalidad de A/MGF más cruenta tendrá también una serie de complicaciones añadidas, resultado de la obstrucción mecánica creada por la cicatriz que cubre la uretra y la vagina⁽¹⁴⁾, algunas de ellas son:

- *Dismenorrea grave*: por la obstaculización del flujo menstrual debido a la angosta salida que queda tras la infibulación.

- *Estenosis introito vaginal y vagina* como consecuencia de adherencias vulgares.

- *Hematocolpos y hematometra*: si como consecuencia de la intervención se deja la apertura vaginal demasiado estrecha en una mujer virgen se puede crear una acumulación de sangre menstrual en la vagina y en la cavidad uterina.

- *Infecciones pélvicas crónicas*.

- *Dificultades a la hora de orinar* por la estenosis vaginal creada por la intervención, que puede dar lugar a un estancamiento de la misma tras la cicatriz y crear pequeñas piedras y quistes sebáceos.

2. Obstétrico-ginecológicas.

- *Complicaciones sexuales*: cualquier tipo de MGF interfiere de alguna forma en la respuesta sexual, aunque no suprima necesariamente la posibilidad de placer y orgasmo, ya que también interfieren otros factores. Puede aparecer dispareunia, disminución del deseo sexual, anorgasmia y modificación de la sensibilidad sexual.³⁰

En 2006, la OMS realizó un extenso estudio prospectivo sobre un total de 28.393 mujeres, de seis países africanos (Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Senegal, Sudán y Kenya), que habían sufrido alguno de los tipos de A/MGF. Este estudio permitió corroborar la existencia de una mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, en el momento del alumbramiento y en el puerperio en mujeres que han sufrido esta práctica comparadas con las que no la han sufrido. En el estudio también destacan que las complicaciones se dan mayoritariamente en mujeres a las que se les ha practicado la escisión (tipo II) y la

infibulación (tipo III). En el estudio se destacaron las siguientes complicaciones obstétrico-ginecológicas:

- Una mayor necesidad de realizar cesárea en el parto y a su vez un mayor índice de hemorragias postparto.
- Una mayor probabilidad de permanecer hospitalizadas durante un tiempo más prolongado que las mujeres que no han sufrido A/MGF.
- Aumenta el número de episiotomías. La episiotomía es una incisión quirúrgica lateral o medial del periné, que se realiza antes de la expulsión de la cabeza del feto, con la finalidad de facilitar la salida del mismo evitando así desgarros en la zona perineal.
- Aumento de la tasa de mortalidad materna.
- El número de neonatos que necesitan reanimación justo después del parto es significativamente más elevado cuando la madre ha sufrido A/MGF.
- La mortalidad perinatal es más elevada en hijos e hijas cuyas madres han sufrido A/MGF del tipo II y III; pudiéndosele atribuir el 22% de las muertes perinatales de estos/as recién nacidos/as a mujeres con A/MGF.³¹

3. Psicosociales.

Conocer científicamente los efectos psicológicos derivados de la A/MGF entraña una mayor dificultad que los físicos. Por ello, para explorar dichos efectos debemos nutrirnos de las experiencias personales de las mujeres afectadas que se atreven a facilitarnos sus vivencias personales de lo sufrido. Así, pese a la falta de pruebas científicas, los relatos personales de mujeres a las que se les ha llevado a cabo la A/MGF revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, los cuales probablemente tendrán consecuencias negativas a largo plazo. Cabe mencionar que los expertos coinciden en que la realización de la práctica unida a todos estos sentimientos, perfilan una personalidad en las mujeres definida como “tranquila” y “dócil”, que se traduce en un comportamiento sumiso y obediente considerado como un aspecto positivo de las mujeres en la mayoría de las sociedades donde está afianzada esta práctica, pues hace a las mujeres más “casaderas” por su sometimiento al hombre. Existen unas series de complicaciones psicológicas que se pueden desenlazar a largo

plazo como:

1. Depresión, terror (terrores nocturnos), miedo.
2. Confusión y sentimientos de contradicción.

3. Miedo al rechazo de su grupo social o étnico.
4. Miedo a las primeras relaciones sexuales o el parto.
5. Sentimiento de culpa de madres mutiladas.
6. Efectos sobre la sexualidad masculina (poligamia masculina, búsqueda de otras compañeras sexuales).²

4. Sexuales.

Durante la primera relación sexual, la falta de una educación sexual apropiada y, en los casos de escisión e infibulación, la estenosis del introito vaginal producida por la presencia del tejido fibroso y sin elasticidad consecuencia del proceso de cicatrización, puede ocasionar que el momento del coito sea difícil, traumático y muy doloroso. Por lo tanto, el primer acto sexual sólo puede realizarse tras la dilatación gradual y dolorosa de la pequeña abertura que queda tras la práctica, siendo necesario en algunos casos, la realización de una incisión previa o des-infibulación. El dolor durante el coito o dispareunia, no sólo estará presente en la primera relación sexual sino que es posible que se mantenga presente en posteriores penetraciones debido a la poca flexibilidad del tejido cicatricial o a infecciones vaginales recurrentes secundarias. Este dolor puede provocar cierto grado de fobia sexual y trastornos de la excitación. Otra complicación que podemos encontrar en las mujeres que han sufrido A/MGF es el vaginismo, como consecuencia de la dispareunia, y la frigidez asociada con molestias producidas por una infección del conducto urinario o de la vagina. secundaria a dicha práctica, o a conflictos psicológicos relacionados con las fobias sexuales que causan las penetraciones dolorosas. En cuanto al placer sexual en estas mujeres puede permanecer intacto, aunque en un gran número de casos suele estar disminuido o abolido. La extirpación de zonas erógenas de gran importancia en la sexualidad femenina, como el clítoris y labios genitales, el tejido cicatricial consecuente y las fobias asociadas al dolor, son algunos de los factores que pueden afectar a la capacidad de excitación y de sentir placer con el coito en estas mujeres. Pueden incluso darse casos de anorgasmia (imposibilidad de sentir placer).²⁵

Leyes en Guinea Bissau que prohíben la MGF.

Estado actual de la lucha (Ley 14/2011 de 06 de julio) el marco legal y político para la práctica de la escisión / MGF. El contexto internacional, regional y nacional ofrece un marco legal y político al que podemos recurrir para llevar a cabo un enfoque de lucha contra la

escisión / MGF basado en la ley. La mayoría de los estados democráticos tienen una constitución que garantiza sus derechos fundamentales. Guinea Bissau no es una excepción a esta regla, como cualquier otro estado democrático, tiene una constitución que es la base de todas las leyes nacionales. En uno de sus artículos se puede leer: "Todos los guineanos nacen libres e iguales ante la ley". Para dar respuesta a esta desigualdad, los diputados de la nación, aprobaron el 6 de junio de 2011, la legislación / ley que prohíbe la práctica de la escisión en Guinea Bissau, para practicar este acto directamente (fanatecas, familias del niño que solicitó la práctica, y otros participantes en el proceso de corte) o indirectamente ("los djidius", bailarines, vecinos que están al día y que no informaron antes y después de la práctica) en los términos del párrafo g) del artículo 86 * de la Constitución de la República de Guinea Bissau lo siguiente:

- Artículo 3 -Prohibición de la escisión.

1- La práctica de la escisión femenina está estrictamente prohibida en todo el territorio de Guinea Bissau.

- Artículo 4 - Sanción

1- Cualquiera que, por el motivo que sea, realice la escisión femenina en una de sus diversas formas (clitoridectomía, escisión, incisión, infibulación) con o sin el consentimiento de la víctima, es sancionado con pena de prisión de 2 a 6 años.

- Artículo 5 - Escisión en menores

1-La escisión practicada a menores se sanciona con pena de prisión de 3 a 9 años.

- Artículo 8 - Omisión de asistencia y denuncia.

2- Todo aquel que por la naturaleza de sus funciones tenga conocimiento de la práctica de la escisión tiene el deber de denunciarlo a la policía judicial, al ministerio público o a la policía de orden público.

La infracción a lo dispuesto en el párrafo anterior se sanciona con multa de 500.000 XOF a 2.500.000 XOF. ¹¹

CONCLUSIONES.

La Mutilación Genital Femenina es una práctica cultural nociva, llevada a cabo en aproximadamente 40 países del mundo, siendo África el continente donde más extendida se encuentra.

En Guinea Bissau esta práctica se observa en siete regiones siendo las regiones de Oio y Gabú las de mayor prevalencia.

Los principales factores que influyen a realizar dicho procedimiento son: culturales, religiosos y sociales.

Las personas con menor nivel educacional, niñas que sus madres han practicado, niña Islámica, niñas que nacieron en zonas habitadas por los grupos practicantes, personas que viven con fanateca, niñas de menor edad son las de mayor riesgo.

Las consecuencias sobre las mujeres, derivadas de esta práctica y descritas por la bibliografía, abarcan una amplia gama de complicaciones que van desde las físicas hasta las psicosociales, pasando por las obstétricas y las sexuales. Atentando de esta forma contra la integridad bipsicosocial de las mujeres y niñas a las que se le realiza esta práctica. A pesar de la existencia a nivel mundial y específicamente en Guinea Bissau de leyes que prohíben esta práctica, aún se continúa realizando en secreto, lo que imposibilita su registro real.

Referencias bibliográficas:

1. UNICEF. Día Mundial de Tolerancia Cero a la Mutilación Genital Femenina. 2009. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: <http://www.enredate.org/cat/dia-mundial-de-tolerancia-cero-a-la-ablacion-mutilacion-genital-femenina>.
2. García MP, Funes C, Gómez-Angulo P. Manual de prevención de la mutilación genital femenina. Buenas Prácticas. Madrid, 2014.
3. OMS. Mutilación genital femenina. Nota descriptiva N° 241. (Consultado el 25/03/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>.
4. Ablación o Mutilación Genital Femenina. 2012. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: <http://edukavital.blogspot.com/2012/11/ablacion-o-mutilacion-genital-femenina.html>.

5. WHO. Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. (Monography on the Internet). Geneva: World Health Organization, 2008 (Accessed December 8, 2011). Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442eng.pdf>
6. Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration. Nueva York, NY: UNICEF, 2005
7. Bénédicte, Lucas. La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación (Tesis), Madrid: Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de Las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid; 2007.
8. Kitui, Barbara. Female genital mutilation in South Africa. 2012 June 7. (Accessed June 13, 2012). In: Afric Law. Advancing the rule and role of law in Africa (internet- Blog). Available at: <http://africlaw.com/2012/06/07/female-genital-mutilation-in-south-africa/>
9. Kaplan Marcusan, Adriana y López Gay, Antonio. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009 (Monografía en Internet). Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 2010 (Acceso el 28 de noviembre de 2010). Disponible en: <http://publicacions.uab.es/pdfllibres/AAP0001.pdf>
10. Torres ME. La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado. Universidad de Almería. (Citado 26 abril 2019). Disponible en: <http://www.uv.es/cefd/17/torres.pdf>
11. Estratègia Nacional para abandonar da prática de excisao na Guiné Bissau 2010-2017.
12. Yoder PS, Abderrahim N, Zhuzhuni A. *Female genital cutting in the Demographic Health Surveys: a critical and comparative analysis*. Calverton, MD: ORC Marco; 2004 (Informe comparativo nº 7 del programa DHS).
13. Kaplan, A., Perez Jarauta, M.J. (2006) (Coord.) Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció. Guia per a professionals. Barcelona: Institut Català de la Salut.

14. De Arriba Y. Mutilación genital femenina: una forma de violencia contra la mujer socialmente aceptada. [Tesis en opción al grado de Máster] 2010. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/80244/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_ArribaGonzalez_Y.pdf
15. Declaração conjunta das agencias do sistema das Nações Unidas contra Mutilação Genita Feminina, 2018.
16. Trabalho apresentado por Fatumata djau Baldé, no encontro Nacional sobre a MGF UNICEF e IMC 2018.
17. Agirregomezkorta R, Fuertes I. La ablación o mutilación genital femenina. Guía Práctica. Ed Paz y Desarrollo ONGD. (Citado 21 abril 2016). Disponible en: http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf
18. Perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde Enfermería. Recuperado el 16 de Febrero de 2018, de Digitum: Biblioteca universitaria: <https://digitum.um.es/xmlui/simple-search?query=mutilaci%C3%B3n+genital+femenina>
19. Declaração conjunta das agencias do sistema das Nações Unidas contra Mutilação Genita Feminina, 2018.
20. Female Genital mutilation/cutting: A Global Concern UNICEF, Nueva York 2016.
21. Torres ME. La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado. Universidad de Almería. (Citado 26 abril 2019). Disponible en: <http://www.uv.es/cefd/17/torres.pdf>
22. Universidad Autónoma de Barcelona. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/manual.professionals.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%

23. OPS/OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. Washington, DC: 2013. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23949&Itemid=270&lang=es
24. Universidad Autónoma de Barcelona. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. (Citado 26 abril 2015). Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/manual.professionals.pdf?iframe=true&width=100%&height=100
25. Kaplan, Adriana; Hechavarría, Suiberto; y Bonhoure Isabelle. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health* (Journal on-line). 2011 (Accessed December 8, 2011); 8(26): 1-6. Available at: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/26>
26. Kaplan Marcusan, Adriana; Torán Monserrat, Pere; Bedoya Muriel, María Helena; Bermudez Anderson, Kira; Moreno Navarro, Juani; y Bolibar Ribas, Bonaventura. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Aten. Primaria* (Journal). 2006 (Acceso el 4 de enero de 2012); 38(2):122-6. Disponible en: <http://www.mgf.uab.es/docs/MGFAAtencionPrimaria.pdf>
27. Ramírez Crespo, M^a Victoria y Carmona Rubio, Ana Belén (coord.), *La MGF en España. Prevención e intervención* (Monografía en Internet). Madrid: UNAF; 2012 (Acceso el 12 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.africafundacion.org/IMG/pdf/MGFenEspanaGuiadeprofesionales.pdf>
28. Medicusmundi Andalucía. Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud (Internet). Granada: Grupo Editorial Universitario, 2008 (Acceso el 22 de noviembre de 2011) Disponible en: <http://www.luchamgf.org/libro.pdf>
29. Kaplan, Adriana; Hechavarría, Suiberto; y Bonhoure Isabelle. "Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action." *Reproductive Health*

[Journal on-line]. 2011 [Accessed December 8, 2011]; 8(26): 1-6. Available at: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/26>

30. Médicos del Mundo (2016). Plan Estratégico de Médicos del Mundo 2016-2022. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/plan-estrategico-2016-2022-medicos-del-mundo>
31. Almroth, Lars; Bedri, Hibba; El Musharaf, Susan; Satti, Alia, Idris, Taysser; Hasmin, M SIR K; et al. "Urogenital Complications among Girls with Genital Mutilation: A hospital-Based Study in Khartoum." *African Journal of Reproductive Health* [Journal on-line]. 2005 [Accessed December 8, 2011]; 9(2): 118-123. Available at: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3583468?uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21100773819181>