

Original

Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina



Ismael Jiménez-Ruiz^{a,*}, Pilar Almansa Martínez^b y María del Mar Pastor Bravo^c

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España

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

^c Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de diciembre de 2015

Aceptado el 17 de marzo de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Circuncisión femenina
Investigación cualitativa
Enfermería transcultural
Hombres

R E S U M E N

Objetivo: Explorar el conocimiento de los hombres procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina sobre las consecuencias negativas en la salud de las mujeres afectadas.

Métodos: Metodología cualitativa con enfoque etnometodológico, a través de entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a 25 hombres, en relación con la mutilación genital femenina, seleccionados mediante triple muestreo. Se entregó una carta de presentación del estudio a los participantes y la declaración del consentimiento informado, y se les solicitó permiso para grabar la entrevista en audio. El análisis de los datos se realizó con el *software* informático Atlas. Ti7.

Resultados: Los participantes contrarios al corte son conscientes de la diversidad de complicaciones físicas, obstétricas, psicológicas, sobre la sexualidad y sociales en las mujeres sometidas a mutilación. Sin embargo, los hombres que tienen un posicionamiento favorable muestran en general un desconocimiento de los problemas secundarios a esta práctica.

Conclusiones: Los participantes procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina, contrarios a mantener esta práctica, muestran un mayor conocimiento de las consecuencias negativas que los que se manifiestan a favor. El diseño de herramientas y programas de sensibilización destinados a la lucha contra la mutilación genital femenina debe visibilizar las complicaciones sobre la salud de las mujeres y las niñas, e incluir intervenciones familiares que impliquen a los hombres en el proceso de erradicación de esta práctica.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Male perceptions of sequelae associated with female genital mutilation

A B S T R A C T

Objective: To explore men's knowledge of the negative consequences of female genital mutilation (FGM) to women's health in countries where this practice is performed.

Methods: A qualitative methodology was used with an ethnomethodological approach. Both individual and group semi-structured interviews concerning FGM were conducted with 25 men, selected by triple sampling. A study presentation letter was provided to participants, together with an informed consent declaration. Permission was also procured to record the interviews in audio format. Data analysis was performed using the Atlas Ti7 software.

Results: Those participants against FGM are aware of the range of complications this practice can cause, being able to identify physical, obstetric, psychological, sexuality and social consequences in women subjected to FGM. However, those men who are in favour display a general ignorance of the problems resulting from this practice.

Conclusions: Participants from countries where FGM is performed who are against this practice are more aware of the negative consequences than those who claim to be in favour. The design of awareness-raising programmes and other tools to combat female genital mutilation must highlight the implications for women's and girls' health, and include family-targeted campaigns which involve men in the process of eradicating this practice.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Female circumcision
Qualitative research
Transcultural nursing
Men

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ismaeljr1990@gmail.com, ijimenez@ua.es
(I. Jiménez-Ruiz).

Introducción

La mutilación genital femenina forma parte de un extenso grupo de costumbres perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas, que se fundamentan en una construcción social de la mujer como

objeto de sumisión ante los estándares culturales androcéntricos de lo que debe ser o no una mujer. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, abarca «todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica».

Esta práctica, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)², afecta a unos 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo, principalmente de 30 países de África subsahariana, Oriente Medio, Indonesia y algunas etnias de América Latina. Las secuelas derivadas de la mutilación genital femenina la convierten en una de las mayores violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas, y en un atentado contra su integridad biopsicosocial, que puede llegar a producir daños físicos a corto y largo plazo, obstétricos, psicológicos, sobre la sexualidad y sociales³.

Además, el carácter cultural y de género que engloba esta práctica hace que sea necesario escuchar las voces tanto de las mujeres como de los hombres que están íntimamente relacionados con esta tradición. Los hombres pueden desempeñar un papel pasivo en el mantenimiento de la mutilación genital femenina mediante la negación a casarse con mujeres no mutiladas⁴ debido al miedo a la infidelidad, la deshonra familiar o la preservación de los matrimonios polígamos³. De esta forma se favorecen la construcción social y la conservación de las relaciones de dominación-sumisión entre hombres y mujeres que acaban jerarquizando las relaciones interpersonales entre ambos sexos.

Basándose en estas premisas, el objetivo del estudio fue explorar el conocimiento de los hombres, procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina, sobre las consecuencias negativas en la salud de las mujeres afectadas.

Métodos

Estudio con metodología cualitativa enfocada a través de la etnometodología. Este enfoque permite enfatizar el papel constitutivo de la cognición de las organizaciones sociales⁵, ayudándonos a documentar conocimientos y pensamientos acerca de los valores y las creencias que interfieren o pueden interferir en los cuidados culturales y en la salud de las personas y comunidades que los realizan. Por otro lado, la metodología cualitativa supone la base primordial del enfoque de etnoenfermería creado por Madeleine Leininger⁶.

Tabla 2
Criterios de inclusión del estudio

Técnicas de recogida de datos	Criterios de inclusión
Conversaciones informales	- No sigue criterios de inclusión
1.ª entrevista semiestructurada individual	- Ser hombre - Vivir en España - Originario de países donde se realice actualmente la mutilación genital femenina - Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen ^a - Haber estado en contacto personal con mujeres a quienes se haya realizado esta práctica - Comprensión del español, o presencia de un traductor durante la entrevista
2.ª entrevista semiestructurada individual	- Ser hombre - Vivir fuera de España - Originario de países donde se realice actualmente la mutilación genital femenina - Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen ^a - Haber estado en contacto personal con mujeres a quienes se haya realizado esta práctica - Comprensión del español, habla francesa o presencia de un traductor durante la entrevista
Entrevistas grupales	- Ser hombre - Vivir en España - Originario de países africanos de religión mayoritaria musulmana - Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen ^a - Conocer la mutilación genital femenina - Comprensión del español, o presencia de un traductor durante la entrevista

^a La introducción de este criterio de inclusión se debe a la necesidad de que los participantes hayan convivido con este problema el tiempo suficiente como para poder aportarnos sus conocimientos sobre él.

Tabla 1
Perfil de los participantes del estudio

Código	País de Origen	Edad	Posicionamiento	Tipo de entrevista
IMGF1	Senegal	47	En contra	Individual 1
IMGF 2	Mali	34	A favor	Individual 1
PMGF1	Mali	25	A favor	Individual 1
PMGF2	Mali	42	A favor	Individual 1
PMGF3	Mali	35	A favor	Individual 1
PMGF4	Senegal	43	En contra	Individual 1
PMGF5	Senegal	41	A favor	Individual 1
PMGF6	Senegal	20	A favor	Individual 1
PMGF7	Senegal	29	A favor	Individual 1
PMGF8	Senegal	51	En contra	Individual 1
PMGF9	Chad	24	En contra	Individual 2
PMGF10	Yibuti	21	A favor	Individual 2
PMGF11	Yibuti	30	A favor	Individual 2
PMGF12	Yibuti	22	A favor	Individual 2
PMGF13	Yibuti	21	En contra	Individual 2
PMGF14	Chad	27	A favor	Individual 2
GMGF1	Marruecos	34	En contra	Grupo 1
GMGF2	Marruecos	49	En contra	Grupo 1
GMGF3	Marruecos	45	En contra	Grupo 1
GMGF4	Mali	53	A favor	Grupo 1
GMGF5	Níger	33	En contra	Grupo 2
GMGF6	Ghana	38	A favor	Grupo 2
GMGF7	Marruecos	41	En contra	Grupo 2
GMGF8	Senegal	48	En contra	Grupo 3
GMGF9	Ghana	38	En contra	Grupo 3

Participantes en el estudio

En el estudio participaron 25 hombres procedentes de Mali, Senegal, Chad, Yibuti, Níger, Ghana y Marruecos, algunos a favor y otros en contra de la mutilación genital femenina (tabla 1).

En cuanto a la selección de la muestra, se optó por la utilización de un triple muestreo basado en la definición rigurosa de los criterios teóricos expuestos en la tabla 2. Posteriormente se fueron incorporando más participantes por muestreo en bola de nieve hasta llegar a la saturación teórica de los datos. La conformación de la muestra se corresponde con la estructura de los tres muestreos, tal como se muestra en la tabla 3.

Instrumentos utilizados

Los instrumentos utilizados fueron el análisis documental para la comprensión y la creación de los códigos; conversaciones informales con informantes clave para la devolución de los resultados

Tabla 3
Acceso al campo de estudio

	Primer muestreo	Segundo muestreo	Tercer muestreo
Población	Inmigrantes procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina y que viven en la Región de Murcia	Estudiantes de Yibuti y Chad becados en la Región Oriental de Marruecos	Inmigrantes procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina y que viven en la Región de Murcia
Acceso	Matrona de Centro de Salud Las torres de Cotillas (Murcia, España)	A través de contactos en Marruecos durante estancia con la ONG «Enfermeras para el mundo»	A través de la ONG «Murcia Acoge»
Entrevistas realizadas	15	6	9 ^a
Entrevistas descartadas	5	0	0
Motivo	- Dos no quisieron seguir tras las entrevistas - Dos no finalizaron las entrevistas - Uno evidencia de que no estaba diciendo la verdad	-	-

^aSe realizaron grupos de 4, 3 y 2 hombres. Cuatro de los participantes son procedentes de Marruecos, país donde no se realiza la mutilación genital femenina. Estos participantes sí cumplen el criterio de conocer la mutilación genital femenina, pero fueron incorporados en el desarrollo de un estudio más amplio. Para este documento no se utilizan sus declaraciones, aunque no pueden excluirse porque formaron parte de los grupos.

Tabla 4
Características de las entrevistas

	Individual semiestructurada	Individual semiestructurada	Grupal semiestructurada
Fecha	Octubre y noviembre 2013	Noviembre 2013	Octubre y noviembre 2014
Entrevistador/a	Autor principal	Autora del estudio	Autor principal
Lengua de entrevistas	Español y francés	Francés	Español y francés
Traductor/a	Sí	No	Sí
Facilitador	Sí	No	Sí
Duración media	42,8 minutos	35 minutos	58 minutos
Lugar de la entrevista	Murcia (España)	Marruecos	Murcia (España)

para su corroboración; y entrevistas semiestructuradas individuales y grupales. En lo referente a las entrevistas y sus características, la [tabla 4](#) realiza una descripción detallada.

La información fue grabada en audio, transcrita y tratada tanto en papel como en el *software* informático Atlas. Ti7 para su análisis.

Análisis de los datos

El análisis de los datos comenzó por su definición y codificación preliminar mediante la creación de una lista inicial de códigos a modo de guía orientativa. Con este método se determinaron una serie de categorías con sus respectivos códigos descriptivos y definiciones, sobre las cuales se realizó el análisis preliminar. De este modo, durante el proceso de jerarquización y análisis fueron ampliados, reducidos y anulados algunos de los códigos, hasta llegar a los que conforman los resultados. Al mismo tiempo se da lugar a la inclusión de un enfoque constructivo-inductivo, mediante el cual se pretende que la teoría y los conceptos se modulen y reconstruyan a medida que se realizan tanto la recogida y el tratamiento como el análisis de los datos. Esto permitió minimizar la pérdida de información y profundizar, mediante la interpretación, el análisis comparativo y la exploración sistémica de los datos, para crear el significado y las relaciones que se establecen para cada nuevo código y que tejen el entramado teórico recogiendo una visión diferente y más completa de los datos.

Consideraciones éticas

Se respetó el anonimato de los participantes. La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa y la entrega de una carta de presentación del estudio. A los participantes se les solicitó permiso para grabar la entrevista en audio y se les comunicó que estaban en su derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin perjuicios hacia su persona y la completa confidencialidad de los datos obtenidos en la entrevista.

Posteriormente se les facilitaron dos copias de la declaración de consentimiento informado, una para el participante y otra para el entrevistador.

En la transcripción de las entrevistas se utilizaron los códigos IMGF para designar a los informantes clave sobre mutilación genital femenina, PMGF para hacer referencia a los participantes del estudio de entrevistas individuales, y GMGF para los participantes de las entrevistas grupales.

La investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Criterios de calidad aplicados

Con el fin de otorgar mayor rigor científico y metodológico a la investigación se aplicó como criterio de calidad una triangulación múltiple: triangulación de datos, mediante la utilización de fuentes de datos procedentes de dos contextos diferentes; triangulación de investigadores, empleando una segunda investigadora para realizar las entrevistas semiestructuradas y el análisis de los datos, además de la inclusión de observadores imparciales en el desarrollo de los grupos; triangulación metodológica, a través de la combinación de las diversas formas de recolección de datos descritas en el apartado anterior; y devolución a los participantes para que corroboraran los resultados. Todos ellos fueron previstos antes del acceso al campo de estudio.

Resultados y discusión

Reconocimiento de las secuelas

1) Consecuencias físicas

En la [tabla 5](#) (a) se muestran las patologías físicas asociadas al corte reconocidas por los participantes del estudio, que se corresponden con las descritas en la bibliografía consultada. En

Tabla 5
Secuelas reconocidas por los hombres

a) Complicaciones físicas	
Sintomatología	Verbatim
Dolor	«Cogen a la chica fuerte porque no hay anestesia. Ella va a llorar porque es muy doloroso», PMGF14.
Hemorragia	«Si no se hace bien va a perder mucha sangre», GMGF5.
Infecciones	«No es buena, a veces es causa de enfermedades o infecciones», PMGF14.
Enfermedades de transmisión por vía sanguínea, como hepatitis B y C	«Si como una cuchilla para afeitar, lo coge y corta, y si el otra está enferma puede afectar al otro y así hay muchas enfermedades que se transmiten. . . y lo que conozco mucho es de la hepatitis B y C, muchísimas de mi pueblo han cogido de ahí», IMGF1.
Micción dolorosa	«Se oyen cosas, pero muy pocas, le dicen que duele cuando orinas, pero sólo al principio», PMGF4.
Incapacitación	«Yo he oído eso, algunas mujeres se mueren y otras cuando le duele no puede cuidar de hijos», PMGF4.
Muerte	«Mucha gente de África está muriendo por eso», PMGF4.
b) Complicaciones psicológicas	
Sintomatología	Verbatim
Dolor psicológico	«Es algo que se sufre, el sufrimiento, el sufrimiento es fuerte. . .», IMGF1.
Tristeza	«Pierden su alegría por hacer en favor de los hombres, una mujer sin salud no puede vivir. No tiene sentido», PGMGF8
Miedo	«Puede que el miedo, cuando te cortan yo pase miedo, y ellas también pasan miedo», GMGF5.
c) Complicaciones sobre la sexualidad	
Sintomatología	Verbatim
Dolor durante el coito	«Alguna le duele y le duele de verdad cuando está haciendo el amor con ella», PMGF1.
Dispareunia	«visto también alguna mujer que es muy amiga mía que me ha contado su historia de su primer relación sexual y ha sufrido mucho cuando se ha casado», IMGF1.
Dolor en el primer coito	«Disminuye el orgasmo», PMGF14.
Disminución del placer sexual femenino	«No, yo espero no casarme con una que lo haya hecho porque si hace <i>sunna</i> no va a tener mucho placer», PMGF9.
Dificultad en la excitación	«Puede tardar en excitarse. Las mujeres no sienten de la misma manera, y tarda para sentir», PMGF8.
Reducción del deseo sexual	«en mujeres que realizan esta práctica disminuyen las ganas de hacer el amor», IMGF2.
d) Problemas sociales	
Problema	Verbatim
Rechazo social y marginación de la vida pública	«Por ejemplo, mi hija, que no la ha hecho, no puede entrar en la selva cuando la están haciendo, porque no la ha hecho no sabe», IMGF1.
Rechazo como mujer	«Mira, yo no me voy a casar con una mujer que no sea musulmana. Y todo musulmán hace. Yo soy musulmán, yo casa con mujer limpia», GMGF4.
Agravios hacia la honorabilidad de las mujeres no cortadas	«Cuando no lo haces van a hablar de esa mujer, le van a decir puta y que no tiene higiene», PMGF14.

este sentido, las secuelas físicas inmediatas, como el dolor, las hemorragias y las infecciones, han sido descritas por Kaplan et al.⁷. La muerte^{8,9} y la incapacidad física¹⁰, por su parte, también son narradas por los participantes del estudio y diferentes autores las han explorado en mujeres mutiladas. Cabe destacar que estas consecuencias sobre la salud de las mujeres son principalmente reconocidas por los participantes contrarios a la mutilación.

En cuanto a las consecuencias físicas a largo plazo, son obviadas o no reconocidas por los hombres entrevistados, a excepción de los casos de hepatitis. En contraposición a estos hallazgos, un estudio realizado en Egipto¹¹, con alumnos y alumnas de la Facultad de Medicina, evidencia porcentajes bajos en cuanto al conocimiento de complicaciones inmediatas como dificultad para orinar (33,3%), mientras que un 78,2% fue capaz de relacionar la mutilación genital femenina con la predisposición a sufrir infecciones o con el aumento del riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana. Estas diferencias pueden deberse a que Egipto es un país especialmente favorable a la mutilación genital femenina y en el que la medicalización de la práctica es habitual.

2) Consecuencias obstétricas

Un estudio realizado por la OMS en 2006 concluyó que hay una mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, en el momento del alumbramiento y en el puerperio, en las mujeres que han sufrido esta práctica en comparación con las que no la han sufrido¹². En nuestro estudio, los participantes contrarios a la mutilación genital femenina relatan complicaciones durante el parto, tanto en las madres como en los/las recién nacidos/as:

[Dificultades en el embarazo y mortalidad perinatal] «Muchísimas mujeres cuando están embarazadas cuando tienen bebé tienen muchas dificultades o alguno se muere», IMGF1.

[Problemas durante el parto] «Cuando esté cosida tendrá problemas para tener el niño», PMGF13.

Las complicaciones como la elevación de la mortalidad perinatal^{12,13} y las dificultades durante el parto son problemas derivados de la mutilación genital femenina que han sido estudiados por la bibliografía consultada. En el caso de los problemas durante el parto, destacan complicaciones como la imposibilidad de realizar un parto natural, los desgarros perineales, las hemorragias graves y las fistulas obstétricas¹⁴ como complicaciones obstétricas importantes y no narradas por la muestra del estudio.

Por otro lado, dentro de esta categoría, es necesario mencionar que complicaciones como los problemas de infertilidad^{15,16} o diferentes problemas desarrollados durante el embarazo y asociados a la mutilación genital femenina, como el mayor riesgo de sufrir infecciones¹⁷, tampoco son relatados durante las entrevistas desarrolladas. En este sentido, los participantes afines a la mutilación genital femenina no hacen referencia a ninguna de las complicaciones obstétricas secundarias a esta tradición.

3) Consecuencias psicológicas

Las alusiones al dolor psicológico, la tristeza reactiva a las complicaciones físicas y el conocimiento del miedo de algunas mujeres son narradas para este código (tabla 5b). De nuevo, solo algunos de los hombres sensibilizados con esta práctica narran de manera superficial algunas de las complicaciones psicológicas más comunes.

Ciertamente, el reconocimiento de este problema asociado a la mutilación genital femenina entraña mayor dificultad que las complicaciones físicas¹⁸, y por ello autores como Utz-Billing y Kentenich¹⁹ las exploran a través de los relatos de mujeres que han sufrido esta práctica, revelando en ellas sentimientos de ansiedad, terror, humillación, inferioridad y traición. Asimismo, la bibliografía consultada aporta estudios sobre la aparición de terrores nocturnos²⁰, *flashbacks* o reminiscencias del momento del corte²¹, y enfermedades psicosomáticas²¹, o una prevalencia significativamente mayor de trastorno de estrés posttraumático²² y otros síndromes psiquiátricos, como trastornos de ansiedad y depresivos,

en las mujeres que sufrieron mutilación en comparación con las que no la sufrieron²³.

4) Consecuencias sobre la sexualidad

Las secuelas sobre la sexualidad de las mujeres asociadas a esta tradición suelen presentarse bien definidas y ejemplificadas por los hombres conocedores de la mutilación genital femenina^{24,25}. Así ocurre entre los participantes del estudio, pues las consecuencias de índole sexual son reconocidas tanto por los hombres posicionados favorablemente como por los detractores de la práctica (tabla 5c).

No obstante, la reducción del deseo sexual de las mujeres por la extirpación del clítoris es entendida por los participantes afines a la tradición como un factor de protección para el mantenimiento de la virtud y la fidelidad de las mujeres²⁶, y por tanto es un efecto deseado y buscado. En contraposición, el reconocimiento de estas complicaciones sobre la sexualidad de las mujeres, como el dolor durante el coito, por parte de los hombres, puede entenderse como un problema sobre su propia sexualidad²⁷.

5) Consecuencias sociales

Los participantes partidarios de la mutilación genital femenina asumen esta tradición como una condición necesaria de honorabilidad y una prueba de pertenencia a la comunidad, y por lo tanto su realización se asume como un factor de protección social, amparado por premisas propias de estructuras patriarcales o religiosas:

«Una mujer que no hace, pues nosotros no puede rezar, porque... no eres musulmán, en una palabra no eres musulmán, no consideramos como una musulmana, hasta que no se le ha realizado la práctica», IMG2.

En este sentido, autores como Berg y Deninson²⁶ apuntan a la utilización de las humillaciones y la exclusión social y comunitaria como mecanismos sociales para el mantenimiento de la mutilación genital femenina. En esta misma línea de argumentación apuntan los participantes del estudio, destacando una serie de consecuencias sociales derivadas de la no mutilación. La exclusión, el rechazo social, la marginación y los agravios hacia el honor de las mujeres ejemplifican algunos de estos problemas sociales (tabla 5d), que funcionan como castigos colectivos para las mujeres que no han sido mutiladas y sus familias, de modo que se acaban convirtiendo en un argumento de peso a favor de mantener la mutilación genital femenina.

Posicionamiento e identificación de las consecuencias sobre la salud de las mujeres

La percepción de las consecuencias asociadas a la mutilación genital femenina está íntimamente relacionada con el posicionamiento de los informantes con respecto a la práctica. Así, los participantes que están en contra del corte son conscientes de algunas de las complicaciones derivadas de la mutilación. Sin embargo, los hombres entrevistados que tienen un posicionamiento favorable muestran generalmente un desconocimiento de los problemas secundarios a la práctica, o una carencia a la hora de establecer los nexos de relación necesarios entre la mutilación genital femenina y sus consecuencias (tabla 6).

Un estudio realizado por Kaplan et al.²⁸ en Gambia muestra que el 72% de los hombres encuestados desconocían que esta tradición pudiera tener efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otro estudio realizado en 2015 por Moges et al.²⁹, en el cual se expone que el escaso conocimiento de los efectos sobre la salud por parte de las madres está vinculado directamente con actitudes favorables hacia el mantenimiento de la mutilación genital femenina.

Tabla 6

Comparación del reconocimiento de complicaciones según el posicionamiento

Posicionamiento en contra de la mutilación genital femenina	Posicionamiento favorable a la mutilación genital femenina
«Muchas mujeres tienen muchos problemas que yo haya visto, que estén relacionados con eso. Algunas tienen suerte, pero alguna puede no tener suerte para eso», PMGF4. «Estoy en contra porque no es bueno para su salud y para su placer», PMGF10.	«Si está bien hecho beneficia a los dos», IMG2. «No causa ningún problema. Es bueno en cuanto a que no va a estar insatisfecha por su marido y va a buscar a otro», PMGF11.

Según los testimonios de los participantes del estudio, el conocimiento de las complicaciones, como la muerte de niñas, y la proyección de dicha problemática sobre sus familiares, puede funcionar como una motivación para el rechazo a la mutilación genital femenina:

«Si fuera mi hija, con eso la podría matar, yo ver a mi hija desangrándose así, la muerte... Hacerle eso...», PMGF8.

«Sangrar así por razones que no sirven para nada, absolutamente nada. No tiene excusa para mí. La escisión de la mujer no tiene sentido», PMGF4.

En este sentido, un estudio realizado en Sudán muestra que algunos hombres no entienden con exactitud la mutilación genital femenina hasta que se casan con una mujer mutilada, momento en que la percepción de las complicaciones les hace sentir víctimas de esta práctica y se declaran contrarios a que sus hijas se sometan a la mutilación³⁰.

Sensibilización y conocimiento de las secuelas de la mutilación genital femenina

El reconocimiento de las patologías asociadas a la mutilación genital femenina está ligado al posicionamiento hacia esta práctica, y es por ello que dicho conocimiento puede funcionar como una medida para obstaculizar la realización de la tradición, tal como ha quedado demostrado en diversos estudios^{31,32} que concluyen que la experimentación de complicaciones por parte de las mujeres crea una conciencia de cambio para exonerar a sus hijas de esta pesada carga física y psicológica.

En el caso de los hombres, el proceso de sensibilización a través del conocimiento es similar, tal como deducimos de los *verbatim* de los hombres contrarios a esta tradición. Los resultados de este estudio se sitúan en la línea argumental de la investigación realizada por la OMS³³ en tres comunidades egipcias, donde la mayoría de las mujeres y de los hombres expresaron su apoyo hacia la mutilación genital femenina, aunque los participantes que habían estado expuestos a programas de sensibilización sobre los problemas sexuales de esta práctica se mostraron menos propensos a mutilar a sus hijas.

La sensibilización puede fomentar el reconocimiento de las patologías asociadas a la mutilación genital femenina, lo que puede suponer un gran instrumento para su abandono paulatino³⁴:

«La ablación genera enfermedad en África. Todavía en África tenemos mucho que hacer [...]. Explicar que con lo que tú vas a hacer vas a quitar una parte de su vida. Va a perder una parte de sensibilidad sobre su vida. Puede tardar en excitarse. Las mujeres no sienten de la misma manera, y tarda para sentir», PMGF8.

De hecho, un estudio sobre el impacto de la educación sanitaria sobre las actitudes con respecto a la mutilación genital femenina muestra que este tipo de intervenciones producen una reducción significativa de la actitud favorable de los hombres hacia ella³⁵.

Limitaciones

Los resultados surgen de la perspectiva personal de una muestra de hombres vinculados a la mutilación genital femenina. Por lo tanto, no se pretende crear una fotografía generalizable de dichas perspectivas, sino que se intenta proporcionar una imagen extrapolable de los datos derivados de la experiencia subjetiva, con el fin de aportar bases teóricas para el trabajo de erradicación a través de mediaciones fundamentadas en datos empíricos. Además, para tratar de evitar sesgos de interpretación se aplicaron diferentes criterios de calidad, como la realización de las diferentes sesiones periódicas de retroalimentación con los informantes clave y la utilización de la paráfrasis de las ideas para reforzar las afirmaciones plasmadas en el estudio.

Conclusiones

Los hombres procedentes de países donde se realiza la mutilación genital femenina contrarios a mantener esta práctica muestran un mayor conocimiento de las consecuencias negativas, físicas y sexuales, en la salud de las mujeres afectadas. Por el contrario, los participantes que se manifiestan a favor de la mutilación genital femenina no asocian la mutilación de los genitales femeninos con problemas de salud. De este modo, el conocimiento de las secuelas asociadas a la práctica puede ser un factor a tener en cuenta para desarrollar intervenciones familiares dirigidas a la erradicación de la mutilación genital femenina. Del mismo modo, los programas de formación destinados a la lucha contra la mutilación genital femenina deben implicar a los hombres relacionados con esta práctica, e incluir la descripción de las complicaciones físicas, emocionales, sociales y sexuales que provoca o puede provocar la mutilación en mujeres y niñas.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La mutilación genital femenina está considerada internacionalmente como un atentado contra los derechos humanos y un acto de violencia contra las mujeres y niñas. Además, al ser fruto de una fuerte discriminación entre sexos, jerarquiza y perpetúa las relaciones en clave de desigualdad y niega el derecho a la integridad física y psicosexual de esas mujeres y niñas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Conocer los puntos de vista de los hombres sobre la mutilación genital femenina favorece el proceso de erradicación de esta mediante la incorporación de nuevas perspectivas necesarias para realizar un abordaje integral de las comunidades que la realizan.

Contribuciones de autoría

El presente trabajo ha sido coordinado y concebido por I. Jiménez Ruiz y P. Almansa Martínez. El diseño de la investigación se debe a I. Jiménez Ruiz. En cuanto a la recogida, el análisis y la interpretación de los resultados, fueron realizados por M.M. Pastor Bravo, P. Almansa Martínez e I. Jiménez Ruiz. La organización del contenido y la redacción las llevaron a cabo I. Jiménez Ruiz, M.M. Pastor Bravo y P. Almansa Martínez. Todas las personas firmantes han participado en la revisión crítica del presente artículo hasta alcanzar la versión final para su publicación, y todas las discrepancias han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Se agradece su participación a los hombres que conforman la muestra, sin cuya altruista aportación no hubiera sido posible finalizar este estudio. También se hace extensivo el agradecimiento a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, por facilitar el uso de sus instalaciones, y a la Asociación DEMUSA, ya que gracias a su estructura hemos podido acceder a la población del estudio.

Bibliografía

1. OMS. Mutilación genital femenina. Nota descriptiva N° 241. (Consultado el 25/03/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
2. UNICEF. UNICEF's data work on FGM/C. [edición electrónica]. 2015. (Consultado el 12/02/2016.) Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
3. Jiménez-Ruiz I [Tesis Doctoral] Enfermería y cultura: las fronteras del androcentrismo en la ablación/mutilación genital femenina. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
4. Davis G, Ellis J, Hibbert M, et al. Female circumcision: the prevalence and nature of the ritual in Eritrea. *Mil Med.* 1999;164:11–6.
5. Firth A. Etnometodología. *Discurso & Sociedad.* 2010;4:597–614.
6. Farland M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En: Raile M, Marriner A, editores. *Modelos y teorías en enfermería.* 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 454–79.
7. Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, et al. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health.* 2011;8:1–6.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top guideline female genital mutilation and its management. 2009;53:1–17.
9. Abdulkadir J, Margairazb C, Boulvaina M, et al. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Eur J Med Sci.* 2011;1–8.
10. WHO. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bull WHO.* 2010;88:281–8.
11. Abolfotouh SM, Ebrahim AZ, Abolfotouh MA. Awareness and predictors of female genital mutilation/cutting among young health advocates. *Int J Womens Health.* 2015;7:259–69.
12. WHO. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006;367:1835–41.
13. Frega A, Puzio G, Maniglio P, et al. Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM I and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288:513–9.
14. Berg R, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetr Gynecol Int.* 2013:1–15.
15. Almroth L, Bedri H, El Musharaf S, et al. Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health.* 2005;9:118–23.
16. Khaled K, Samy S, Abed El-Aziz E, et al. Impacts of female genital mutilation on women's reproductive health. *Comun Med Health Educ.* 2012;2:1–4.
17. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;70:99–104.

18. Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos. En: Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación. Londres: EDAI; 1998.
19. Utz-Billing Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008;29:255–99.
20. Kaplan A, Torán P, Bermúdez K, et al. Las 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.
21. Hearst A, Molnar A. Female genital cutting: an evidence-based approach to clinical management for the primary care physician. *Mayo Clin Proc*. 2013;88:618–29.
22. Vloeberghs E, Van der Kwaak A, Knipscheer J, et al. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethnicity & Health*. 2012;17:677–95.
23. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation female genital mutilation. *Am J Psychiatr*. 2005;162:1000–2.
24. Gele A, Kumar B, Hjelde K, et al. Attitudes towards female circumcision among Somali immigrants in Oslo: a qualitative study. *Int J Womens Health*. 2012;4:1–11.
25. Johnson-Agbakwu CE, Helm T, Killawi A, et al. Perceptions of obstetrical interventions and female genital cutting: insights of men in a Somali refugee community. *Ethn Health*. 2014;19:440–57.
26. Berg R, Denison E. A tradition in transition: factors perpetuating and hindering the continuance of female genital mutilation/cutting (FGM/C) summarized in a systematic review. *Health Care for Women International*. 2013;34:837–59.
27. Berg R, Denison E. Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C. *Sex Res Soc Policy*. 2012;9:41–56.
28. Kaplan A, Cham B, Njie LA, et al. Female genital mutilation/cutting: the secret world of women as seen by men. *Obstet Gynecol Int*. 2013;2013:1–10.
29. Moges NA, Mullu G, Gedfew M, et al. Attitude and practice of women towards female genital mutilation in Lejet Kebele, Dembecha Woreda, Amhara Regional State, Northwest, Ethiopia, 2014. *J Gynecol Obstet*. 2015;3:21–5.
30. Berggren V, Ahmed SM, Hernlund Y, et al. Being victims or beneficiaries? Perspectives on female genital cutting and reinfibulation in Sudan. *Afr J Reprod Health*. 2006;10:24–36.
31. Lundberg PC, Gerezgiher A. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*. 2008;24:214–25.
32. Pastor MM. Tesis doctoral La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: saberes para la disciplina enfermera. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
33. WHO. Men's and women's perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality in three communities in Egypt. Department of Reproductive Health and Research. 2010.
34. Jiménez-Ruiz I, Almansa P, Pastor MM. Key points for abolishing female genital mutilation from the perspective of the men involved. *Midwifery*. 2016;34:30–5.
35. Asekun-Olarinmoye EO, Amusan OA. The impact of health education on attitudes towards female genital mutilation (FGM) in a rural Nigerian community. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13:289–97.