

Original

La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia



Carmen Ballesteros Meseguer^{a,*}, Pilar Almansa Martínez^b,
María del Mar Pastor Bravo^b e Ismael Jiménez Ruiz^b

^a Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de noviembre de 2013

Aceptado el 17 de febrero de 2014

On-line el 25 de marzo de 2014

Palabras clave:

Circuncisión femenina
Salud reproductiva
Investigación cualitativa
Identidad de género
Derechos humanos

R E S U M E N

Objetivo: Explorar las percepciones de un grupo de mujeres sometidas a mutilación genital femenina sobre el impacto de esta práctica en su salud sexual y reproductiva.

Material y método: Estudio cualitativo de tipo fenomenológico. La muestra está formada por nueve mujeres, cuya media de edad es de 30 años, residen en España entre 1 y 14 años, y proceden de África subsahariana, que fueron sometidas a mutilación genital en sus países de origen. Para la recopilación de datos se ha aplicado un cuestionario sociodemográfico y una entrevista personal estructurada, en profundidad. Posteriormente se ha realizado un análisis temático del discurso.

Resultados: Los discursos se han agrupado en cuatro categorías relativas a la percepción sobre la mutilación genital femenina, las relaciones de pareja, el embarazo y el parto, y la repercusión social.

Conclusiones: La mutilación genital femenina es una práctica que las mujeres mantienen debido a la presión sociofamiliar, que se transmite de generación en generación y que es silenciada por las propias mujeres. Esta práctica afecta a su salud sexual y reproductiva, debido a la anorgasmia y la dispareunia que comporta. Se sienten satisfechas con la asistencia sanitaria recibida durante el embarazo y el parto, pero se identifica una planificación familiar insatisfecha en la mayoría de ellas.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To explore the perceptions of a group of women who underwent female genital mutilation on the impact of this practice on their sexual and reproductive health.

Methods: We performed a phenomenological qualitative study in a sample of 9 sub-Saharan Africa women, whose mean age was 30 years old and who had lived in Spain for 1 to 14 years. These women underwent genital mutilation in their countries of origin. Data was collected using a socio-demographic survey and an in-depth, structured personal interview. Subsequently, we performed a thematic discourse analysis.

Results: The discourses were grouped into four categories related to participants' perceptions of female genital mutilation. These categories were intimate relationships, pregnancy, childbirth, and social impact.

Conclusions: The practice of female genital mutilation is maintained due to social and family pressure, transmitted from generation to generation and silenced by women themselves. This practice affects their sexual and reproductive health, as demonstrated by anorgasmia and dyspareunia. The women were satisfied with the healthcare received during pregnancy and childbirth. Nevertheless, most of them were not satisfied with family planning.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Circuncision
Female
Reproductive health
Qualitative research
Gender identity
Human rights abuses

Introducción

La mutilación genital femenina es considerada una forma de violencia contra la mujer y una violación de los derechos humanos. Diferentes organismos de Naciones Unidas (UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM) publicaron de manera conjunta la *Estrategia Global contra la Mutilación Genital Femenina*¹. Según

este documento, la mutilación genital femenina «comprende todos los procedimientos quirúrgicos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo, u otro tipo de lesiones, en los órganos genitales de la mujer por razones culturales o no terapéuticas de otro tipo» (tabla 1). El texto subraya la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario en las acciones dirigidas a erradicarla, incluyendo a diferentes profesionales de la salud.

Se entiende la mutilación genital femenina como una práctica tradicional que atenta contra la integridad de la mujer y perjudica gravemente la salud física, psicológica y social de millones de mujeres y niñas que viven o proceden principalmente de 28

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carmenbm@um.es (C. Ballesteros Meseguer).

Tabla 1
Tipos de mutilación genital femenina según la Organización Mundial de la Salud

Tipos	Descripción
I	Clitoridectomía Eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris.
II	Escisión Ablación del clítoris total o parcial y de los labios menores, dejando los labios mayores intactos.
III	Infibulación Extirpación del clítoris, los labios menores y los labios mayores, y sutura de ambos lados de la vulva. Se deja una pequeña abertura posterior para la evacuación de la orina y del flujo menstrual.
IV	Prácticas de gravedad variable sobre el área genital: <i>piercing</i> , <i>dry sex</i> , <i>stretching</i> , cauterización del clítoris. Cualquier otra práctica o manipulación del área genital realizada sin finalidad terapéutica.

Fuente: Kaplan A, Torán P, Bedoya MH, et al. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Atención Primaria. 2006;38:122-6.

países de África subsahariana, con distinta prevalencia según las etnias².

Debido a la migración, muchas mujeres que fueron mutiladas en sus lugares de origen residen ahora en nuestro país y constituyen una proporción significativa de la población. España ha recibido unas 40.000 personas provenientes de África subsahariana³. A fecha de 1 de enero de 2013, en la Región de Murcia residían 7241 personas regularizadas procedentes de estos países promutilación, de las cuales 1195 son mujeres⁴.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2008), cada año tres millones de niñas corren el riesgo de ser objeto de mutilación genital. Las graves consecuencias que ello tiene para la salud van desde las complicaciones inmediatas (fuertes dolores, *shock*, hemorragia, tétanos, septicemia, retención de orina, ulceración genital y lesión de los tejidos genitales adyacentes) hasta problemas a largo plazo, entre ellos mayor riesgo de morbilidad materna, infecciones recurrentes de la vejiga y las vías urinarias, quistes, esterilidad y consecuencias psicológicas y sexuales nocivas, así como mayor riesgo de mortalidad neonatal en los hijos de mujeres que fueron mutiladas en su infancia⁵.

La mujer inmigrante que llega a España trae consigo su cultura, sus prácticas y sus costumbres. Para poder modificar aquellas que resultan nocivas para su salud, como la mutilación genital femenina, es importante conocer en primera persona cómo viven esta práctica, su repercusión y la opinión que tienen acerca de ella.

El objetivo de este trabajo es explorar las percepciones de un grupo de mujeres sometidas a mutilación genital femenina sobre su salud sexual y reproductiva, con la finalidad de considerar el impacto que ejerce sobre las relaciones de pareja, el embarazo y el parto, así como la repercusión social de esta práctica.

Tabla 2
Perfil sociodemográfico de las participantes del estudio

Participante	Edad	País de origen	Estado civil	Nivel de estudios	Religión	Trabajo	Nº hijos	Años en España
E1	21	Senegal	Vive en pareja	Analfabeta	Musulmana	Limpieza	1	1
E2	25	Senegal	Casada	Primarios	Musulmana	Desempleada	3	2
E3	18	Senegal	Casada	Primarios	Musulmana	Desempleada	1	1
E4	21	Nigeria	Vive en pareja	Primarios	Cristiana	Fábrica de conservas	2	3
E5	30	Senegal	Casada	Secundarios	Musulmana	Desempleada	2	6
E6	26	Senegal	Casada	Primarios	Musulmana	Desempleada	2	3
E7	23	Senegal	Casada	Primarios	Musulmana	Desempleada	1	2
E8	26	Senegal	Vive en pareja	Primarios	Musulmana	Desempleada	4	4
E9	36	Nigeria	Separada	Primarios	Cristiana	Fábrica de conservas	3	11

Métodos

Estudio cualitativo fenomenológico basado en entrevistas en profundidad, realizado en Murcia durante el año 2012 en mujeres inmigrantes procedentes de países africanos donde se realiza de forma habitual la mutilación genital femenina. El proceso de captación se realizó a través de conversaciones informales con matronas que atendieron a estas mujeres en sus respectivos centros de salud, o en el momento del parto en el hospital. Los criterios de inclusión fueron: mujeres mutiladas genitualmente, residentes en la Región de Murcia, que tuvieran una o varias hijas. La muestra inicial estaba formada por 12 mujeres que aceptaron participar en el estudio, con quienes se concertó una cita. La entrevista personal en profundidad fue realizada por las investigadoras en el domicilio de las participantes. Posteriormente, la muestra quedó reducida a nueve al abandonar el estudio tres de ellas antes de la entrevista. La recogida de información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico con el fin de conocer el perfil de las participantes en el estudio (tabla 2), y una entrevista estructurada de respuesta abierta que abarca preguntas acerca de la mutilación genital femenina, las relaciones de pareja, el embarazo-parto y la repercusión social de la mutilación (tabla 3).

El presente trabajo se fundamenta en la tradición fenomenológica de la escuela de Duquesnee⁶, que tiene por objetivo describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes la han tenido. Se optó por entrevistas semidirigidas en profundidad que fueron grabadas en audio y luego transcritas. Tras la lectura de las transcripciones se procedió a un análisis comprensivo de su contenido a fin de establecer las unidades de significado, integrando los datos tal cual fueron expresados, respetando su lenguaje, opiniones y creencias. Se elaboraron las unidades de significado general y relevante para el tema de la investigación, se construyen de ahí las categorías temáticas (hasta la repetición de los temas), se llega a la saturación teórica de los datos, se verifican las unidades de significado relevante y se establecen las conclusiones.

En cuanto a los aspectos éticos del estudio, la información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa y la entrega de una carta de presentación del estudio. Se solicitó permiso a las participantes para grabar la entrevista en audio, que fue denegado en tres casos, por lo que la información se recogió mediante anotaciones para su transcripción directa. Se les comunicó que podían abandonar el estudio en cualquier momento y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. Éstas dieron su consentimiento por escrito para su participación. Para proteger la confidencialidad se asignó un código a cada entrevista. El estudio fue evaluado favorablemente por el Comité de Bioética de la Universidad de Murcia.

Resultados

Los diferentes discursos de las transcripciones se agruparon en cuatro categorías, coincidentes con los objetivos de la investigación: 1) percepción de la mutilación genital femenina, 2) relaciones

Tabla 3
Entrevista estructurada del estudio

Percepción de la mutilación genital femenina	
¿Conoce lo que es la mutilación genital femenina? (también denominada <i>duare</i>)	
¿A qué edad se le practicó? ¿Quién se lo hizo?	
¿Recuerda cómo fue? ¿Me lo puede describir? ¿Qué siente al recordarlo?	
¿Recuerda haber tenido problemas después? Problemas físicos, miedo, angustia, tristeza, etc.	
¿Las mujeres de su entorno hablan de <i>duare</i> ? En caso afirmativo, ¿qué opinan?	
¿Las mujeres de su familia están todas mutiladas? ¿Y su madre?	
¿Conoce a alguna mujer que muriera tras practicarle la mutilación genital femenina?	
¿Cree que el <i>duare</i> lo manda la religión?	
Relaciones de pareja	
1. ¿Ha tenido miedo al iniciar las relaciones sexuales?	
2. ¿Ha sufrido dolor en las relaciones sexuales?	
3. ¿Siente placer en las relaciones sexuales?	
4. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál?	
5. ¿Cree que la mutilación genital femenina es buena para la mujer? En caso afirmativo, ¿por qué?	
6. ¿Y para el hombre? En caso afirmativo, ¿por qué?	
Embarazo y parto	
1. ¿Cómo recibió la noticia de su embarazo?	
2. ¿Ha seguido todos los controles médicos del embarazo?	
3. ¿Qué sintió cuando tenían que realizarle las exploraciones vaginales?	
4. ¿Ha tenido problemas durante el embarazo? En caso afirmativo, ¿cuáles?	
5. ¿Cómo fue el parto? ¿Le han practicado la episiotomía? ¿Le dieron puntos?	
6. En caso de cesárea, ¿cuál fue el motivo de la cesárea?	
7. ¿El recién nacido tuvo algún problema?	
8. ¿Cómo ha sido el trato profesional recibido?	
9. ¿Se ha sentido apoyada durante el embarazo y el parto?	
Repercusión social	
1. ¿Quién decidió que debía practicársele la mutilación genital femenina?	
2. ¿Está mal visto no estar cortada? ¿Conoce alguna mujer que no tenga el <i>duare</i> ? ¿Qué piensan las demás?	
3. En su familia, ¿quién toma las decisiones importantes respecto a los hijos en casa?	
4. ¿Tiene pensado hacérselo a sus hijas?	
5. ¿Sabe que en España esta práctica es ilegal? ¿Qué le parece que en España esta práctica no sea legal?	
6. ¿Se ha adaptado bien a nuestro país? ¿Se siente discriminada por alguna razón (género, etnia, color, origen, etc.)?	

de pareja tras la mutilación genital femenina, 3) embarazo y parto después de la mutilación genital femenina y 4) repercusión social de la mutilación genital femenina. Los resultados se muestran siguiendo este orden.

Percepción de la mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina se describe con diferentes términos por las participantes (*duare*, *sunna* y *cortada*). La mayoría no recuerda el momento de la realización, ya que las edades en que fueron cortadas son muy variadas, desde los 18 meses hasta los 14 años. Los recuerdos que pueden evocar del día en que fueron mutiladas son muy vagos y en muchos casos ambivalentes: por un lado la alegría de la fiesta del ritual y por otro el dolor de la intervención (éste se describe con mayor intensidad) (tabla 4).

La percepción que se observa tras la mención directa a su opinión respecto a esta práctica es «indiferencia», descrita por ellas mismas en estos términos, pues después de todo «no se tiene en cuenta su opinión». Generalmente no se habla de este tema: E1: «No hablan, nada... Se hace y no se piensa»; E5: «No puedo opinar, es nuestra cultura».

Tabla 4
Descripción de la vivencia del proceso de mutilación genital femenina relatado por las participantes del estudio

E1:	«No tenía miedo porque todas mis hermanas lo tienen. Se hizo una gran fiesta en casa. Recuerdo que lloré». «Después me pusieron un polvo para cicatrizar, de un árbol que hay en África». (Fue mutilada con 14 años.)
E6:	«Recuerdo que me taparon la cabeza con un pañuelo para no ver nada y fui andando con otras mujeres hasta un campo, me llevaron cantando haciendo palmas, me engañaron diciéndome que íbamos a comer cosas que a mí me gustaban. Una vez allí me ataron y sujetaron entre varias mujeres, me desnudaron, recuerdo mucho dolor, sangre y gritos. Después me curaban con plantas». (Fue mutilada con 10 años.)
E7:	«Me ataron y sujetaron entre cuatro personas, yo gritaba porque tenía mucho dolor». (Fue mutilada dos veces, a los 18 meses y a los 8 años porque según relata «no quedó bien»).
E8:	«Recuerdo mucho dolor, me sujetaron fuerte y utilizaron hojas de cuchilla». (Fue mutilada con 5 años.)

Relaciones de pareja tras la mutilación genital femenina

Las participantes expresaron haber sentido miedo al inicio de las relaciones sexuales, relacionado con «miedo a lo desconocido, al dolor». En general refieren una disminución del placer en las relaciones sexuales con su pareja. E4: «Alguna gente piensa que la mujer que está cortada no siente. Yo no siento placer, me da igual. La que no está cortada, yo pienso, tiene más deseo sexual». También se describen problemas para alcanzar el orgasmo: E5: «Me cuesta mucho sentir placer, tardo mucho»; E7: «No es bueno porque tarda mucho en conseguir un orgasmo» (esta informante sabe que se debe a la mutilación, ya que afirma tener amigas sin mutilar que le comentan que disfrutan mucho).

Embarazo, parto y posparto después de la mutilación genital femenina

Las mujeres estudiadas no identifican problemas relacionados con los embarazos y los partos que han tenido en España. Expresan que se han sentido bien tratadas por los profesionales sanitarios que las atendieron durante estos procesos, aunque manifiestan sentimientos de temor ante las exploraciones vaginales.

A la mayoría se les realizó una episiotomía, y en las que no se les practicó se produjeron desgarros perineales de segundo grado que precisaron sutura.

Durante el posparto se identifica una necesidad insatisfecha de planificación familiar, con desconocimiento de métodos anticonceptivos seguros y asequibles para controlar sus embarazos, a pesar de que desean espaciarlos o limitarlos. Sólo un grupo minoritario de las mujeres participantes utilizan el DIU y el preservativo como métodos anticonceptivos seguros. E1: «Yo no quiero tener más niños pero no tengo dinero para pastillas, mi marido se retira antes».

Repercusión social de la práctica de la mutilación genital femenina

De forma casi unánime afirman que la mutilación genital es una práctica común en todas las mujeres de su familia y admiten que se ha practicado también a todas sus hermanas. Aunque sospechan que sus madres también fueron cortadas, no tienen evidencia al respecto dado que es un tema considerado tabú en estas sociedades africanas. E1: «Nunca se lo he preguntado a mi madre». E2: «Mi madre no lo sé, pero mi hermana sí, y mis hijas también; esta no (señala a una niña de 2 años), las que viven en Senegal con mi suegra». Todas las mujeres se mostraron en desacuerdo con esta práctica y el mantenimiento de la tradición, indicando que su nivel de satisfacción es bajo: E3: «todas están arrepentidas»; E8: «denunciaría si pudiera a quien me hizo esto». Se muestran

confiadas en que en Senegal algo está cambiando, que ya hay muchas mujeres que no están mutiladas y son respetadas. Algunas de religión musulmana creen que esta práctica es una prescripción religiosa en su país: E8: «lo manda la religión»; sin embargo, la mayoría cree que forma parte de la cultura de su país y de su grupo tribal, ya que no todos los grupos sociales lo practican. E5: «No creo que sea por la religión, tengo amigas musulmanas que no les han practicado Duare, depende de las clases, djolas y fullard lo hacen, wolof no lo hacen»; E1: «es nuestra cultura».

En todos los casos el procedimiento de la mutilación genital femenina fue realizado por las mujeres que «saben hacerlo», a las que denominan *Dambo*. Las describen como mujeres mayores, que cobran por hacerlo. La persona que acompaña a la niña durante el ritual es la abuela, pero la decisión de hacerlo o no es del padre. Afirman haber tenido miedo, pero lo aceptan como algo que pasa de madres a hijas, sin cuestionarlo. Lo consideran algo «normal»: E3: «Para mí es buena porque me lo ha enseñado mi madre». A pesar de que la mayoría de las mujeres muestran su desacuerdo con esta práctica, la aceptan y no se oponen a ella. Sostienen que en sus sociedades las mujeres no pueden tomar decisiones respecto a esta tradición que se perpetúa a través de las abuelas paternas, quienes deciden cuándo se mutilará a las niñas.

Uno de los obstáculos en la erradicación de la mutilación genital femenina es que la mujer que la practica, llamada *buankisa* o *dambo*, tiene una posición social elevada. Esta actividad le proporciona prestigio y un estatus que perdería si la abandonara, lo que explica la persistencia a pesar de las legislaciones que se van desarrollando en los diferentes países africanos en los que es endémica. E3: «De eso se encarga la madre, ella decide y el padre da su permiso y buscan a una mujer que sabe hacerlo».

Igualmente, se valoró la posibilidad de que las mujeres estudiadas tuvieran la intención de mutilar a sus hijas. Sólo una de ellas expresó su deseo de mantener la tradición en sus hijas, a pesar de la prohibición legal en España, donde se persigue y se castiga con penas de cárcel. Tres mujeres se mostraron en desacuerdo con esta situación, así como con la legislación, que en Senegal la prohíbe desde 1999. El resto se muestra a favor de que esté penalizada. E3: «En Senegal está prohibido, no lo hace ahora, mi familia no lo hace ahora. Las hijas de mis hermanas no tienen Sunna en Senegal». E4: «La cosa ahora está cambiando, no es como hace 20 años, ahora en mi país (Nigeria) no cortan a las niñas».

La consideración social de la práctica difiere entre las participantes procedentes de Senegal y Nigeria; las primeras manifestaron el temor al rechazo social de su comunidad y a no poder casar a sus hijas. E8: «La gente piensa que la mujer que no está cortada puede quedarse sin hombre». E2: «Si haces Sunna no gritas en la cama» (se refiere a gritos de placer durante el coito). Las nigerianas creen que es cultural; de hecho, una de ellas afirma que también se mutila a los varones. Y refieren que es una tradición mantenida por las mujeres, en la que los hombres no tienen nada que ver. Incluso creen que éstos prefieren a las mujeres sin mutilar. E9: «Mi hijo nació aquí y lo llevé a Cartagena a un médico para que le cortara». E4: «En África tengo una amiga que no tiene Duare, siente placer, yo no siento nada», «Yo creo que los hombres prefieren que no esté cortada para disfrutar más».

Discusión

Los relatos personales de mutilaciones revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, en concordancia con lo descrito por Amnistía Internacional⁷. Algunos expertos sugieren que la conmoción y el trauma causados por la operación pueden contribuir a perfilar un comportamiento descrito como «tranquilo» y «dócil», que se considera positivo en las sociedades que practican la mutilación genital femenina. Sin embargo, podría ser considerado

como una actitud de «indiferencia» ante una práctica de la que «no se habla ni se piensa».

En las relaciones sexuales de pareja, la disminución del placer sexual es la principal manifestación de las participantes, coincidiendo con otros estudios que refieren que cualquier tipo de mutilación genital interfiere en algún grado en la respuesta sexual, aunque no suprime necesariamente la posibilidad de obtener placer y llegar al orgasmo, dado que intervienen otros factores^{5,8}. A pesar de tratarse de un tema tabú, como han referido las participantes, la información refleja preocupación por este asunto, ya que establecen comparaciones con otras mujeres que no han sido mutiladas y que gozan de una vida sexual plena.

Según los testimonios de las participantes, no presentaron problemas durante el embarazo y el parto, quizás debido a que la asistencia sanitaria que recibieron puede ser considerada óptima, lo que hace que disminuyan las complicaciones inherentes a la mutilación genital femenina, coincidiendo estos datos con un estudio suizo⁹ que demostró que, durante el embarazo y el parto, las mujeres mutiladas tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones y un aumento de la mortalidad materna y fetal durante el parto, en virtud de la atención médica recibida. Se ha demostrado un aumento significativo de cesáreas urgentes y de desgarros de tercer grado en los partos vaginales entre las mujeres que presentaban mutilación genital femenina de tipo III⁹. Las complicaciones durante el parto se relacionan con el tejido cicatricial resultante de la mutilación, que es relativamente inelástico y que puede provocar la obstrucción y el desgarro de los tejidos que circundan la vagina. La obstrucción puede ser causa de un parto prolongado, y ello aumenta el riesgo de cesárea, hemorragia profusa, sufrimiento del niño y muerte prenatal¹⁰.

Por otro lado, la repercusión social de la mutilación genital femenina es lo que más influye en su realización, a tenor de los resultados. Una justificación cultural de esta práctica proviene de considerarla un «rito de paso» de la infancia a la edad adulta, de modo que entendemos que la edad en que se realiza debería estar más cerca de la pubertad que de la infancia². Sin embargo, nuestros resultados muestran que la ablación puede adelantarse con la finalidad de evitar los recuerdos de las niñas acerca de esta práctica. Las participantes que fueron mutiladas cuando estaban cerca de la pubertad recuerdan sentimientos de miedo, pesadillas y angustia tras la mutilación. El resto no recuerdan nada.

Otra de las razones para justificar esta práctica es psicosexual. Se intenta reducir o eliminar el tejido sensible de los genitales externos, particularmente el clítoris, para atenuar el deseo sexual en las mujeres, mantener la virginidad antes del matrimonio y la fidelidad durante éste. Y otra razón es para aumentar el placer sexual masculino¹¹. Consideran que si no existe placer en las relaciones, la mujer perderá el interés por el sexo. Sin embargo, la mutilación genital femenina no garantiza en absoluto que las mujeres se mantengan vírgenes o fieles^{12,13}. Según nuestro estudio, la edad del primer coito no coincide con la edad del matrimonio.

La repercusión social es tan importante que algunas de estas mujeres se declaran a favor de mantener la mutilación a través de sus hijas. La mutilación genital femenina es anterior a la aparición del Cristianismo y del Islam. Aunque se da mayoritariamente entre población musulmana y poco entre la cristiana, ninguna de las dos religiones hace referencia a este rito. Es una práctica relacionada más con la tradición y la cultura que con la religión⁵. El temor al rechazo social de su comunidad y a no poder casar a sus hijas son algunas de las razones argumentadas por nuestras participantes para estar a favor de continuar con la tradición. Para poder detectarlo es necesario que el profesional sanitario esté sensibilizado con el tema¹⁴.

Las limitaciones del estudio son las propias de los estudios cualitativos, además de la barrera idiomática de las participantes y el tabú que rodea a la práctica de la mutilación genital femenina,

superado gracias a la confianza que depositaban en sus matronas, consideradas como «agentes de salud» que «se interesan por su bienestar».

En conclusión, la mutilación genital femenina es una tradición que las mujeres mantendrían debido a la presión sociofamiliar, que se transmite de generación en generación y que es silenciada por ellas mismas. Aceptan en su mayoría que la mutilación de sus genitales es una práctica que forma parte de su cultura y que por tanto es «normal». Casi la mitad de ellas estarían dispuestas a dejar que su familia decida mutilar a sus hijas, si no fuese ilegal en nuestro país, por lo que éstas constituyen una población de riesgo de sufrir una mutilación genital femenina. Esta práctica afecta a su salud sexual y reproductiva, evidenciado por anorgasmia y dispareunia. Se sienten satisfechas con la asistencia profesional recibida durante el embarazo y el parto. Sin embargo, existe una necesidad de planificación familiar insatisfecha en la mayoría de ellas.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La mutilación genital femenina atenta contra la integridad biopsicosocial tanto de las mujeres como de las niñas, y puede llegar a producir graves complicaciones físicas, obstétricas y psicosociales, tal como ejemplifica el presente estudio mediante testimonios reales de mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina en su entorno y en ellas mismas.

¿Que añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio aporta la vivencia de nueve mujeres subsaharianas que han sido sometidas a mutilación genital femenina y la influencia de ésta sobre la sexualidad y la reproducción, así como la repercusión social que tiene dicha práctica. Ayuda a visibilizar un problema que permanece oculto y al que es difícil acceder por ser un tema tabú, y por consiguiente a la lucha contra la mutilación genital femenina mediante fundamentaciones basadas en el conocimiento científico.

Editora responsable del artículo

Carmen Vives-Cases.

Contribuciones de autoría

La concepción y el diseño del trabajo fueron realizados por C. Ballesteros-Meseguer, P. Almansa-Martínez y M.M. Pastor-Bravo. Tanto la recogida de datos como su procesamiento, análisis e interpretación fueron realizados por C. Ballesteros-Meseguer, P. Almansa-Martínez, M.M. Pastor-Bravo e I. Jiménez-Ruiz. La coordinación del estudio fue llevada a cabo por P. Almansa-Martínez. El artículo fue redactado por C. Ballesteros-Meseguer e I. Jiménez-Ruiz, con las aportaciones intelectuales de M.M. Pastor-Bravo y P. Almansa-Martínez. Todos los autores han revisado críticamente

el artículo hasta la aprobación de la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de las mujeres del estudio, ya que sin ella no habría sido posible la realización de este trabajo. Así mismo, agradecen la valiosa contribución de la matrona M^a Dolores Celdrán, por facilitarnos el acceso a este grupo de mujeres pertenecientes a su Centro de Salud. Agradecimiento que hacemos extensivo a las matronas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, por contribuir a la captación de las mujeres del estudio.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Geneva: WHO, in partnership with FIGO, ICN, MWIA, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WCPA, and WMA, 2010 (Consultado el 8/12/2011.) Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr.10.9/en/index.html>
2. Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009 [Monografía en Internet]. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, 2010. (Consultado el 28/11/2010.) Disponible en: <http://publicacions.uab.es/pdf.llibres/AAP0001.pdf>
3. Kaplan A, Torán P, Bedoya M, et al. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Aten Primaria. 2006;38:122-6 (Consultado el 26/11/2011); Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2029263>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de inmigrantes. 2007. (Consultado el 2/11/2011.) Disponible en: www.ine.es
5. Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina. Informe de la secretaria. A61/11. 20 de Mar de 2008. (Consultado el 12/6/2013.) Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61.11-sp.pdf
6. Giorgi A. The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach. Duquesne University Press; 2009. p. 233.
7. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. [Monografía en Internet.] Edición española, Madrid: Editorial Amnistía Internacional (EDAI); 1998. (Consultado el 22/11/2011.) Disponible en: <http://www.amnistiainternacional.org/publicacion-31>
8. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Int J Gynecol Obstet. 2000;70:99-104.
9. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. BJOG. 2009;116:1204-9.
10. Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal MI. Una visión global de la mutilación genital femenina. Matronas Prof. 2012;13:76-82.
11. Jiménez-Ruiz I, Almansa-Martínez P, Pastor-Bravo MM. Aproximación desde la enfermería transcultural a las perspectivas masculinas sobre la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF). Parainfo Digital. 2012. (Consultado el 20/06/2013.): 16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/059o.php>
12. Van Rossem R, Gage AJ. The effects of female genital mutilation on the onset of sexual activity and marriage in Guinea. Arch Sex Behav. 2009;38:178-85.
13. Vázquez-Moya C, Almansa-Martínez P. Mutilación genital femenina: conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en la Región de Murcia. Ética de los Cuidados. 2012; 5(9). (Consultado el 12/6/13.) Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7628r.php>