

**LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y
SU SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA:
UNA APROXIMACIÓN ENFERMERA**

*FEMALE GENITAL MUTILATION AND ITS CURRENT
SITUATION IN SPAIN: A NURSING APPROACH*

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

Autora: Ángela Prellezo Ursueguía

Directora: María Yolanda Martín Seco

Curso académico 2022/2023

Facultad de Enfermería

Universidad de Cantabria



Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO	7
1.2.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	8
1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS.....	8
2. GENERALIDADES SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.....	9
2.1. ALTERNATIVAS EXISTENTES AL TÉRMINO “MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA”	9
2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS	10
2.3. DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA PRÁCTICA A NIVEL INTERNACIONAL	11
2.3.1. EL CONTINENTE AFRICANO	11
2.3.2. EL CONTINENTE ASIÁTICO	12
2.3.3. CONTINENTES RECEPTORES DE PERSONAS INMIGRANTES EN CUYO PAÍS DE ORIGEN SE REALIZA EL CGF	13
2.4. DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA PRÁCTICA EN ESPAÑA Y CANTABRIA.....	13
2.5. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA REGULACIÓN JURÍDICO-LEGAL.....	14
2.5.1. MARCO INTERNACIONAL	14
2.5.2. MARCO EUROPEO.....	15
2.5.3. MARCO ESPAÑOL	16
2.5.4. REGULACIÓN ESPECÍFICA EN CANTABRIA	17
3. ENTENDIENDO LA MGF DESDE LAS COMUNIDADES DE ORIGEN	17
3.1. MOTIVACIONES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA	17
3.2. EL RITUAL	19
4. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	19
4.1. CONSECUENCIAS DEL CGF	19
4.2. POSIBLES ESCENARIOS Y LA ADECUADA ACTUACIÓN PROFESIONAL EN CADA CASO 21	
4.3. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN MUJERES CON UN CGF	23
4.4. EL MARCO DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL	25
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA	31
8. ANEXOS	39

RESUMEN

Debido a los actuales flujos migratorios a nivel mundial, hay prácticas socioculturales, como la Mutilación Genital Femenina (MGF), que ya no están circunscritas a las comunidades originarias, sino que han trascendido las fronteras. En el caso de la MGF, debido a sus implicaciones sobre la salud física, psíquica y psicosexual de las niñas y mujeres, se ha convertido en un asunto de Salud Pública ante el cual los países receptores deben saber responder adecuadamente. Aunque es importante conocer las alternativas terapéuticas que pueden ofertarse a estas mujeres, como son la desinfibulación, reconstrucción del clítoris o diferentes tipos de terapias psicológicas y psicosexuales; para conseguir disminuir la incidencia de esta práctica a nivel mundial, cobran aún más importancia las labores de prevención primaria. En este sentido, los profesionales sanitarios son un eslabón indispensable. Para ello, debe abogarse por la formación de éstos en la complejidad de la MGF y en competencias culturales para evitar enfoques etnocentristas, así como por la colaboración con las comunidades practicantes. De este modo, se conseguirá la eliminación de esta práctica. Específicamente en el ámbito enfermero, destaca la enfermería transcultural como base teórica sobre la cual entender la MGF y el sistema que la sustenta.

Palabras clave: circuncisión femenina, antropología, enfermería, enfermería transcultural.

ABSTRACT

Due to the current global migratory movements, there are sociocultural practices, such as the Female Genital Mutilation (FGM), that are no longer circumscribed to the native communities, but have transcended frontiers. Regarding FGM, because of its implications on the physical, mental and psychosexual health of girls and women, it has become a Public Health issue that receiving countries must respond to accordingly. Although it is important to know the therapeutic alternatives available for these women, such as deinfibulation, clitoral reconstruction or different types of psychological and psychosexual therapies; to achieve a worldwide drop in the incidence of this practice, the primary prevention activities are even more important. For this reason, healthcare workers are an essential link. In order to achieve this, it is important to advocate for the training of these professionals in the complexity of FGM and in cultural competency to avoid ethnocentric methodologies; as well as for the collaboration with the practising communities. This way, the elimination of this practice will be attained. Specifically in the nursing field, the transcultural nursing approach stands out as the theoretical basis to understand FGM and the system that sustains it.

Key words: MeSH: circumcision, female; anthropology, nursing, transcultural nursing.

1. INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica tradicional realizada dentro del marco social, cultural y religioso de diversas comunidades alrededor del mundo. Actualmente, la definición más comúnmente aceptada y extendida es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como: “una práctica tradicional nociva que consiste en la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos o en otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos” ⁽¹⁾. Se estima que, anualmente, 3 millones de niñas, a nivel mundial, son susceptibles de someterse a ella ⁽¹⁾. Además, se asume que actualmente existen al menos 200 millones de mujeres y niñas que conviven con alguno de los diferentes tipos de ablación existentes ^(1, 2).

Geográficamente, el continente en el que se ha llevado a cabo una mayor documentación de la prevalencia de esta práctica es África, concentrándose principalmente en algunos países y etnias pertenecientes al África Occidental, Oriental, Central y Septentrional. No obstante, no es una práctica exclusivamente recogida en este continente, puesto que existen datos de su realización en zonas seleccionadas de Asia, América del Sur y Europa ⁽³⁾. Además, debido a los movimientos migratorios a nivel internacional de las últimas décadas, tanto mujeres circuncidadas, como sus hijas y familias, se han asentado en diversos países de Europa, América y Oceanía, por lo que una situación que tradicionalmente había sido exclusiva de las zonas inicialmente citadas, actualmente se registra también en los países receptores, que cuentan con una cultura, visión y legislación que entran en conflicto con la concepción aceptada en las comunidades de origen. Debido a la alta prevalencia a nivel mundial, así como las implicaciones a nivel sanitario, jurídico y humanitario, la OMS considera a la MGF como un problema de Salud Pública.

Es una práctica con una larga tradición, posiblemente originaria del Antiguo Egipto, y que se remonta al menos alrededor del año 1350 a.C., en un grabado encontrado en el Templo de Jonsu (Karnak, Luxor) ^(4,5,6), en el que se representa una escena de circuncisión faraónica llevada a cabo por dos mujeres. Además, se conserva un papiro griego que data del año 163 a.C. ^(4,7), en el que se menciona la circuncisión femenina como un ritual previo al matrimonio. Posteriormente, alrededor del 25 d.C., el historiador griego Estrabón ^(4,6) menciona que dicha práctica ya era una costumbre muy extendida en el Antiguo Egipto. Sin embargo, no fue hasta la década de los 70 del siglo XX que comenzó a estudiarse por parte de autores del mundo occidental, destacando el trabajo de la escritora y feminista estadounidense Fran Hosken con su publicación “*The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*” (1979) ^(8,9), en la que documentó ampliamente dicha práctica. Además, acuñó el término “Mutilación Genital Femenina”, cuyo uso comenzó a extenderse ese mismo año, en un seminario sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y niños que tuvo lugar en Jartum, Sudán. Fue la primera vez que este término y problemática se ponían de manifiesto a nivel internacional. En los años posteriores, diversos organismos se sumaron al reconocimiento de la MGF como una práctica dañina para la salud de las mujeres y niñas ⁽¹⁰⁾.

La importancia de la publicación de Hosken radica en el cambio de paradigma que supuso, pues profesionales pertenecientes a las ciencias sanitarias y sociales, que anteriormente habían defendido una aproximación propia del relativismo cultural, comenzaron a poner en tela de juicio dicho ritual y a adoptar una postura más cercana al universalismo ⁽⁷⁾. En las ciencias

sociales, el relativismo cultural es una corriente que rechaza la supremacía de las culturas occidentales sobre las demás, aceptando la premisa de que existen gran variedad de valores y actitudes entre culturas, pero sin sostener que las consideraciones de unas sean mejores que las de otras; simplemente reconoce la diversidad existente ⁽⁷⁾. Esta postura ha sido criticada por algunos académicos, acusándola de no ser suficiente al abordar un tema tan complejo como la MGF, con implicaciones no sólo culturales, sino con repercusiones en la salud. Por otra parte, las premisas universalistas surgieron como alternativa a la postura anteriormente descrita, defendiendo que existen ciertos valores que deben respetarse en todas las culturas del mundo. En el tema que nos ocupa, esto se ha visto reflejado en el establecer la concepción de un cuerpo femenino normal y aceptable como aquel que no está mutilado ⁽¹¹⁾. Asimismo, también parte de esta filosofía el reconocimiento de los derechos humanos, especialmente los de las mujeres y niñas como universales, motivo por el cual, prácticas justificadas por argumentos de índole cultural o religiosa, no son suficientes para permitir su perpetuación ⁽¹²⁾.

A raíz de los movimientos sociopolíticos y sanitarios que estaban sucediendo en Occidente, activistas pertenecientes a las comunidades practicantes mostraron su inconformidad tanto con el término de MGF, como con las líneas estratégicas propuestas por varias organizaciones para detener la práctica, al considerar que dejaban entrever tintes etnocentristas ⁽¹³⁾ en su manera de comprender y abordar el problema. Además, diversas feministas africanas, como Wairimu Njambi, acusaron a otras defensoras de los derechos de las mujeres y organizaciones occidentales de perpetuar estereotipos colonialistas, al dar a entender no sólo que las mujeres africanas son víctimas de su cultura, sino que, además, la ayuda que necesitan para detener esta práctica debe proceder de los países pertenecientes al “primer mundo” ⁽¹¹⁾.

En cuanto a las motivaciones ⁽¹⁴⁾ que han propiciado la perpetuación de esta tradición a lo largo de los siglos, se trata de un complejo entramado, el cual permite su continuación entre generaciones. Primordialmente, se debe a razones socioculturales, que en parte se justifican en el marco de sociedades configuradas en base a un sistema patriarcal, aunque existen matices y excepciones que se discutirán posteriormente, puesto que no todas las etnias realizan el mismo ritual ni con las mismas pretensiones. Asimismo, es un procedimiento íntimamente ligado con obtener la identidad de género y social dentro de su propia comunidad. Además, también existen razones religiosas, higiénicas o incluso sanitarias.

Respecto a la justificación para estudiar dicho tema, debido a las importantes implicaciones a nivel cultural que tiene, se evidencia la necesidad de una adecuada actuación por parte de los profesionales sanitarios, sin caer en prejuicios o estereotipos preformados de estas mujeres y su cultura, especialmente, de la cultura africana, ya que la mayoría de las pacientes con una MGF pertenecen a dicho continente. Actualmente, aunque existen numerosas publicaciones sobre la MGF y se continúa generando producción científica al respecto, hay una clara brecha de conocimiento respecto a la indicación y efectividad de las intervenciones que se pueden llevar a cabo para restablecer el bienestar físico, psicológico y/o sexual en aquellas mujeres con una MGF y que lo soliciten, pues no existen apenas estudios con el suficiente rigor científico que permitan llegar a resultados concluyentes.

En España, gracias a, por una parte, la regulación a nivel jurídico y penal sobre las implicaciones que conlleva la realización de esta práctica en nuestro país y, por otra, al desarrollo de protocolos sanitarios a nivel nacional y autonómico, cada vez están mejor descritas y estandarizadas las acciones que deben llevar a cabo los diferentes profesionales implicados en la prevención y tratamiento de las secuelas de la MGF. El punto de partida es el reconocimiento de la necesidad de desempeñar un abordaje interdisciplinar, cuya base sean los profesionales

que atienden a estas niñas, mujeres y familias en Atención Primaria, por su cercanía a la comunidad y continuidad asistencial ^(6, 15). Asimismo, deben complementarse con los profesionales pertinentes en el ámbito hospitalario e incluso en el ámbito jurídico y de las Fuerzas de Seguridad, si es necesario. Sin embargo, pese a la presencia de dichos protocolos y sus correspondientes algoritmos de actuación, la atención que se brinda a las mujeres y niñas atendidas no es la óptima. Esto ocurre, esencialmente, por una falta de conocimientos por parte de los profesionales implicados en cuanto a las características de esta práctica y sus implicaciones sobre la salud de las pacientes, las acciones preventivas y terapéuticas, y la legislación recogida en el marco jurídico español. Esto último, en ocasiones, los lleva a implicar a la Justicia en situaciones en las que no es pertinente, lo que conlleva graves consecuencias en la vida de estas familias ⁽¹⁶⁾.

Entre los profesionales sanitarios implicados, cobra una especial importancia el papel de las enfermeras, en el ámbito de la enfermería pediátrica, obstétrico-ginecológica y familiar y comunitaria. Esto es principalmente debido a la posibilidad de dicha figura para establecer una relación de especial confianza y continuidad con estas mujeres, niñas y familias, además de por una formación de base con mayor foco en una percepción holística. Esto es crucial, puesto que es indispensable considerar el bagaje cultural de dichas pacientes para desempeñar cuidados culturalmente congruentes ⁽¹⁷⁾, enmarcados en la concepción de la enfermería transcultural propuesta por Madeleine Leininger. Además, es aprovechando esta posición de cercanía, cuando se pueden intercambiar las concepciones sobre la MGF de cada parte implicada y motivar a las familias a cuestionar sus ideales previos, para conseguir un cambio de percepción originado a partir de su propia reflexión y con los conocimientos y soporte que pueden aportar los profesionales ⁽⁶⁾.

Como reflexión final, cabe mencionar que, mientras organismos como la OMS denuncian la MGF como la manifestación más extrema contra los derechos y libertades de las mujeres y niñas ^(10, 15), existen prácticas llevadas a cabo en los países desarrollados que también encajan en su definición propuesta de MGF, al ser procedimientos realizados no con un fin médico, sino estético, como la cirugía genital cosmética ^(6, 16). Al no estar recogidas como mutilación, no cuentan con las mismas implicaciones legales. Asimismo, también merece consideración la postura de Occidente ante procedimientos como la circuncisión masculina ⁽¹³⁾ o las cirugías en personas intersexuales ⁽¹¹⁾, ambas comúnmente realizadas en menores de edad, muchos sin posibilidad de prestar consentimiento, como ocurre frecuentemente en la MGF, y que no sólo no son penalizadas, sino que están legitimadas a nivel médico. Todo esto pone de manifiesto el colonialismo y etnocentrismo aún implícitos en nuestra sociedad ⁽¹⁸⁾.

1.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.1.1. **Objetivo general:** actualizar el conocimiento sanitario relativo a la práctica de la mutilación genital femenina.

1.1.2. **Objetivos específicos:**

1.1.3. Conocer la diversidad de prácticas incluidas bajo el término “mutilación genital femenina”.

1.1.3.1. Estudiar las motivaciones que perpetúan esta práctica.

1.1.3.2. Profundizar en las diferentes actuaciones sanitarias disponibles al atender a dicho grupo poblacional.

1.1.3.3. Describir la importancia de la adecuada formación de los profesionales sanitarios sobre este tema.

1.1.3.4. Proponer un marco de actuación enfermera basado en la enfermería transcultural.

- 1.1.3.5. Plantear alternativas para motivar un cambio de paradigma en las familias practicantes.
- 1.1.3.6. Exponer los recursos disponibles en la comunidad al alcance de las mujeres y familias.

1.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para desarrollar el presente trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva, empleando diversas bases de datos y bibliotecas virtuales, entre las cuales se encuentran Google Académico, CUIDEN, Scielo, Dialnet, PubMed y Cochrane. Además, también se accedió a documentos originales disponibles en las páginas web de organismos como la OMS y organizaciones pertenecientes a la ONU, como UNICEF o ACNUR; así como a documentos disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad y de la Fundación Wassu-UAB, entre otros. Dicha búsqueda se llevó a cabo a lo largo de los meses de noviembre y diciembre de 2022 y enero de 2023.

Respecto a los criterios de inclusión, inicialmente se estableció un intervalo entre 2017 y 2022 para seleccionar los documentos con la mayor vigencia posible. No obstante, ciertas publicaciones, especialmente las más próximas a la rama de la antropología, pertenecen a fechas anteriores, puesto que se ha accedido a algunos de dichos documentos de manera secundaria, a partir de las referencias bibliográficas de trabajos posteriores. En ellas se desarrollan debates sociológicos relativos al tema de la MGF, que se originaron hace décadas, pero sus postulaciones teóricas continúan vigentes, puesto que es una problemática que se continúa debatiendo. Tampoco se incluyen dentro de este intervalo ciertos documentos originales pertenecientes a organismos como la OMS, puesto que algunas de ellas no han vuelto a ser actualizadas desde su última publicación.

En segundo lugar, respecto al idioma, se seleccionaron documentos disponibles tanto en inglés como en español.

Sobre los criterios de exclusión, se descartó incluir publicaciones cuyo acceso al artículo completo no resultara posible.

Por otra parte, para realizar una búsqueda lo más estandarizada posible, se han utilizado los descriptores de la salud pertinentes, así como el operador booleano “AND”, para obtener publicaciones lo más ajustadas al objeto de estudio. Para extraer los descriptores correspondientes, se han consultado los tesauros DeCS y MeSH. A continuación, se detallan los términos escogidos.

DeCS: circuncisión femenina, antropología, enfermería, enfermería transcultural.

MeSH: circumcison, female; anthropology, nursing, transcultural nursing.

1.3. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

1.3.1. **Capítulo I, “generalidades sobre la mutilación genital femenina”.** En este primer capítulo se definen los conceptos básicos relativos a esta práctica y la clasificación de las diferentes tipologías, teniendo en cuenta las diferentes propuestas y concepciones existentes por parte de comunidades practicantes y de países receptores. Asimismo, se detallan la distribución y prevalencia geográficas y étnicas a nivel internacional y nacional. Por último, se realiza un breve recorrido desde las primeras declaraciones por parte de organismos oficiales y organizaciones internacionales sobre la MGF hasta su legislación actual. Se profundiza especialmente en la regulación vigente del sistema español al respecto. En conjunto, la información aportada en esta sección servirá de base para el desarrollo de los capítulos posteriores.

- 1.3.2. **Capítulo II, “entendiendo la MGF desde las comunidades de origen”.** Se detallan las motivaciones de las diferentes culturas para llevar a cabo la MGF y la significación que otorga cada una. También se describe el ritual, el cual no se realiza de manera uniforme entre todos los grupos culturales.
- 1.3.3. **Capítulo III, “el papel de los profesionales de la salud”.** Se comienza este apartado exponiendo las consecuencias sobre los diferentes aparatos y sistemas descritas sobre los cuerpos de las niñas y mujeres a corto, medio y largo plazo. Posteriormente, se comenta la función de cada profesional en la labor de prevenir la MGF y de tratar sus complicaciones en caso de que las haya, así como las actuaciones que se deben realizar en cada escenario. Asimismo, se comentan las potenciales consecuencias sociales y penales de no utilizar adecuadamente los protocolos y herramientas a disposición de los profesionales. También se detallan intervenciones como la desinfibulación o la reconstrucción del clítoris. Finalmente, se dedica un apartado centrado en los profesionales de enfermería, donde se explican las fundamentaciones teóricas sobre la enfermería transcultural y la manera de llevarla a cabo en la práctica para motivar un cambio de paradigma en las mujeres y familias.
- 1.3.4. **Capítulo IV, “rituales alternativos y recursos comunitarios”.** Se proponen ejemplos de comunidades en las que se han comenzado a realizar rituales simbólicos, en los que se conserva la esencia de los ritos de paso, pero sin realizar la circuncisión. También se mencionan algunas actividades y recursos comunitarios que diversas organizaciones y fundaciones españolas han puesto a disposición de estas familias, y que podrían no sólo apoyarlas a ellas, sino también a los profesionales durante este proceso de cambio.

2. GENERALIDADES SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

2.1. ALTERNATIVAS EXISTENTES AL TÉRMINO “MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA”

La expresión más extendida para aunar a todas las prácticas que incluyan intervenciones sobre los órganos genitales femeninos sin un fin médico es “mutilación genital femenina”, la cual apareció por primera vez en *“The Hosken Report”* ^(8,9). No obstante, este término no tuvo una acogida unánime por parte de las comunidades practicantes, quienes lo tildaron de etnocentrista. Por ello, a lo largo de las décadas, tanto desde las poblaciones de origen como por parte de académicos occidentales, se han sugerido diversas alternativas que se comentarán a continuación. Asimismo, debe también tenerse en cuenta que existen palabras *emic* específicas de algunas zonas, como *“sunna”* ^(19,20) - utilizada en lugares donde se practica el islam, implica que este procedimiento es una recomendación religiosa-, *“gukuna”* ⁽²¹⁾ -término empleado en zonas de Ruanda para referirse al alargamiento de los labios menores- o *“sunat perempuan”* ⁽²⁰⁾ -término empleado en las áreas practicantes de Indonesia-, entre muchas otras.

En primer lugar, el término “circuncisión femenina” nace desde la perspectiva adoptada en las comunidades endémicas sobre la circuncisión femenina y masculina, al ser dos prácticas que generalmente coexisten en sus comunidades y se consideran equivalentes. No obstante, desde el mundo occidental, mayoritariamente se rechaza esta expresión, precisamente debido a que equipara dos prácticas que no son totalmente comparables, puesto que cuando se lleva a cabo sobre las mujeres, subyace una desigualdad de género. Por ejemplo, en varias ocasiones, se realiza con la pretensión de ejercer un control sobre la sexualidad de las mujeres, y la modalidad femenina puede llegar a tener mayores implicaciones sobre la salud ⁽²²⁾.

Uno de los términos que actualmente cuentan con mayor aceptación mutua es “Corte Genital Femenino” (CGF), propuesto por la organización ugandesa “REACH” y aceptada por organismos como la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) o FIGO (Federación Internacional

de Ginecología y Obstetricia)⁽¹³⁾. Se considera una alternativa equidistante y neutral, frente a términos más polémicos como “MGF”, pero no tan ambiguos como “circuncisión femenina”. Por ello, el término CGF será el empleado durante el resto del trabajo. Asimismo, organizaciones como UNICEF, abogan por el uso conjunto de los términos “corte” y “mutilación”, proponiendo utilizar el acrónimo “MGF/C”⁽¹³⁾.

2.2. CLASIFICACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS

Puesto que la clasificación propuesta por la OMS es la que cuenta con mayor aceptación en la comunidad científica e internacional, será la que se detalle en este apartado. Sin embargo, algunos autores consideran que la distribución extendida por la OMS no atiende a la diversidad cultural presente entre estos grupos, que se ve reflejada en las variedades que abarca el CGF, por lo que en ocasiones también se le ha acusado de etnocéntrica⁽¹⁷⁾. Además, en la práctica, es complicado distinguir tan claramente las modalidades descritas⁽²²⁾. La clasificación de la OMS incluye cuatro tipos de CGF, asignados en orden ascendente de gravedad^(6, Anexo 1).

El tipo I se define como “la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin amputación parcial o total del clítoris”. En función de si únicamente se realiza la extracción del prepucio del clítoris o tanto clítoris como prepucio, se clasifican en tipo Ia y Ib, respectivamente.

El tipo II, también llamado “escisión”, consiste en la “resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores”. En función de los tejidos eliminados, se clasifica en IIa si únicamente se cortan los labios menores, IIb si además incluye la resección parcial o total del clítoris y IIc si también se extiende a los labios mayores.

La práctica designada como “*sunna*”, típicamente encaja con las tipologías I y II⁽¹⁹⁾.

El tipo III, conocido como “infibulación” o “circuncisión faraónica” supone el “estrechamiento o sellado de la apertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores, y a veces también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris”. El único orificio restante tras su realización es por el que se eliminarán la orina y la sangre menstrual. Se describen dos subtipos, IIIa y IIIb, en función de si dicha recolocación se realiza sobre los labios menores o mayores, respectivamente.

Finalmente, existe el tipo IV, que incluye a “todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica”. En este apartado se incluyen gran variedad de procedimientos, como realizar una pequeña incisión o raspado en el clítoris, hacer perforaciones⁽¹³⁾, o alargar el clítoris y/o los labios. Ésta última práctica es conocida en Ruanda como “*gukuna*”⁽²¹⁾, refiriéndose a la elongación de los labios menores, y cuyas peculiaridades se discutirán posteriormente. También se engloban prácticas como cauterizar el clítoris y/u otras estructuras -conocido como “burning”- o introducir sustancias en la vagina, bien con la pretensión de originar hemorragia -mediante la introducción de sustancias corrosivas- o de estrechar el orificio vaginal -conocido como “dry sex”-^(6, 22). Finalmente, también se incluyen los cortes “angurya” y “gishiri”, que consisten en realizar raspaduras en la apertura vaginal y en la propia vagina, respectivamente. Los cortes “gishiri” se llevan a cabo en Nigeria, en zonas donde es común el matrimonio infantil, con la pretensión de facilitar la penetración durante el acto sexual, al aumentar el tamaño del orificio vaginal^(6, 9).

Por otra parte, feministas africanas como Nahid Toubia proponen clasificaciones alternativas y más sencillas⁽⁷⁾. Plantea dividir estas prácticas en dos grupos: aquellas en las que se lleva a cabo una reducción y aquellas en las que se realiza un recubrimiento. Las primeras equivaldrían a los tipos I y II según la OMS, y las segundas al tipo III o infibulación.

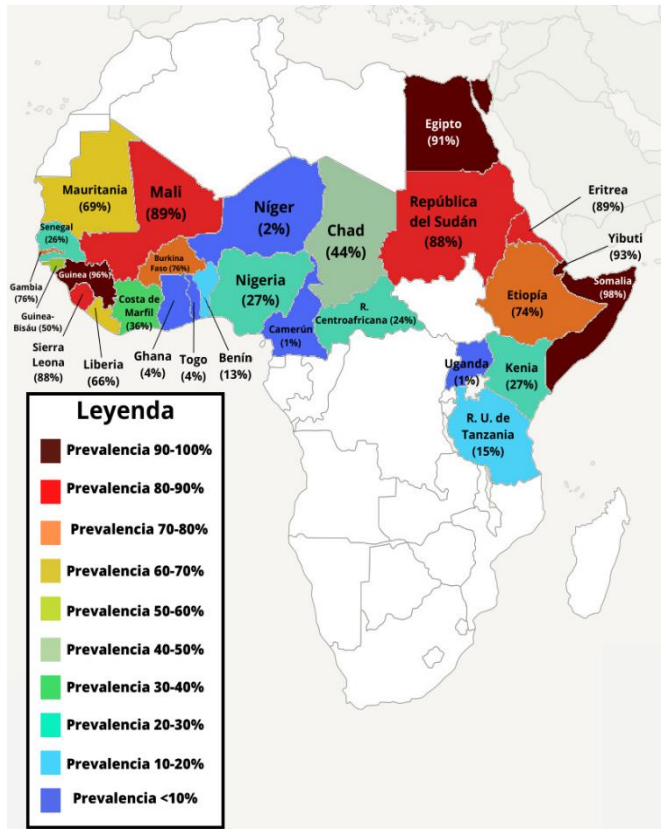
2.3. DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA PRÁCTICA A NIVEL INTERNACIONAL

El CGF se lleva a cabo en diferentes zonas a lo largo de todo el globo, si bien es cierto que existe una mayor y mejor documentación y estimación de los datos en el continente africano. Asimismo, es imprescindible ser conocedores de que dicha tradición no se realiza en la totalidad del territorio nacional de los países donde está recogida, sino que está circunscrita a etnias concretas ^(6, 23, 24). Por lo tanto, en los países suelen coexistir etnias practicantes y no practicantes, muchas veces traspasando los límites de las fronteras oficiales ⁽²⁵⁾. Es relevante conocer este aspecto, pues previene la suposición de que una familia practique el CGF basándose exclusivamente en el país de origen, sin valorar la etnia.

Otro aspecto que debe considerarse es la edad que tienen las niñas cuando se les practica el corte. Estadísticamente, se establecen dos grandes intervalos: las niñas con edades comprendidas entre el nacimiento y los 5 años y aquellas situadas en la franja de los 5 a los 14 años ⁽²⁵⁾. La práctica se realizará a una edad u otra en función de diversos factores. En aquellas etnias en las que se concibe como un ritual de paso de la infancia a la edad adulta, es más frecuente que ésta ocurra en edades previas a la menarquía ^(6, 24). Sin embargo, se ha observado una cierta tendencia a realizarse en niñas más pequeñas, alegando como motivo el evitar que tengan un recuerdo traumático del procedimiento, lo que, a su vez, facilita que cuando dichas niñas crezcan, sea más posible que perpetúen la práctica, al no tener un mal recuerdo o ausencia de este. Otro motivo que sostiene dicha disminución en la edad responde a un intento de los progenitores de encubrir su realización a las autoridades pertinentes ^(22, 25). No obstante, estadísticamente se está observando en los últimos años una tendencia negativa en el número de CGF que se realizan cada año. En la actualidad, es tres veces menos posible que a una niña se le realice el corte, comparado con las posibilidades que tuvo su madre con esa edad. Hay países como Benín, Irak, Liberia, Nigeria o la República Centroafricana donde esta tendencia es aún más acusada, y las cifras de prevalencia han disminuido en un 50%. Esta nueva situación puede ser explicada por múltiples factores, entre los que se encuentran las mayores tasas de escolarización de las niñas o el rechazo cada vez más creciente por parte de las mujeres, y hombres que viven en las zonas practicantes ⁽²⁵⁾.

2.3.1. EL CONTINENTE AFRICANO

En África, se ha documentado la existencia de la práctica en 27 países, así como su prevalencia. Geográficamente, quedan recogidos en el siguiente mapa ⁽²⁵⁾:

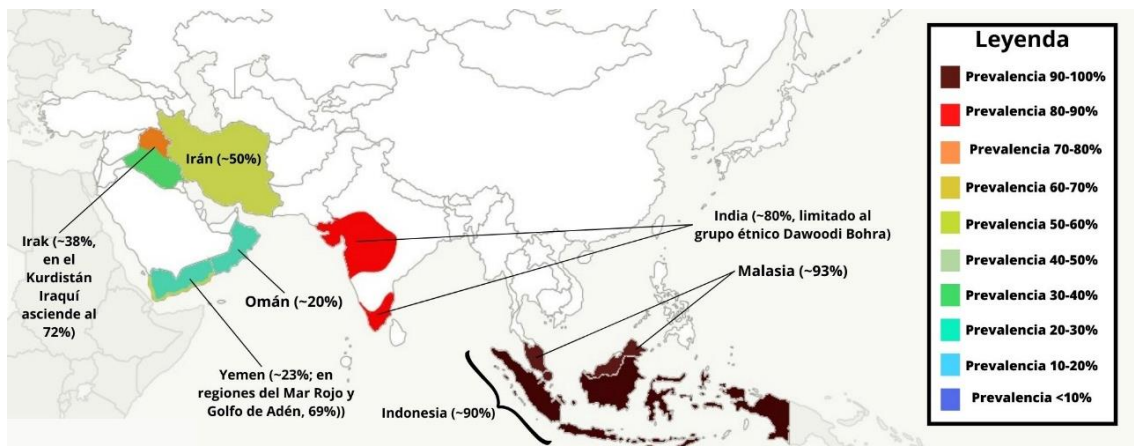


Fuente: elaboración propia a partir de los datos estadísticos disponibles en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (25).

Si se realiza la agrupación por etnias, las que predominantemente lo practican son los Bámbara, los Soninké, los Diola, los Hausa, los Fanti y los Yoruba. Entre las comunidades que no son practicantes, destacan los Wolof, Sere y Ndiago, localizadas en los territorios de Senegal, Gambia y Mauritania (25, 26, 27, Anexo 2). En cuanto a la distribución y prevalencia de las diferentes tipologías recogidas por la OMS, de manera general, en el continente africano, las de tipo I y II son las más frecuentes, suponiendo el 85% de los CGF, y están especialmente acumuladas en las zonas subsaharianas occidentales y centrales del continente. Se estima que las infibulaciones suponen el 15% restante, y se realizan principalmente en países situados en la zona oriental, como Sudán, Somalia, Eritrea, Etiopía o Yibuti, donde el porcentaje asciende hasta superar el 82% (25, 28).

2.3.2. EL CONTINENTE ASIÁTICO

En Asia, aunque sí hay casos documentados sobre la realización de esta práctica, no existen datos con prevalencia estimada en todos los países del continente. Aquellos en los que sí existen este tipo de cifras son Irak, Irán, Yemen e Indonesia (6, 20). Sin embargo, no es así en Malasia, Omán o India. Por otra parte, existen algunas etnias en Sri Lanka en las que se tiene constancia de que también se practica, y, recientemente, se ha comenzado a investigar la posibilidad de que también sea una práctica arraigada en zonas de Emiratos Árabes, Siria y Jordania (6).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos estadísticos disponibles en "Mutilación Genital Femenina, Manual para Profesionales" (6).

Nuevamente, cabe recordar que los porcentajes estimados varían notablemente en función de la región estudiada dentro de un mismo país.

2.3.3. CONTINENTES RECEPTORES DE PERSONAS INMIGRANTES EN CUYO PAÍS DE ORIGEN SE REALIZA EL CGF

En la práctica totalidad de América, Europa y Oceanía, salvo algunas excepciones, no se han obtenido datos que demuestren la realización del CGF dentro de sus fronteras, sino que principalmente se trabaja con las tasas de realización descritas en los países de los que son originarios algunos inmigrantes que llegan a estos continentes, para estimar el riesgo que pudieran tener las mujeres y niñas migrantes de serles practicado un CGF. No obstante, hay localizaciones concretas en las que sí existe evidencia al respecto. Por ejemplo, se tiene constancia de que se practica en la etnia colombiana de los Emberá-Chamí ^(6, 29). El motivo por el que este grupo realiza el CGF se sospecha que proviene de la importación de esclavos africanos procedentes de etnias practicantes a dicho país entre los siglos XVI y XIX ⁽³⁰⁾. En el caso de Europa, se han identificado dos zonas. La primera región es la República de Daguestán, en Rusia, donde se han registrado casos de varias niñas a las que se les ha practicado dicho ritual. La segunda zona se encuentra en Georgia, entre el grupo étnico de los Avar, que también está asentado en la zona rusa previamente mencionada ⁽⁶⁾.

2.4. DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA PRÁCTICA EN ESPAÑA Y CANTABRIA

En España, durante los años 90 del siglo pasado, se detectaron algunos casos de CGF en Cataluña y Palma de Mallorca. No obstante, desde 1996, no se han vuelto a conocer datos de que se haya realizado esta práctica dentro de las fronteras nacionales ⁽²⁵⁾.

Para poder estimar estadísticamente la prevalencia de individuos procedentes de países donde se realiza el CGF, y así, posteriormente, poder calcular aproximadamente el número de menores de edad susceptibles de que les sea realizado, la antropóloga Adriana Kaplan Marcusán ideó el “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España” ⁽³⁾. Se actualiza cada cuatro años, siendo la versión del 2016 la más recientemente publicada y la que se utilizará en este trabajo. Debido a que oficialmente no se dispone de un registro sobre la prevalencia de esta práctica en nuestro país, la mejor aproximación posible del riesgo de que a una mujer o niña le sea practicado el CGF es mediante el padrón continuo, que permite conocer el número de personas empadronadas en un momento concreto, así como su país de procedencia. Una vez conocido esto, puede aproximarse que, de la población total que actualmente vive en España y es originaria de países donde se realiza el CGF, 69.086 son mujeres, y, de ellas, 18.396 son niñas de entre 0 y 14 años. Es decir, de todas las personas empadronadas en España y que en su lugar de origen se realice esta práctica, el 16% son niñas. Sin embargo, posiblemente la cifra sea mayor, debido a la dificultad para estimar a través del padrón la población infantil nacida, bien en países donde se realice la práctica y que hayan adquirido la nacionalidad española, o bien que hayan nacido en España, al poseer automáticamente dicha nacionalidad ⁽³⁾.

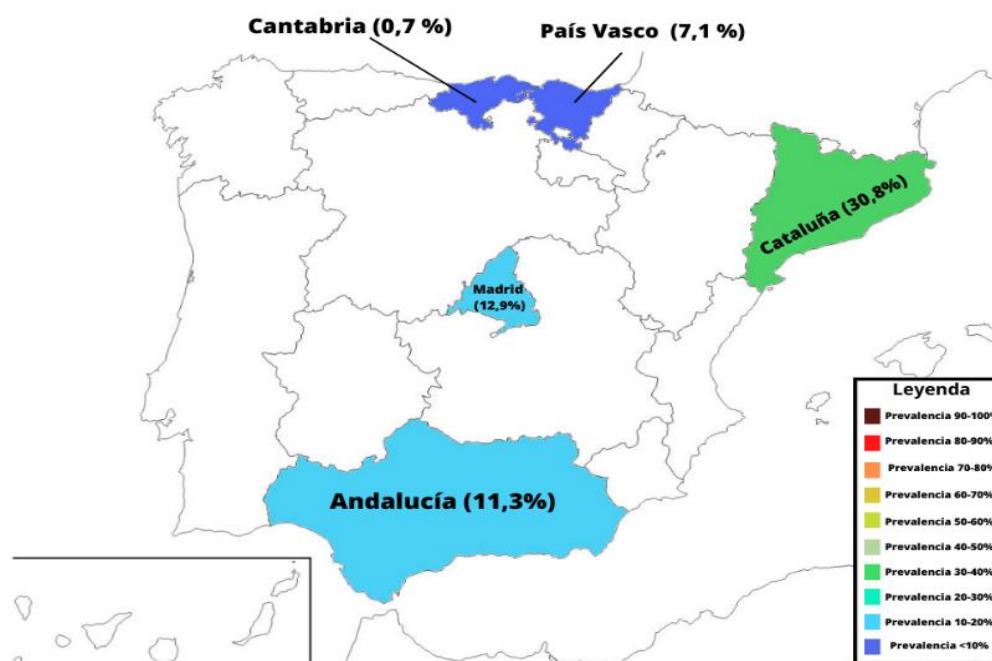
Otro dato relevante es que estas poblaciones están notablemente masculinizadas, suponiendo los hombres un 71,5% del total, y dicha tendencia va en aumento. Una posible explicación es la decisión de las familias migrantes de acudir a España sin sus hijas menores de edad, debido a los antecedentes de criminalización de las niñas reagrupadas circuncidadas y sus familias cuando llegaban a España, por lo que cada vez migran menos niñas a nuestro país ^(3, 6, 16, 25).

En cuanto a la cantidad de personas procedentes de países en los que se practica el CGF en España, se exponen a continuación en un mapa las Comunidades Autónomas con mayor prevalencia.

Sobre su procedencia, principalmente son originarios de Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea y Ghana, aunque puede variar entre Comunidades Autónomas ⁽³⁾.

Asimismo, es destacable que la región en la que más ha aumentado la población femenina entre 2012 y 2016 ha sido el País Vasco, pasando de una población femenina total en 2012 de 3.308 mujeres a 4.890 en 2016, lo que supone un crecimiento relativo del 47,8%, siendo también notable el aumento en su población femenina infantil en el mismo intervalo de tiempo, pasando de 840 niñas en 2012 a 1.378 en el año 2016, lo que representa un crecimiento relativo del 64%. Esto ha supuesto que su prevalencia total de población procedente de estos países sea del 7,1%.

En Cantabria, la prevalencia es del 0,7%, siendo la segunda Comunidad Autónoma con cifras más bajas, aunque su población femenina entre 0 y 14 años ha aumentado en un 11%, contrario a la tendencia nacional, con 485 mujeres en 2016, frente a las 437 registradas en 2012. La mayoría de las personas provienen de Nigeria, Senegal y Camerún, y principalmente residen en Santander, seguido de Torrelavega y El Astillero ⁽³⁾.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en el "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016" ⁽³⁾.

2.5. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA REGULACIÓN JURÍDICO-LEGAL

2.5.1. MARCO INTERNACIONAL

La legislación internacional y nacional sobre el CGF comenzó en 1979, con el Seminario sobre Prácticas Tradicionales que Afecten a la Salud de las Mujeres y Niños que tuvo lugar en Jartún ^(10, 12). En ese mismo año, se fundó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación sobre la Mujer (CEDAW), en la que se constató la existencia de prácticas que violentan los Derechos Humanos y afectan específicamente a las mujeres, como la que nos ocupa. En 1989, se creó la Convención de los Derechos del Niño, para proteger no sólo a las mujeres, sino también a éstos de prácticas dañinas. Finalmente, en la Convención Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en 1993 en Viena, se reconoció oficialmente a nivel internacional el CGF como una forma de discriminación hacia las mujeres ⁽¹⁰⁾.

Los Derechos Humanos vulnerados al realizarse el CGF son el “derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” (Artículo 3), el derecho a no someterse a “torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes” (Artículo 5) o el “derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (Artículo 25). No obstante, también existen el derecho tanto a la libertad de manifestar la religión (Artículo 18), como el derecho a “tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad” (Artículo 27), siendo las razones culturales y, en ocasiones, religiosas, las que primordialmente justifican el CGF. Sin embargo, la propia Declaración postula en su último artículo que no pueden emplearse los derechos en ella recogidos como motivo para llevar a cabo acciones que vulneren algún otro, por lo que, a nivel humanitario, el CGF no tiene justificación alguna ⁽³¹⁾. Respecto a los Derechos del Niño, aquellos principalmente vulnerados son el derecho a la salud -debido a las comorbilidades asociadas con esta tradición-, a la protección, a expresar su opinión y ser escuchado -puesto que no siempre las niñas desean participar en ello o no se las informa debidamente-, o a la vida -en aquellos casos en los que ocurra el fallecimiento de la niña-. ^(6, 10, 25, 32).

Tras la desestimación de la práctica a nivel internacional, los gobiernos nacionales comenzaron a desarrollar leyes para penalizarla. Actualmente, han legislado al respecto 60 países, de los cuales, 27 son africanos, aunque hay cierta disparidad respecto al grado de aplicación entre ellos, a pesar de haberse aprobado en 2003 la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África -también conocido como el Protocolo de Maputo-. Algunas razones que explican esta irregularidad entre países son la falta de recursos para hacer efectivas las leyes, agravado en algunos casos por la corrupción de los gobiernos y la consideración de la eliminación del CGF como un asunto de menor importancia. Esta laxitud en su aplicación permite que los individuos se rijan por las normas sociales, que, en este caso, justifican el CGF, resultando el Estado cómplice de su perpetuación ^(10, 33).

La lenta y dificultosa eliminación de esta práctica en los países originarios a pesar de existir legislación al respecto, pone de manifiesto que no es suficiente con sancionar formalmente el CGF. Al contrario, pudiera llegar a ser contraproducente, como se ha visto en algunos países, al fomentar su realización en entornos clandestinos -lo que pondría en riesgo la seguridad de las niñas-, o causando un efecto rebote, aumentando las tasas en las comunidades practicantes como protesta ante la criminalización de sus tradiciones. Por ello, las medidas legales deben reforzarse con acciones educativas que tengan en cuenta el punto de vista de la propia comunidad, trabajando con y no contra ella ^(12, 33, 34).

2.5.2. MARCO EUROPEO

En Europa, en 2011 tiene lugar el Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, también conocido como el Convenio de Estambul, que fue pionero al reconocer la violencia estructural ejercida sobre las mujeres. España lo firmó y ratificó en el año 2014 ^(6, 25, 32). En él, además, se considera que todos los tipos de CGF vulneran los derechos tanto humanos, como de las niñas y mujeres, y que constituyen una manifestación de la desigualdad de género existente entre hombres y mujeres. Específicamente, en su artículo 38, se tipifica cualquier tipo de CGF como delito siempre que haya sido de manera intencionada. También se considera penalizable el obligar a la mujer o niña a someterse a la práctica o el proporcionarle los medios necesarios para su realización ^(6, 35). Posteriormente, en 2013, la Comisión Europea publicó una Estrategia, en la que se detallan acciones concretas para proteger a estas mujeres y niñas y eliminar esta práctica, como trabajar en la prevención, el empoderamiento de estas mujeres o garantizar la protección de aquellas en situación de asilo y que estén en riesgo de sufrir un CGF ^(25, 32). Actualmente, en Europa se

reconoce el género de la persona demandante de asilo, y, explícitamente, el estar en riesgo de sufrir un CGF como motivo por el que poder acogerse a este derecho.

2.5.3. MARCO ESPAÑOL

Al realizar el CGF, también se quebrantan algunos derechos fundamentales recogidos en la Constitución Española, como el “derecho a la vida y a la integridad física y moral” (artículo 15) (6, 16, 36).

Sobre la legislación con relación a esta práctica, en el año 2003, la LO 11/2003 de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, modificó el artículo 49 del Código Penal, tipificando en su artículo 2 al CGF como un delito de lesiones, con penas de prisión de entre 6 y 12 años para la persona perpetradora del procedimiento. Asimismo, se recoge que en caso de ocurrir sobre una persona menor de edad o incapaz, podría aplicarse la inhabilitación especial a la persona titular de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento con penas de 4 a 10 años, si así lo decretase el juez, considerándose una forma de proteger a la víctima de futuras agresiones (6, 33, 37). No obstante, esta última afirmación ha sido puesta en entredicho por diversos autores, puesto que el CGF no debiera ser considerado de igual manera que otro tipo de agresiones sobre mujeres y menores de edad, al no ser concebido como tal por los propios padres ni sus hijas, ni tampoco ser indicativo de que la menor esté en riesgo de sufrir ningún tipo de abuso. Precisamente por las consecuencias que supondría inhabilitar a los progenitores y condenarlos a prisión, en algunas sentencias judiciales se ha abogado por utilizar el error de prohibición, el no ser conocedores de la lesión y la no pretensión de provocar daños como hechos atenuantes o eximentes, aunque existen casos en los que se ha desestimado dicha defensa y se ha llevado a cabo la separación temporal entre progenitores e hija. Asimismo, este enfoque judicial, en lugar de tener un efecto disuasorio sobre la realización de la práctica, en muchas ocasiones impide el derecho a la reagrupación familiar, predisponiendo que las niñas no abandonen su país de origen para evitar este tipo de consecuencias penales, haciéndolas más susceptibles de sufrir un CGF. Otra consecuencia previsible es la marginalización de dichas familias, no sólo por ser migrantes, sino por el rechazo existente en la sociedad receptora ante la práctica por la que se les acusa, dificultando su integración social (33).

En cuanto a la posibilidad de perseguir el delito más allá de las fronteras españolas, actualmente está en vigor la reforma del año 2014 del artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, por la que se puede considerar a la mutilación genital -puesto que no se la menciona explícitamente-, como uno de los delitos por violencia de género perseguibles, aunque únicamente cuando la persona acusada posea nacionalidad española, sea extranjera con residencia habitual en España, o si la víctima tuviera la nacionalidad española o residencia habitual en España cuando se produjeron los hechos y la persona acusada se encuentre en el momento de la acusación en territorio español. Esta modificación es fundamental, puesto que el CGF realizado en niñas reagrupadas de forma previa a su llegada a España no sería penable (6, 25). No obstante, incluso tras esta modificación, se han dado casos de condenas a progenitores de dichas niñas (16, 33).

Respecto a las demandas de asilo solicitadas por mujeres que huyeran de un país donde se realizara el CGF, aunque la legislación española concede asilo en caso de persecución por motivos de género, en la práctica existen disparidades sobre la interpretación de dicha ley, siendo en muchos casos desestimadas sus solicitudes (33).

Finalmente, cabe recordar que el delito de MGF es perseguible de oficio en nuestro país, esto es, que no es necesaria una denuncia previa, en un plazo de 15 años desde la comisión del delito.

Además, al ser un delito público, toda aquella persona que haya sido conocedora deberá denunciarlo ⁽²⁴⁾. Esto es aplicable también al personal sanitario, quienes se ven legalmente obligados a denunciar el hecho, según los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ^(33, 38).

2.5.4. REGULACIÓN ESPECÍFICA EN CANTABRIA

Esta práctica está tipificada según la Ley de Cantabria 1/2004 Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas como un tipo de violencia de género, independientemente de que hubiera consentimiento implícito o explícito por parte de la mujer o niña ⁽²⁴⁾.

3. ENTENDIENDO LA MGF DESDE LAS COMUNIDADES DE ORIGEN

3.1. MOTIVACIONES PARA REALIZAR LA PRÁCTICA

Los argumentos más comúnmente empleados para justificar el CGF son aquellos fundamentados en razones socioculturales. No obstante, también existen las razones religiosas, así como las estéticas, higiénicas o las relacionadas con la sexualidad.

Respecto a las razones socioculturales, generalmente se entiende esta práctica como parte de un ritual de paso de la infancia a la adultez. Por ello, es frecuente que se realice antes de la primera menstruación. Esta ceremonia es fundamental para que las niñas adquieran identidad étnica y de género, pues es una vez realizado el CGF cuando se les considera mujeres y miembros de la comunidad ⁽⁶⁾. Debido a este significado, si los padres intentan oponerse a que se le realice el CGF a su hija, ésta podría ser excluida socialmente de la comunidad, lo que supone una importante fuente de presión, que lleva a los padres a permitirlo o a decidir emigrar a un país en cuya cultura no se contemple este procedimiento ^(39, 40). No obstante, si en la comunidad de origen está muy arraigado el ritual, es común que, cuando dicha familia retorne a su país, algún familiar, típicamente la abuela de la niña, le realice el corte, sin consentimiento previo. Esta última actuación está legitimada por el carácter gerontocrático existente en dichas sociedades, siendo además generalmente las mujeres mayores de la comunidad, por el estatus que su edad les otorga, las encargadas de realizar la circuncisión ^(6, 9, 16). Asimismo, en muchas de estas sociedades, está establecido el CGF como requisito para permitir el casamiento de las mujeres con su futuro esposo ^(7, 14, 25). Dada la importancia del matrimonio en estas comunidades y la seguridad económica que supone para las mujeres, también se considera uno de los argumentos más reseñables para realizar la circuncisión ^(22, 39).

En cuanto a los motivos religiosos, las fuentes históricas sugieren que el origen de esta práctica es anterior a la religión islámica, con la que principalmente está asociada ⁽⁴¹⁾. De hecho, no está recogida en el Corán, ni en ningún libro sagrado de otra religión, como la Biblia. No obstante, la circuncisión masculina sí está descrita en el Antiguo Testamento ⁽⁶⁾. Además, aunque la circuncisión femenina no se menciona como tal en el Corán, existe otra fuente religiosa de importancia, la Sunna, la cual agrupa “hadices”, que incluyen enseñanzas de Mahoma. En uno de estos hadices, queda recogida la sugerencia del Profeta a una mujer cuyo oficio era la circuncisión: “cuando circuncides a una mujer, no cortes demasiado su miembro, para que tenga la cara más luminosa y sea más amistosa con su marido”, por lo que se utiliza este pasaje como justificación religiosa de la práctica ⁽³⁹⁾. Sin embargo, existe gran confusión respecto a si el islam recomienda o no la circuncisión femenina. Gran parte de la población de los países musulmanes que realizan esta práctica consideran que es un precepto religioso, no obstante, en diversas ocasiones, los líderes religiosos pertinentes han desaconsejado el procedimiento, siendo su

oposición un pilar fundamental para contribuir a disminuir la prevalencia de la práctica en dichas comunidades ^(19, 20, 42).

Respecto a las motivaciones estéticas, en diversas etnias practicantes, se consideran antiestéticas algunas características de los genitales femeninos externos, especialmente el clítoris y los labios ^(14, 24, 39). En lugares como Egipto o en la etnia colombiana de los Emberá-Chamí, existe la creencia de que, si no se corta el clítoris, crecerá hasta alcanzar el tamaño del pene. Además, en las comunidades en las que se practica la infibulación, uno de los argumentos es la consecución de los cánones de belleza sociales al alisar los genitales, resultando así más atractivas para los hombres de la comunidad ^(6, 7, 29). Asimismo, en algunas etnias existen otro tipo de creencias respecto al clítoris, como ocurre entre los Bámbaras, que consideran que existe un espíritu maligno, llamado “*wanzo*”, que habita en este órgano, siendo mediante el CGF como se liberaría a la mujer de éste ⁽³⁹⁾. Asimismo, otros grupos sociales justifican que, si durante el parto, la cabeza del recién nacido entra en contacto con el clítoris, éste puede llegar a sufrir enfermedades mentales o incluso morir tanto el bebé como su madre. También se predice este desenlace en el caso que, durante las relaciones sexuales, el pene del hombre entre en contacto con el clítoris ^(6, 9, 22, 39).

Sobre las razones higiénicas, en muchas comunidades practicantes se considera a las mujeres no circuncidadas como sucias, por lo que no se les permite hasta entonces manipular el agua ni los alimentos ^(24, 25).

Finalmente, cabe mencionar las motivaciones relacionadas con la sexualidad, que varían entre etnias. Llama la atención como en Ruanda, la modificación genital realizada, *gukuna*, busca no sólo aumentar el placer de la pareja masculina, sino también de la propia mujer. Concretamente, muchas mujeres jóvenes de dichas comunidades continúan realizando esta práctica como manera de reivindicar el empoderamiento del cuerpo y placer femenino ⁽²¹⁾. No obstante, en otras comunidades, el CGF es entendido como una manera de control de la sexualidad y de disminución del placer femenino, buscando conseguir el efecto contrario, disminuir su deseo sexual para asegurar la virginidad premarital y, una vez que la mujer ha contraído matrimonio, de evitar el adulterio y la promiscuidad ^(6, 7, 14, 19, 22, 24, 25, 41). En suma, se pretende preservar el honor familiar. En otro tipo de situaciones en las que las mujeres se mantienen alejadas de sus maridos, gracias a recientemente haber podido acceder al sistema educativo o al mundo laboral, así como cuando sus cónyuges deciden emigrar, también se utiliza con dicha pretensión ⁽⁷⁾. A su vez, también se considera que la circuncisión femenina aumenta el placer de la pareja masculina. En el caso de la infibulación, por ejemplo, estaría aumentada la fricción al disminuir el tamaño de la abertura vaginal ^(7, 20, 21).

Por otra parte, existen casos documentados en los que el CGF se ha practicado como control de la orientación sexual, siendo realizado a mujeres que hayan mantenido una relación sáfica con otra mujer, alegando que es la permanencia de los rasgos masculinos de los genitales externos femeninos los que han propiciado dicha situación, utilizándose como una medida correctora ⁽⁴³⁾. Finalmente, en algunas etnias, existe la creencia de que la circuncisión aumenta la fertilidad de la mujer y facilita el parto, siendo estas razones de peso, al tener gran importancia en dichas comunidades la capacidad de tener muchos hijos ^(6, 14, 24, 25).

Por último, cabe destacar que, en Europa y Estados Unidos, hasta las primeras décadas del siglo XX, también se realizaban prácticas muy similares al CGF. En estos casos, se utilizaban con el objetivo de tratar trastornos como la histeria, catalepsia, erotomanía o ninfomanía; enfermedades como la epilepsia o la clitoromegalia, y condiciones como la homosexualidad

femenina ^(22, 25, 41). No obstante, al utilizarse con fines terapéuticos, actualmente no encajarían con la definición propuesta por la OMS de MGF.

3.2. EL RITUAL

El ritual en el que se enmarca la tradición del CGF varía entre etnias. Típicamente, se identifican tres fases, descritas en los años 60 del siglo pasado por el antropólogo Van Gennep. Su objetivo último, como se ha apuntado en el apartado anterior, consiste en reconocer a las niñas como mujeres y miembros de la comunidad. Paralelamente, también es este el objetivo que se persigue en la circuncisión masculina cuando hay un ritual de iniciación de por medio ^(6, 39).

Siguiendo el esquema de Van Gennep, la primera fase es la “separación”. Esta varía entre comunidades, pero el resultado es el mismo: separar temporalmente a las niñas de la comunidad y de los hombres pertenecientes a esta, puesto que en el ritual únicamente pueden participar otras mujeres. Para ello, se las lleva a un lugar apartado designado para tal fin ⁽⁶⁾. Es en este momento cuando se les practica el corte, con un utensilio afilado, como cuchillas, fragmentos de vidrio, tijeras, cuchillos... ^(24, 25)

En segundo lugar, le sucede la fase de “marginación”, en la que las mujeres se encargan de cuidar de las niñas circuncidadas. Su duración dependerá de la complejidad de curación del corte realizado. Generalmente, abarca entre dos y ocho semanas ⁽⁶⁾. Para asegurar la hemostasia, posterior al corte, se sutura con espinas o con ungüentos adhesivos preparados a partir de ingredientes como leche, azúcar o huevo. En caso de que les haya sido practicada una infibulación, se les separa las piernas para que no entren en contacto con las espinas utilizadas para suturar y garantizar el buen curso de la cicatrización ^(25, 41). Es en esta etapa en la que tiene lugar la transmisión de conocimientos por parte de las mujeres de la comunidad a las recién iniciadas. Aprenden las normas sociales por las que deberán de regirse en el mundo adulto: cómo comportarse ante otras etnias, el respeto hacia los ancianos, cómo relacionarse con el género opuesto o qué pautas seguir para ser una adecuada esposa y madre ⁽⁶⁾.

Finalmente, ocurre la fase de “agregación”. Es en este momento cuando termina el aislamiento de las niñas, y éstas son presentadas al resto de la comunidad, quienes las acepta como nuevos miembros. Esta etapa culmina con una celebración, en la que se festejan las nuevas incorporaciones al grupo social ^(6, 14, 22).

No obstante, cada vez se practica menos el ritual planteado, y la circuncisión se convierte en un acto individual, llevado a cabo de manera medicalizada o en la clandestinidad, muchas veces en la casa de la familia, en caso de que se pretenda ocultar a las autoridades por su carácter penalizable. De esta forma, la circuncisión equivale exclusivamente al CGF, y se prescinde del significado simbólico y las enseñanzas sociales que habitualmente se transmitían ^(6, 24, 44).

4. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

4.1. CONSECUENCIAS DEL CGF

En cuanto a las posibles consecuencias agudas, en primer lugar, se encuentra la hemorragia, que en un futuro intermedio pudiera causar una anemia, acrecentada por la calidad de la nutrición de la mujer. Si esta hemorragia es lo suficientemente cuantiosa, podría desembocar en un shock hipovolémico o hemorrágico. También son frecuentes las afectaciones a nivel urinario, causando lesiones en el meato urinario y propiciando la aparición de infecciones urinarias de repetición. Asimismo, también pueden producirse infecciones derivadas de la ausencia de esterilidad de los instrumentos empleados para realizar la intervención, pudiendo llegar a causar infecciones locales y abscesos. Además, también es posible que, si se utilizan los mismos instrumentos para

las niñas a circuncidar en el ritual, pudieran llegar a contagiarse enfermedades como la Hepatitis B, C o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, aunque no es algo frecuente ^(24, 25, 45).

Sobre las consecuencias a largo plazo, a nivel genitourinario, las mujeres pueden sufrir micciones dolorosas -llegando a tardar incluso 15 minutos en completarla en el caso de las mujeres infibuladas- ⁽²²⁾. La incontinencia urinaria también suele enumerarse, aunque no existen datos concluyentes al respecto ⁽⁴⁵⁾. Asimismo, pueden experimentar alteraciones a nivel menstrual, como pueda ser dificultad en el paso de la sangre menstrual en el caso del tipo III, y menstruaciones tanto dolorosas como irregulares ^(24, 25). Por otra parte, en caso de no tratarse una infección a nivel genital o urinario iniciada en la fase aguda, es posible que derive en una enfermedad pélvica inflamatoria, la cual, a su vez, puede llegar a causar infertilidad en la mujer, e incluso en insuficiencia renal ^(22, 24, 25).

A nivel sexual, las mujeres podrían experimentar dificultad para alcanzar el orgasmo, anorgasmia, relaciones sexuales dificultosas y dolorosas -especialmente en las mujeres infibuladas, por el estrechamiento de la vagina-, o una menor lubricación ^(22, 24, 25, 46, 47, 48). No obstante, existe mucha variedad en este apartado, puesto que hay mujeres circuncidadas que no han visto afectada negativamente su vida sexual en absoluto. Concretamente, ciertos estudiosos postulan que algunas mujeres podrían desarrollar estas alteraciones psicosexuales al migrar a países donde el CGF está penalizado legal y socialmente y la sexualidad puede entenderse de manera diferente al país de origen ^(19, 22).

A nivel obstétrico, existen múltiples discrepancias, especialmente en la estimación fiable de la muerte materna y neonatal derivada del CGF ⁽⁴⁹⁾. No obstante, en líneas generales, puede decirse que las mujeres con un corte tipo II y III tienen dificultades significativas en la dilatación y expulsivo durante el parto, motivado, entre otras causas, por la inelasticidad del tejido cicatricial, lo que conllevaría a una mayor probabilidad de sufrir cesáreas y episiotomías para garantizar el buen curso de éste ^(6, 24, 32). Asimismo, en los países de origen, a las mujeres infibuladas, además de realizárseles una desinfibulación para permitir el nacimiento del bebé, posteriormente se les puede practicar la reinfibulación, por lo que las consecuencias de sufrir mayores complicaciones derivadas de la apertura y cierre de sus genitales externos a lo largo de su vida se acrecientan ^(6, 28, 50). En las mujeres con un corte tipo I, dichos riesgos obstétricos no se hallan de manera significativamente aumentada en comparación con una mujer no circuncidada ⁽⁵¹⁾. Por otra parte, un pequeño porcentaje de las hemorragias post parto se deben a la existencia de un CGF en los genitales de la mujer ⁽⁵²⁾. Finalmente, hay estudios que describen un mayor sufrimiento fetal y muerte neonatal, aunque estos datos principalmente se refieren a la infibulación, que es la forma más infrecuente de circuncisión femenina ^(24, 25, 18). En total, la cifra de muertes perinatales cuya etiología sea atribuible a un CGF tipo II o III asciende a 22 por cada 1.000 recién nacidos fallecidos cuyas madres estuvieran circuncidadas ^(24, 25, 51).

En la esfera psicológica, las niñas y mujeres pueden padecer trastornos mentales como estrés postraumático en el caso de que la ablación se realizara de manera forzosa y dolorosa; ansiedad y depresión, y trastornos del sueño como insomnio o terrores nocturnos ^(6, 24, 48, 53, 54). Asimismo, las mujeres migrantes pueden experimentar sentimientos de vergüenza, culpabilidad o marginación en el país receptor ⁽²⁹⁾. Además, las madres que hayan permitido un CGF en alguna de sus hijas y posteriormente decidan no realizárselo a sus siguientes hijas habitualmente lidian con sentimientos de culpa ^(6, 24, 25).

Finalmente, debido a los utensilios y las técnicas empleadas, las heridas pueden cicatrizar de manera anómala, apareciendo cicatrices queloides, fibrosis e incluso a neuromas en el clítoris (25, 55, 56).

Por otra parte, el CGF también puede impactar negativamente sobre las parejas masculinas de dichas mujeres. Principalmente aparecen en caso de que a la mujer le produzcan dolor las relaciones sexuales. En ese caso, como consecuencia de la dificultad para mantener relaciones sexuales con su pareja, los hombres pueden sufrir disfunción eréctil -por temor a causarle dicho dolor a su pareja femenina-, y tienen más posibilidades de desarrollar un hábito alcohólico o de contraer Infecciones de Transmisión Sexual -al mantener relaciones fuera del matrimonio- (24).

4.2. POSIBLES ESCENARIOS Y LA ADECUADA ACTUACIÓN PROFESIONAL EN CADA CASO

Para el correcto abordaje de una niña o mujer en riesgo de sufrir un CGF o que ya se le haya realizado, es necesario conocer los siete escenarios posibles, para llevar a cabo las acciones adecuadas en cada situación, siempre evitando la estigmatización de dichas pacientes y abogando por un enfoque preventivo en lugar de criminalizador (6, 16, 24, 25).

En primer lugar, puede suceder que acuda a consulta una mujer mayor de edad con un CGF ya practicado en su niñez. En este caso, debe quedar constancia de ello en su Historia Clínica, reflejando la tipología practicada y posibles consecuencias orgánicas y/o psicológicas que pueda estar experimentando en el presente, para poder planificar cuidados e intervenciones sanitarias encaminados a su tratamiento, en función de sus necesidades. Hay que tener en cuenta que, generalmente, las mujeres no manifiestan abiertamente que han sido circuncidadas, sino que acuden a consulta por otras cuestiones de salud, bien sea el seguimiento del embarazo y la detección precoz del cáncer de cérvix en la consulta de la matrona, o bien sea que consulten por afecciones de salud en las que, posteriormente, se evidencie su relación con dicho corte. Por otra parte, es importante tener en cuenta que el hecho de estar circuncidada es *per se* un factor de riesgo para sus hijas, en caso de tenerlas, ya que pudiera perpetuarse la práctica. Por ello, es importante llevar a cabo intervenciones de prevención con la mujer, abordando las consecuencias no sólo físicas y psicológicas que el CGF pudiera conllevar en dichas niñas, sino también las implicaciones legales que supone en nuestro país. Asimismo, en caso de que la mujer esté embarazada, además de una primera valoración en Atención Primaria por parte de la matrona, es importante realizar su derivación al Servicio de Obstetricia y Ginecología, donde se evaluará su situación. En caso de que esté gestando una niña, cobra aún más importancia el trabajo de sensibilización por parte de los profesionales sanitarios, para intentar evitar un potencial CGF en el futuro próximo (6, 24, 25).

El segundo escenario posible son niñas con un CGF practicado que han llegado a España recientemente al ejercer su derecho de reagrupación familiar. Es crucial tener en cuenta que, en esta situación, no se deben emprender acciones legales, puesto que no puede perseguirse extraterritorialmente según la normativa vigente si la intervención tuvo lugar cuando la niña no poseía aún la nacionalidad española. En este caso, la actuación por parte de los profesionales debería centrarse en la prevención del CGF a sus hermanas pequeñas, si las tuviera, y el tratamiento de las consecuencias derivadas del corte si las hubiera. No obstante, debido a los limitados conocimientos que disponen al respecto algunos profesionales, y la pretensión de criminalización recogida en los algoritmos de algunos protocolos autonómicos, hay ocasiones en las que el profesional sanitario denuncia dicho CGF, derivando en la separación, de manera cautelar, de dichas niñas y sus familias, y llegando a condenarse con penas de cárcel a sus padres (6, 16, 24, 25).

El tercer escenario consiste en niñas nacidas en España, a quienes se les practica un CGF al regresar a su país de origen en periodos vacacionales, con o sin el consentimiento por parte de sus progenitores. En este caso, al acudir a la consulta programada después del viaje y evidenciarse el corte, la actuación correcta es cumplimentar el parte de lesiones y notificarlo al departamento pertinente, ya sea Fiscalía de Menores o las Fuerzas de Seguridad. De manera complementaria a dicho documento, también puede presentarse al Departamento de Menores la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario ^(Anexo 3 y 4). Por otra parte, tanto si los padres no permiten la exploración de los genitales de su hija al regresar del viaje, como si no acuden a la cita programada para tal fin, el profesional sanitario debe notificarlo al Departamento de Menores de su Comunidad Autónoma ^(6, 16, 24, 25).

El cuarto escenario es similar al anterior, aunque, en lugar de realizarse el corte durante una breve estancia vacacional, se trata de niñas nacidas en España que permanecen durante largas temporadas en su país de origen, y al regresar de alguna de estas estancias, se detecta que se les ha practicado un CGF, ya sea con o sin el consentimiento paterno. En estas situaciones, típicamente es la abuela de la niña quien ha efectuado dicho corte, muchas veces sin ser conocedores de ello los propios padres. Por eso, aunque al detectarlo se debe comunicar debidamente al Juzgado, debe tenerse en cuenta el contexto en el que se efectuó. Como se ha mencionado en otros apartados, en esta situación, los padres podrían acogerse al error de prohibición, aunque el resultado final de la sentencia es muy variable. Existen casos en los que se les ha eximido de penalización legal, mientras que en otros han llegado a entrar en prisión ambos progenitores, quedando la niña a cargo de los Servicios Sociales ^(6, 16, 24, 25, 33).

El quinto escenario postula la posibilidad de una niña nacida en España a la que se le haya realizado un CGF dentro del territorio nacional o europeo. En caso de ocurrir, habría de notificarse nuevamente a Fiscalía de Menores o a las Fuerzas de Seguridad, aunque no se tiene constancia de esta situación en nuestro país desde la década de los 90 ^(6, 16, 24, 25).

El sexto escenario consiste en una niña nacida en España con hermanas mayores, algunas de las cuales han sido circuncidadas y otras no. Generalmente, las niñas circuncidadas han acudido a España mediante la reagrupación familiar, y la decisión de que a algunas hijas se les haya practicado el CGF y a otras no, radica en el efecto de las labores de sensibilización llevadas a cabo por los profesionales sanitarios en el país receptor. En esta situación, la actuación principal consiste en explorar la presencia de sentimientos de culpabilidad en la madre, o de frustración y rabia en las hermanas circuncidadas. En caso afirmativo, podrían estimarse necesario un seguimiento a nivel psicológico especializado, para acompañarlas en dicho proceso ^(6, 16, 24, 25).

Por último, podría darse el escenario en el cual, en niñas recién adoptadas, al llegar a España, se objetive la presencia de un CGF. Puede descubrirse el corte en las visitas rutinarias de pediatría o debido a que los padres consulten por motivos que podrían indicar que se le ha realizado un CGF, como son las infecciones urinarias de repetición. En este caso, además de resolver el motivo que ha propiciado la consulta, es importante tranquilizar e informar a sus padres adoptivos, que suelen ser desconocedores de este hecho. Puede que sea necesario un acompañamiento y seguimiento de manera especializada, en función de las necesidades de la niña y su familia adoptiva ^(6, 16, 24, 25).

Una vez conocidas las posibles situaciones que pueden suceder en la consulta, también es importante saber cuáles son los factores de riesgo que permitan evaluar si una niña está en riesgo de sufrir un CGF y cuánto de inminente es dicho escenario. Principalmente, estos factores de riesgo se traducen en si la niña pertenece a una etnia practicante, si sus hermanas y/o madre

están circuncidadas, si se planea volver al país de origen durante las vacaciones escolares y si la familia es partidaria de realizarle el CGF a su hija. Se consideran como factores indicativos de un riesgo inminente de circuncisión que la familia esté planeando un viaje al país de origen o que la propia niña manifieste la intención de su familia de circuncidarla ^(6, 14, 25, 26). Es indispensable valorar adecuadamente el nivel de riesgo en el que se encuentra la niña, para evitar emprender acciones innecesarias cuando el riesgo no es inminente. Para ello, es también importante contextualizar la situación de cada familia ^(6, 16). Para evitarlo, uno de los pilares de las intervenciones como profesionales sanitarios encaminadas a reducir dicho riesgo deberían ser las actividades preventivas, que permiten sensibilizar a la familia de manera paulatina para que, cuando se dé, por ejemplo, la situación de un viaje al país de origen de manera inminente, el proceso sea mucho más sencillo y resulte menos amenazador, habiéndose podido construir una relación de confianza con la familia ^(6, 16, 25).

Específicamente en el contexto de un viaje a su país natal, una herramienta que puede ser de gran ayuda para el profesional y la familia es el Compromiso Preventivo. En él, queda constancia de que, de manera previa al viaje, la niña acudía a las revisiones dentro del Programa del Niño Sano en su Centro de Salud y que sus genitales estaban íntegros. Asimismo, queda constatado que sus padres se comprometen a evitar que se le realice el CGF y que son conocedores de sus consecuencias sobre la salud de su hija. Finalmente, se describe también el marco jurídico-legal que regula esta cuestión en España. Este documento es de especial utilidad cuando los padres están sensibilizados al respecto, pero temen que una vez allí, otro familiar pueda realizarle el CGF. Es importante recalcar que es un acuerdo de carácter voluntario, por lo que no es indispensable su firma para poder marchar a su país de vacaciones. Esto es relevante matizarlo, puesto que existen profesionales con la creencia de que es de carácter obligatorio. En caso de presentarse a la familia con este cariz, se han dado situaciones en las que los padres han firmado y regresado al país de origen con su hija, pero ella nunca retornó a España. Es deseable que la firma de este documento no sea el primer contacto que se tiene con la familia, ni que se introduzca por primera vez su existencia cuando el profesional sea conocedor de que van a regresar a su región natal durante un periodo vacacional, puesto que se ocasiona la introducción apresurada de un concepto que se debería trabajar a lo largo de varias consultas, ya sea con los profesionales de pediatría o con los de familiar y comunitaria, en función del caso. Idealmente, su firma debe simbolizar la consumación de un trabajo preventivo con la familia tras la identificación de una situación de riesgo ^(6, 16, 24, 25, 44, 57, Anexo 5).

4.3. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN MUJERES CON UN CGF

Actualmente, las alternativas existentes pueden aglutinarse en dos grupos: las quirúrgicas y las no quirúrgicas. En el primer grupo, destacan la desinfibulación y la reconstrucción del clítoris ⁽⁶⁾. En el segundo, principalmente se encuentra la terapia cognitivo-conductual y la terapia psicosexual ^(46, 56, 58). No obstante, es frecuente y preferible que estas técnicas se combinen entre sí. Es decir, es deseable que a una mujer que vaya a someterse a un procedimiento quirúrgico relacionado con su CGF, se le realice también un seguimiento psicológico y/o psicosexual con anterioridad y posterioridad a la intervención, para aumentar la satisfacción de la mujer con los resultados de la cirugía ^(48, 50, 56, 58). Asimismo, en cuanto a la anestesia a emplear, es posible realizarlo con anestesia local, pero se prefiere utilizar anestesia general, debido a los posibles recuerdos traumáticos que pudiera suscitarle a la paciente el permanecer consciente durante el procedimiento ^(6, 25, 55, 58).

La desinfibulación consiste en revertir la infibulación o CGF tipo III, reabriendo la apertura vaginal y dejando al descubierto el clítoris y uretra, que suelen estar intactos debajo del tejido

cicatricial. Puede realizarse por diferentes motivos ^(6, 24, 32, 46, 55, 59, 60), entre ellos, para recuperar el sentimiento de identidad o con la pretensión de restablecer el aspecto original de sus genitales, aunque principalmente es demandado por mujeres embarazadas, al estar demostrada la reducción significativa del riesgo obstétrico durante el parto. Idealmente, debiera realizarse entre las semanas 20 y 28 de la gestación, aunque también es posible realizarlo intraparto, ya sea porque así lo ha manifestado la mujer durante el embarazo, o porque se lleve a cabo como procedimiento de urgencia al no progresar el parto ^(6, 24, 32). Es crucial informar debidamente a la mujer del procedimiento y los resultados esperables, ya que es frecuente que, inicialmente, muestren rechazo hacia el nuevo aspecto de sus genitales e incomodidad al sentir aire entrar en la vagina o experimentar mayor flujo vaginal ^(6, 25, 32, 50). Además, también debe hacérsela saber que, una vez realizada la infibulación, no se le practicará una reinfibulación en los países donde legalmente no se contemple, como es el caso de España ^(25, 32). En aquellos en los que sí esté permitido, se recomienda desaconsejar a la mujer sobre su realización, ya que se verían aumentadas las complicaciones descritas al efectuar un CGF ^(12, 50, 54). Por otra parte, esta intervención quirúrgica también puede recomendarse a mujeres infibuladas con patología urinaria, como las infecciones urinarias de repetición, aunque la evidencia es de baja calidad ⁽⁵⁸⁾.

La reconstrucción del clítoris es una técnica quirúrgica de reciente implementación y sobre la cual aún es necesario realizar más investigación. Esencialmente, consiste en la formación de una neoglándula a partir de piel vulvar o mucosa vaginal, junto con los vestigios presentes tras la clitoridectomía originalmente realizada. Es una cirugía prometedora, que ha conseguido mejorar en un porcentaje significativo de mujeres su placer sexual ^(6, 47, 55, 56, 60). No obstante, numerosos académicos desestiman su realización de manera sistemática, debido a que aún existen tasas demasiado elevadas de complicaciones, entre las que destaca un empeoramiento de la función sexual ^(46, 55, 56, 60). Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, aunque una mujer haya sufrido una clitoridectomía, el resto de los tejidos eréctiles suelen permanecer intactos, razón por la cual, también son altamente recomendables los procedimientos no quirúrgicos frente a los quirúrgicos ⁽⁴⁷⁾. Por otra parte, las razones que esgrimen las mujeres para su solicitud son el recobrar su identidad como mujeres, así como mejorar su función sexual. Llama la atención cómo el argumento referente a recuperar su identidad se encuentra de manera frecuente en mujeres migrantes, que pudiera ser explicado como una respuesta adaptativa a la concepción de la sociedad receptora sobre cómo son los genitales femeninos “normales” o a cómo se viva allí la sexualidad femenina ^(42, 60).

Por último, en cuanto a las técnicas psicológicas y psicosexuales típicamente ofertadas a estas mujeres, en primer lugar, se encuentra la terapia cognitivo-conductual. Aunque no existe evidencia directa de su beneficio en mujeres circuncidadas, sí existen beneficios demostrados en individuos con un diagnóstico de trastorno depresivo, ansioso o post traumático. Al ser éstos típicamente los diagnósticos psiquiátricos presentes en las mujeres con un CGF, se considera que ellas también podrían verse beneficiadas. Por otra parte, respecto a la terapia psicosexual, tampoco existen suficientes estudios que demuestren su beneficio en esta población concreta. Sin embargo, existen investigaciones con pequeñas muestras de mujeres en las que sí se ha demostrado su utilidad, empleadas de manera única o complementaria a otro procedimiento, como la reconstrucción del clítoris. Sus principales beneficios son el aumento del placer en la mujer y una disminución del dolor durante las relaciones sexuales. No obstante, es importante constatar las preferencias de la mujer y su pareja, ya que algunas de las propuestas incluidas en esta terapia, como el uso de lubricantes o de juguetes sexuales pudieran no ser aceptables para ellos, además de que el tema de la sexualidad es habitualmente considerado tabú en sus sociedades de origen ^(47, 48, 56, 58).

4.4. EL MARCO DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

En lo que respecta a los profesionales sanitarios y, más concretamente, a la rama de la enfermería, en la actualidad, ya no basta con poseer conocimientos y dispensar cuidados de manera sistemática, ya que, desde hace varias décadas, el mundo es, según varios autores, una “aldea global”. Esto quiere decir que las sociedades de cada país cada vez son culturalmente más diversas, habiéndose visto enriquecidas por los movimientos migratorios, por lo que la enfermera del presente debe adaptarse a dicha situación ⁽⁶¹⁾.

Para ello, el modelo teórico que mejor se ajusta a este escenario es el fundado por Madeleine Leininger, considerada la madre de la enfermería transcultural. Fue quien postuló en la década de los 70 la “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados” ^(62, 63). La base de esta teoría se fundamenta en que debe tenerse en cuenta que los cuidados que precisa una persona perteneciente a una determinada cultura son al mismo tiempo diversos y universales. Por diversos, se refiere a que hay aspectos concretos, como la cosmovisión específica que posea esa persona sobre la concepción de salud y enfermedad, que será inherente a esa cultura y lo diferenciará de otras. Por universales, se acepta la premisa de que hay aspectos presentes en todas las culturas que son comunes entre sí. De este razonamiento, se extrae que no existe una cultura superior a otra, sino que simplemente existen aspectos en los que se reconocen y se diferencian ^(61, 63). Otro concepto acuñado por Leininger es el aportar cuidados que sean “culturalmente congruentes”, que permitan mantener o restablecer el bienestar en el paciente de manera respetuosa con su cultura, ya que es inherente a cada ser humano, y debe ser tenida en cuenta en el proceso de cuidados enfermeros ⁽⁶²⁾. Por otra parte, también desarrolló el “Modelo del Sol Naciente” ^(63, 64, Anexo 6), como herramienta para llevar a la práctica su teoría. Gráficamente, está representado como un semicírculo, en cuya parte superior se incluyen todos los aspectos socioculturales que actúan de manera equivalente a los determinantes de la salud en la persona, influyendo de manera inevitable sobre las necesidades específicas de cuidado de no sólo el individuo, sino también su familia, comunidad e instituciones. Estos factores socioculturales también determinan las prácticas culturales relacionadas con la salud que desempeña cada persona. A su vez, bidireccionalmente, los individuos y los cuidados enfermeros se influyen mutuamente. Estos cuidados enfermeros culturales, que al mismo tiempo están influenciados por los valores tradicionales y profesionales de la enfermera, se dividen en tres tipos: aquellos centrados en el mantenimiento de una determinada práctica cultural que influya sobre la salud del individuo receptor de cuidados, aquellos centrados en una acomodación o negociación de dicha práctica, y aquellos centrados en una redefinición o reestructuración de dicha práctica ^(64, 65). En el caso concreto del CGF, éste se incluiría en el último grupo, al considerarse una práctica que afecta negativamente a la salud de la paciente. Para conseguir dicha reestructuración de esta práctica, existen cuatro pilares básicos ⁽⁶⁵⁾.

En primer lugar, el profesional enfermero debe comprender los motivos que perpetúan la práctica, entendiendo la visión y justificaciones aportadas por las personas defensoras de ésta. También debe conocer las consecuencias que comporta esta práctica sobre las mujeres y hombres. Una vez que el profesional se ha informado al respecto, puede llevar a cabo intervenciones en la comunidad diana, que, en este caso, consisten en tratar o paliar las consecuencias que puedan presentarse en las mujeres que han sufrido un CGF, mediante los procedimientos ya detallados anteriormente. Asimismo, deben desempeñar un trabajo de sensibilización e información con las comunidades practicantes, el cual muchas veces está centrado en la desmitificación, aportando argumentos a algunas justificaciones del CGF cuya fundamentación sea susceptible de ser discutida, como pudiera ser su dudosa obligatoriedad religiosa en comunidades musulmanas, o creencias como el agrandamiento del clítoris si éste

no es circuncidado. No obstante, debe tenerse en cuenta que este trabajo de sensibilización con las mujeres y su comunidad debe realizarse de una manera holística y respetando la premisa de que ninguna cultura es superior a otra, evitando etnocentrismos ⁽⁶⁵⁾.

Por otra parte, con posterioridad al trabajo de Leininger, surge a principios de los 2000 el Modelo de la Competencia Cultural, fundado por la autora Campinha-Bacote ^(61, 62). En él, acuña el concepto “competencia cultural”, definido como el proceso mediante el cual los profesionales sanitarios, a través de la conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales, consiguen proporcionar unos cuidados adecuados al individuo, familia o comunidad receptora ^(61, 62). A continuación, se definen brevemente los conceptos enumerados.

La conciencia cultural consiste en ser conocedores de la existencia de diferentes culturas, cada una con una cosmovisión y concepción de la salud y la enfermedad con aspectos en común y también diferentes a la propia. Al adquirir conciencia cultural, se consigue huir de aproximaciones etnocentristas y ser conscientes de los prejuicios propios ^(61, 62).

Los conocimientos culturales consisten en informarse sobre la concepción que puedan tener diferentes culturas sobre los conceptos relacionados con la salud y sus cuidados ^(61, 62).

Las habilidades culturales hacen referencia a la adquisición de destrezas para realizar una valoración teniendo en cuenta los factores culturales del paciente, para poder cuidar y tratarle en consecuencia ^(61, 62).

Los encuentros culturales consisten en relacionarse con personas pertenecientes a otras culturas para aprender sobre ellas y las implicaciones que éstas puedan tener sobre su percepción de salud y los cuidados recibidos ^(61, 62).

Por último, el deseo cultural se refiere a la motivación del propio profesional para ser culturalmente competente y aprender sobre otras culturas. Este concepto es indispensable potenciarlo en los profesionales sanitarios, ya que no es suficiente con que se elaboren documentos y algoritmos diseñados con el fin de impulsar la enfermería transcultural, si los profesionales sanitarios no se muestran predispuestos ^(61, 62).

Otro concepto al que hace referencia Bacote y es indispensable tener en cuenta en la atención sanitaria prestada a una persona perteneciente a otra cultura y/o que hable otra lengua, es la barrera cultural, la cual se halla presente frecuentemente al trabajar con población practicante del CGF. Para suministrar unos cuidados de calidad y culturalmente congruentes, es fundamental salvar esta barrera. Para ello, es crucial la figura del mediador cultural, cuya función consiste en hacer de puente entre el paciente y el profesional sanitario, para intentar facilitar la comunicación ^(61, 62). En el caso que nos ocupa, se ha demostrado que la presencia de un mediador cultural muchas veces facilita una postura receptiva de estas niñas, mujeres y sus familias, consiguiendo que las tareas de sensibilización sean más efectivas ^(25, 32, 57, 61, 62). No obstante, idealmente, no sería necesaria esta figura si los profesionales sanitarios estuvieran debidamente capacitados en otorgar una atención y cuidados sanitarios culturalmente coherentes ^(57, 61, 62).

Sin embargo, varios estudios llevados a cabo en diferentes Comunidades Autónomas demuestran que, en España, los profesionales sanitarios no están adecuadamente formados sobre el CGF. En una publicación sobre los sanitarios que trabajan en Tenerife ⁽⁶⁶⁾, se halló que el grupo profesional con una mayor formación al respecto eran las matronas (53,8%), seguidas

de lejos por las enfermeras generalistas (14,5%), los médicos de familia (12,5%), los pediatras (5,3%) y los ginecólogos (4,8%). Por otra parte, la mayor parte de casos de CGF detectados por estos profesionales fueron durante una exploración física (92,8%), ya fuera durante el parto (42,3%) o durante el seguimiento del embarazo (26,9%); frente al 7,1% de casos identificados en el transcurso de una entrevista clínica. Asimismo, en dicho estudio, se evidenció que, cuantos más conocimientos poseían los profesionales, más casos detectaban, mejor identificaban el tipo de corte realizado y disponían de mayores conocimientos sobre los lugares donde se realiza esta práctica, sus justificaciones y la legislación actual en España. Esta brecha de conocimiento es de gran relevancia, ya que, no sólo es menos probable que un profesional insuficientemente formado identifique un caso y realice la prevención y seguimiento necesarios, sino que, en un trabajo sobre los profesionales sanitarios de Melilla ⁽⁶⁷⁾, se objetivó que ninguno conocía cómo realizar la desinfibulación, por lo que las opciones terapéuticas de dichas mujeres se ven significativamente mermadas en función del profesional que las atiende. No obstante, un punto a destacar es que los profesionales encuestados en ambos estudios no sólo eran conscientes de sus necesidades de conocimiento en este tema, sino que se mostraban favorables a adquirir dichas competencias ^(66, 67). Para conseguir mejorar la atención prestada a estas mujeres y hacer un mejor trabajo de prevención e identificación de casos, es indispensable incluir formación específica al respecto en los planes de estudios de grados universitarios pertenecientes a las Ciencias de la Salud, como Medicina y Enfermería, además de continuar trabajando en la creación de Protocolos y formación continuada para aquellos que ya ejerzan su actividad profesionalmente. ^(16, 25, 32, 44, 57, 62, 66, 67, 68).

5. RITUALES ALTERNATIVOS Y RECURSOS COMUNITARIOS

Como se ha dejado entrever a lo largo del trabajo, es indispensable que, para conseguir reducir la incidencia de casos de CGF en el mundo, se adopte un enfoque multidisciplinar el cual, no sólo cuente con la colaboración de profesionales pertenecientes a distintos ámbitos del conocimiento -el ámbito sanitario, social, educativo y jurídico, principalmente-, sino que además, se le otorgue un papel protagonista a las comunidades practicantes y las niñas y mujeres afectadas o susceptibles de estarlo. Sólo así, se conseguirá un descenso paulatino de la incidencia actual en cada grupo practicante, buscando huir de aproximaciones que acentúen la estigmatización y criminalización de estas comunidades, las cuales, en los países receptores, sufren una potencial doble discriminación, al ser, además, personas migrantes, con la barrera cultural y generalmente idiomática que ello implica ^(6, 25, 33, 57, 68, 69). Siguiendo este planteamiento, han surgido diferentes asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), con el objetivo de, mediante diferentes estrategias, sensibilizar a las poblaciones practicantes y a las poblaciones receptoras de migrantes procedentes de lugares donde se practique el CGF.

En primer lugar, cabe mencionar la existencia de los rituales alternativos o “circuncisión a través de las palabras” ^(11, 70, 71). Es una iniciativa que surgió en la década de los 90 en Kenia, por parte de las propias familias de la zona, y se llevó a cabo con el apoyo de dos ONGs: “Mandeleo Ya Wanawake Organization” (MYWO) -centrada en eliminar la práctica del CGF en este país- y “Program for Appropriate Technology in Health” (PATH) -ONG estadounidense centrada en mejorar la salud de mujeres y niños a nivel mundial-. En este país, la principal etnia practicante son los Meru, a quienes estaba dirigida mayoritariamente esta intervención ^(71, 72). El objetivo consistía en conservar el ritual de paso de la infancia a la edad adulta, eliminando el momento en el que se realizaba el corte, pero manteniendo el resto de los elementos que lo conforman, y así considerar a las recién iniciadas como nuevas integrantes de la comunidad. Para ello, las niñas, inicialmente, eran separadas durante una semana de la comunidad, en la única compañía

de otras mujeres del grupo social. Durante dichos días, estas mujeres instruían a las niñas sobre nociones necesarias para funcionar correctamente como mujeres y futuras madres en la sociedad. Para ello, se les habló de la anatomía y el proceso de la reproducción, o de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otros. Asimismo, se les sensibilizó sobre las implicaciones negativas que puede causar a nivel físico y psicológico la realización del corte genital. Una vez concluido este periodo, tuvo lugar una celebración con la gastronomía, música y bailes típicos, muy similar a la que se realizaría en un ritual tradicional, a la que acudieron múltiples integrantes de la comunidad. Por último, las mujeres recién iniciadas recitaron frases en contra del CGF, como “las mujeres jóvenes no se convierten en ello al ser cortadas, sino a través de la educación” ⁽⁷¹⁾. Esta iniciativa tuvo éxito en la comunidad, por lo que se ha continuado realizando en los años sucesivos, y ha servido de modelo para su implantación en otros lugares, como en Uganda -a través del proyecto “Resilient Efficient Agribusiness Chains” (REACH)- o en Gambia -mediante la Organización “Foundation for Research on Women’s Health, Productivity, and the Environment” (BAFROW)- ⁽⁷²⁾. No obstante, pese a haber sido bien recibida la propuesta, existen miembros de las comunidades endémicas que discrepan, puesto que la prestación económica que hasta el momento recibían las mujeres que realizaban las circuncisiones se ha visto amenazada. Por ello, es necesario seguir trabajando en conjunto con estas poblaciones, entendiendo el complejo entramado social que supone la realización del CGF y el impacto que su eliminación puede tener sobre la estructura de estas comunidades. Por otra parte, también debe tenerse en cuenta que esta iniciativa tiene una gran limitación, ya que no es susceptible de ser utilizada en etnias en las que no se realice un ritual de paso, en las que la edad a la que se realiza el corte no es próxima a la menarquia, sino que se realiza en niñas de meses o pocos años de vida ⁽⁷²⁾.

En cuanto a los recursos disponibles para las personas residentes en España pertenecientes a etnias practicantes y para profesionales sanitarios, existen varias asociaciones a su disposición. Destaca la Red Estatal “Libres de MGF” ⁽⁷³⁾, que a su vez aglutina a diversas asociaciones que ofrecen información y apoyo a mujeres pertenecientes a países practicantes, a profesionales sanitarios españoles, o, simplemente, son asociaciones que facilitan la integración en nuestro país a las personas procedentes de países africanos, como Mauritania o Gambia, entre otros. A continuación, se detallan brevemente las asociaciones con mayor relevancia.

“AHCAMA” (Asociación Humanitaria Contra la Ablación de la Mujer Africana) ⁽⁷⁴⁾, tiene como objetivo principal el eliminar la práctica del CGF, aunque también promueve la lucha contra otras formas de violencia contra la mujer, como los matrimonios forzados o la violencia de género. En cuanto al CGF, esencialmente buscan establecer un puente entre las mujeres afectadas con los profesionales y servicios que las atienden, emprendiendo acciones formativas a los profesionales, que les ayuden a detectar un mayor número de casos y conocer el adecuado acompañamiento que necesitan estas pacientes. En conjunto, pretenden promover el empoderamiento de dichas mujeres.

“Flor de África” ⁽⁷⁵⁾ es una asociación conformada por mujeres africanas, con sede en Navarra. En líneas generales, abogan por el empoderamiento de estas mujeres en cuestiones de salud sexual y reproductiva, aunque mayoritariamente, sus acciones están enfocadas al CGF. Las actividades que desempeñan son similares a las de AHCAMA.

En la Comunidad Valenciana, existe la asociación “Red Aminata” ⁽⁷⁶⁾, cuyas acciones son nuevamente similares a las mencionadas anteriormente. Además, también realizan campañas de sensibilización en centros educativos, desde colegios de Educación Primaria hasta Facultades de la Universidad, asesoran a las mujeres que lo necesiten sobre el asilo, ofrecen sesiones de

terapia psicosexual a las mujeres y sus parejas que lo soliciten, ofertan servicios de mediación intercultural y traducción y celebran mesas redondas en las que se debate sobre el CGF.

La “Fundación Kirira” ⁽⁷⁷⁾ interviene activamente en tres comunidades keniatas, y su objetivo principal es trabajar con las niñas y mujeres en riesgo de sufrir el corte genital en dicho país, realizando trabajos de sensibilización que tengan en cuenta las necesidades de las comunidades. Asimismo, también llevan a cabo actividades informativas en España, de índole similar a las anteriormente citadas. Por otra parte, en Kenia, han construido la Casa de acogida Estrella Giménez, para proporcionarle un techo a aquellas niñas repudiadas por rechazar el CGF. Allí, además, se les brinda la oportunidad de continuar con sus estudios.

Finalmente, la “Asociación de Mujeres de Guinea Conakry en Madrid” ⁽⁷⁸⁾, aunque no está específicamente centrada en el CGF, ofrece servicios de interés para las mujeres migrantes en España procedentes de dicho país, como información acerca de la reagrupación familiar, o los trámites necesarios para la consecución de la regularización y obtención de la nacionalidad española, que pueden facilitar sobremanera la integración de estas personas en nuestro país.

6. CONCLUSIONES

Como reflexión final, puede concluirse que, el pilar fundamental para abordar este tema desde el mundo sanitario es mediante una adecuada instrucción al respecto, tanto desde los planes formativos de las carreras universitarias, como mediante formaciones continuadas, la actualización de protocolos y la publicación de artículos científicos, que permitan el enriquecimiento de los profesionales sanitarios. El adquirir conocimientos es una competencia transversal, que repercutirá positivamente sobre estas niñas, mujeres y sus familias, independientemente del escenario en el que se encuentren. Sólo así, se podrá trabajar correctamente en la prevención y sensibilización de estas poblaciones. Esto último debe suponer el eje vertebrador de las intervenciones llevadas a cabo por parte de distintos profesionales, pero especialmente de los sanitarios. Al adoptar una postura abierta, dispuesta a abarcar la diversidad cultural y a cuestionar de manera científicamente fundada; así como evitando estigmatizar a estas comunidades, los resultados obtenidos fruto de la relación entre ambas culturas serán de enorme utilidad para las dos partes.

Al apostar por enfoques transculturales, en lugar de paradigmas verticales y etnocentristas, el profesional es capaz de ver más allá de lo físicamente observable, del corte en sí mismo, y puede comprender el complejo entramado social en el que está imbricado, el cual trasciende fronteras, puesto que toda acción satisfactoriamente llevada a cabo en el país receptor tendrá repercusión en el país de origen en caso de regresar a éste. Precisamente por esto último, debe abogarse por conseguir el empoderamiento de estas familias, y así puedan actuar como agentes sensibilizadores del cambio. Es decir, para conseguir minimizar la incidencia mundial del CGF, es fundamental la acción comunitaria.

Como ya se ha mencionado, para disminuir la realización de esta práctica, deben rechazarse aproximaciones puramente penalizadoras, pues fomentan la continuación del procedimiento en la clandestinidad, lo que implica una menor seguridad en la consecución de la circuncisión. Asimismo, favorece la permanencia de dichas niñas en sus países de origen cuando, de no existir dichas acciones criminalizadoras, habrían migrado con el resto de su familia. No obstante, aunque es indispensable disponer de una legislación nacional e internacional sobre el CGF, que sí penalice su realización cuando la víctima sea española o resida aquí habitualmente, y no debe olvidarse que dicha práctica vulnera algunos Derechos Humanos Universales, es importante

conocer las leyes para evitar, como ya se ha mencionado, la separación injusta de las niñas y sus padres en las situaciones en las que no corresponde -como es el caso de las niñas reagrupadas-, lo que refuerza su percepción de que únicamente son bienvenidos en nuestro país si renuncian a sus tradiciones. Esta concepción se ve acentuada cuando los sanitarios no desempeñan su labor correctamente, por ejemplo, mediante la imposición de la firma del Compromiso Preventivo de forma previa a un viaje vacacional, cuando dicho documento fue concebido con la pretensión de ser un acuerdo voluntario y de apoyo a las familias.

Por ello, nuevamente, se apela a la necesidad urgente de una formación suficiente y actualizada de los profesionales sanitarios, ya que son una figura de gran influencia comunitaria, especialmente en esta situación. Si utilizan inadecuadamente los algoritmos y recursos disponibles, muchas veces fundado en la necesidad genuina de evitar un CGF que consideran inminente, tras una valoración inadecuada o apresurada del riesgo real, pueden causar un efecto rebote y de rechazo en estas familias. Generalmente, existe el tiempo suficiente para poder trabajar paulatinamente los conceptos que rodean al CGF en las consultas, especialmente en las de pediatría de Atención Primaria, ya que cuentan con múltiples visitas programadas dentro del Programa del Niño Sano, así como durante las consultas de seguimiento del embarazo por parte de la matrona de Atención Primaria. Ambas situaciones ofrecen la posibilidad de realizar una prevención primaria. Normalmente es infrecuente que la primera consulta con una familia sea porque van a regresar a su país natal con su hija no circuncidada de manera inminente -situación en la que inevitablemente debe actuarse con mayor presteza y notificando a los departamentos necesarios-, por lo que es fundamental incidir en la importancia del trabajo continuado y preventivo que deben desempeñar los profesionales, sobre todo en el primer nivel asistencial, donde es más sencillo forjar una relación de confianza con las familias. Así, cuando dicho viaje tenga lugar, el procedimiento será más agradable para ambas partes, ya que, idealmente, serán familias ya sensibilizadas, por lo que la probabilidad de que suceda el CGF es menor.

Como apunte final, cabe destacar que, dentro de los planes de estudios ofertados en los Grados en Medicina en las facultades públicas españolas, únicamente se menciona explícitamente al CGF en la guía docente de una asignatura en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria ⁽⁷⁹⁾ y en la Universidad de Lleida ⁽⁸⁰⁾. En el caso de las facultades de Enfermería, aparece mencionado en asignaturas impartidas en la Universidades de Alicante ⁽⁸¹⁾, Murcia ⁽⁸²⁾, Lleida ⁽⁸³⁾ y Cantabria ⁽⁸⁴⁾. Asimismo, llama la atención cómo en numerosos itinerarios formativos del Grado de Enfermería, se imparten conocimientos sobre los cuidados transculturales, existiendo asignaturas específicas al respecto, como ocurre en las Universidades de Córdoba ⁽⁸⁵⁾, Granada ⁽⁸⁶⁾ y Málaga ⁽⁸⁷⁾. Esto demuestra la mayor formación de los estudiantes de enfermería frente a los de medicina en este ámbito, tanto de conocimientos sobre la propia práctica, como de habilidades culturales. Aun así, es necesario que estos contenidos se impartan en más facultades a lo largo del país, puesto que el número es aún inferior a lo deseable.

En definitiva, es indispensable adquirir competencias culturales, puesto que, cada vez, las comunidades son más diversas culturalmente hablando. Así, siguiendo el marco de la enfermería transcultural, se conseguirá valorar a los individuos de manera holística, dándole importancia a su cosmovisión, y se podrá trabajar en el mantenimiento de sus tradiciones, siempre que éstas no supongan un daño potencial a su salud. En caso de hacerlo, como sucede con el CGF, deben idearse alternativas que sean culturalmente congruentes -como los rituales alternativos-, u ofertarse apoyo y orientación por parte de grupos comunitarios -como es el caso de las asociaciones-, apostando así por soluciones que tengan su origen en la base de la sociedad, al haber mayores posibilidades de que resulten aceptables para estas familias.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 7.1. Mutilación genital femenina. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2023 [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/female-genital-mutilation#tab=tab_1
- 7.2. Un nuevo informe estadístico sobre la mutilación genital femenina muestra que esta práctica constituye una preocupación mundial, según UNICEF. UNICEF [Internet]. 2016 [citado 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/un-nuevo-informe-estad%C3%ADstico-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-muestra-que>
- 7.3. Kaplan Marcusán A, López Gay A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016. 3ª ed. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Wassu-UAB; [Internet] 2017 [citado 22 de enero 2023]. 161 p. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=134579726212&blobnocache=true>
- 7.4. Bodrogi T, Gunda B, Tálasi I, Ortutay GY. Mythological, historical and sociological aspects of the practice of female circumcision among the Egyptians. Acta Ethnogr Acad Scient Hung [Internet]. 1967 [citado 22 de enero de 2023]; 16 (387). p. 387-397. Disponible en: <https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/e8f6e24aec458e5cfb0c375d8838300d.pdf/Acta%20Ethnographica%20Academiae%20Scientiarum%20Hungaricae,%201967,%201967.pdf>
- 7.5. Jonckheere, F. La circonsion des anciens Egyptiens. Centaurus [Internet]. 1951 [citado 22 de enero de 2023]; 1 (3). p. 212-234. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0498.1951.tb00509.x>
- 7.6. Kaplan Marcusán A, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Wassu-UAB; [Internet] 2017 [citado 22 de enero 2023]. 132 p. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345806885787&blobnocache=true>
- 7.7. Lane SD, Rubinstein RA. Judging the Other. Responding to Traditional Female Genital Surgeries. The Hastings Cent Rep; [Internet] 1996 [citado 22 de enero 2023], 26 (3). p. 31-40. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2307/3527930>
- 7.8. Fee, E. The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females by Fran P. Hosken. Signs; [Internet] 1980 [citado 22 de enero 2023], 5 (4). p. 807-809. Disponible en: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1525/maq.1979.11.1.02a00200>
- 7.9. Excerpts from Fran P. Hosken, The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females. 4ª ed. Lexington: WIN news; [Internet] 1993 [citado 22 de enero 2023]. p. 114-115; 192-202; 216-218. Disponible en: <https://www.middle-east-info.org/league/somalia/hosken.pdf>
- 7.10. Ayuk E. Understanding the political stakes in the fight against FGM/C in the world: the case of Cameroon and its neighbors. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology. Torino: Meti Edizioni; [Internet] 2018 [citado 22 de enero 2023]. p. 65. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>
- 7.11. Davis K. Responses to W. Njambi's 'Dualisms and female bodies in representations of African female circumcision: a feminist critique'. Between moral outrage and cultural

- relativism. *Fem Theory*; [Internet] 2004, [citado 22 de enero 2023] 5 (3). p. 305-323. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1464700104040811>
- 7.12.** UNFPA, UNHCR, UNICEF, WHO, FIGO, ICN, MWIA, WCPA, WMA. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. [Internet] 2010 [citado 22 de enero 2023]. 27p. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.9>
- 7.13.** Johnsdotter S. Girls and boys as Victims: asymmetries and dynamics in European public discourses on genital modifications in children. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. *FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology*. Torino: Meti Edizioni; [Internet] 2018. [citado 22 de enero 2023] p. 31. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>
- 7.14.** Baldé C, Arroyo Rodríguez A. Estudio de casos sobre la mutilación genital femenina “Jadare” en la cultura fulbe (Guinea Bissau). *Cult de los Cuid*; [Internet] 2019 [citado 22 de enero 2023], 23 (53). Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91761/1/CultCuid_53-156-167.pdf
- 7.15.** Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [Internet] 2015 [citado 22 de enero 2023]. 112 p. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- 7.16.** Mutilación genital femenina. Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación Wassu-UAB; [Internet] 2018 [citado 22 de enero 2023]. 51 p. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809013579&blobnocache=true>
- 7.17.** Cortes Rodríguez AE. Modelo de Enfermería Transcultural de Madeleine Leininger. En: Torres Navarro MM, Fernández Sola C, Ruiz Arrés E, editores. *Teoría y práctica de los fundamentos de Enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. Almería: Editorial Universidad de Almería; [Internet] 2020 [citado 22 de enero 2023]. 281p. Disponible en: https://books.google.es/books/about/Teor%C3%ADa_y_pr%C3%A1ctica_de_los_fundamentos_d.html?id=D80HEAAAQBAJ&redir_esc=y
- 7.18.** Werunga J, Reimer-Kirkham S, Ewashen C. A Decolonizing Methodology for Health Research on Female Genital Cutting. *ANS Adv Nurs Sci*; [Internet] 2016 [citado 22 de enero 2023], 39 (2). p. 150-164. Disponible en: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2016/04000/A_Decolonizing_Methodology_for_Health_Research_on.6.aspx
- 7.19.** Aixelà Cabré Y. Female Circumcision in Egypt. A Critical Approach. *Sci. J. Humanist. Stud.*; [Internet] 2010 [citado 22 de enero 2023], 2 (2): p. 1- 12. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/81702>
- 7.20.** Ida R, Saud M. Female Circumcision and the Construction of Female Sexuality: A Study on Madurese in Indonesia. *Sex Cult*; [Internet] 2020 [citado 22 de enero 2023], 24: p. 1987-2006. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12119-020-09732-6>
- 7.21.** Fusaschi M. *Gukuna*: a paradoxical rwandan female genital “mutilation”. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. *FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology*. Torino: Meti Edizioni; [Internet] 2018 [citado 6 de febrero 2023]. p. 107. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>

- 7.22.** Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi MA. La Cara Oculta de la Inclusión Social. Cortes Genitales Femeninos, Rituales y Salud. Rev. Col. San Luis; [Internet] 2019 [citado 6 de febrero 2023], 9 (18): p. 16-46. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7613598>
- 7.23.** Del Álamo Gómez N, Picado Valverde EM. Políticas Públicas en defensa de la Inclusión, la Diversidad y el Género III. Migraciones y Derechos Humanos. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; [Internet] 2021 [citado 6 de febrero 2023]. 924 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=794436>
- 7.24.** Guía para la Prevención y Atención Sanitaria a la Mutilación Genital Femenina [Internet]. Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. 2021 [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/Gu%C3%ADa%20MGF%2020-05_22.pdf
- 7.25.** Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [citado 6 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- 7.26.** Almansa Martínez Pilar, Jiménez-Ruiz Ismael. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2017 Dic [citado 8 de febrero de 2023]; 26(4): p. 288-291. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300012&lng=es.
- 7.27.** Africa, ethnolinguistic groups. Library of Congress. Washington, D.C.: Central Intelligence Agency. [Internet] 1996 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.loc.gov/item/96680239/>
- 7.28.** Díaz-Jiménez D, Rodríguez-Villalón M, Moreno-Dueñas, MB. Intervención de la matrona hospitalaria en una gestante con mutilación genital femenina. A propósito de un caso. Enferm. Clin.; [Internet] 2018 [citado 8 de febrero de 2023], 28 (2): p. 133-139. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-intervencion-matrona-hospitalaria-una-gestante-S1130862117301511>
- 7.29.** Prince Torres AC. Acto educativo como catalizador del empoderamiento de la mujer ante la mutilación genital femenina. Rev. De Cienc. Soc.; [Internet] 2022 [citado 8 de febrero 2023], 28 (3): p. 400-412. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8526466>
- 7.30.** La esclavitud en Colombia: yugo y libertad. Archivo General de la Nación [Internet]. 2020 [citado 8 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.archivogeneral.gov.co/exposicion_esclavitud_colombia
- 7.31.** La Declaración Universal de Derechos Humanos. Naciones Unidas [Internet]. 1948 [citado el 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- 7.32.** García de Herreros Madueño T, Garabato González S, Martínez Blanco ML (coords.) y Grupo de Trabajo. Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid; [Internet] 2017 [citado 8 de febrero 2023]. 66p. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Publicacion/es/Mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina/Guia_actuaciones_sanitarias_MGF.pdf

- 7.33. Ropero Carrasco J. Inmigración, integración y diversidad: Un análisis crítico a partir del tratamiento de la mutilación genital femenina en la Unión Europea. Cuad. Eur. Deusto [Internet]; 2017 [citado 8 de febrero 2023], 57. p. 133-165. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6377521>
- 7.34. Fusaschi M, Cavatorta G. FGM/C: which spaces for a critical anthropology? Dialogues, resistances and new opportunities. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology. Torino: Meti Edizioni; [Internet] 2018 [citado 8 de febrero 2023]. p. 5. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>
- 7.35. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Council of Europe Treaty Series [Internet]; 2011 [citado el 8 de febrero de 2022], 210. 29p. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680462543>
- 7.36. Derechos Fundamentales [Internet]. BOE [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/legislacion/derechos_fundamentales.php
- 7.37. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE [Internet]. 2003 [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088>
- 7.38. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Legislación Consolidada. [Internet]. BOE [citado 8 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036>
- 7.39. Roa Avella MP. Creación de escenarios de diálogo intercultural para la eliminación de la mutilación genital femenina. Rev. Cient. General José María Córdova. [Internet] 2020 [citado 15 de febrero de 2023]; 18 (31): 587-603 p. Disponible en: <https://revistacientificaesmic.com/index.php/esmic/article/view/624>
- 7.40. De Dios Pérez MI, Gallardo Molina L, Fernández Carrasco J, Rodríguez Díaz L. Abordaje de la mutilación genital femenina desde la consulta de Atención Primaria. Rev. RqR Enferm. Comunitaria. [Internet] 2021 [citado 15 de febrero de 2023]; 9 (2): 3-6 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8001897>
- 7.41. Sánchez Boza P, Núñez Martí P. Mutilación genital femenina en Madrid: Migración, contexto y acogida. RIECS. [Internet] 2021 [citado 15 de febrero de 2023]; 6 (1): 38-58 p. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/257>
- 7.42. Smith H, Stein K. Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 15 de febrero de 2023]; 136 (Suppl. 1): 60-64p. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12051>
- 7.43. García-Oliveros E. Cuando amar en África lo pagas con la vida. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2023]; 28 (59): p. 95-111. Disponible en: <https://www.scielo.br/i/remhu/a/rTrSY3SVktfzJMVRFGDwrsL/?lang=es>
- 7.44. Fundación Wassu-UAB. Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB [Internet]. 2019 [citado 15 febrero 2023]. 41p. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809016910&blobnocache=true>
- 7.45. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: la mutilación genital femenina. Organización Mundial de La Salud, Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2013 [citado 11 de marzo de 2023]. Disponible en:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98838/WHO_RHR_12.41_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 7.46.** Sánchez Achiaga E, Vera Puente B, López-Nevot MA. Mutilación genital femenina: situación global, disfunción sexual asociada y manejo de la misma. RIECS [Internet]. 2017 [citado 11 de marzo de 2023]; 2 (2): 2530-2787p. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/54>
- 7.47.** Okomo U, Ogugbue M, Inyang E, Meremikwu MM. Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2023]; 136 (suppl. 1): p. 38-42. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijgo.12049>
- 7.48.** Abayomi O, Chibuzor MT, Okusanya BO, Esu E, Odey E, Meremikwu EM. Supportive psychotherapy or client education alongside surgical procedures to correct complications of female genital mutilation: A systematic review. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2023]; 136 (suppl. 1): p. 51-55. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ijgo.12042>
- 7.49.** Hodžić S. ASCERTAINING DEADLY HARMS: Aesthetics and Politics of Global Evidence. Cultural Anthropology [Internet]. 2013 [citado 12 de marzo de 2023]; 28 (1): p. 86-109. Disponible en: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1548-1360.2012.01174.x>
- 7.50.** Bello S, Ogugbue M, Chibuzor M, Okomo U, Meremikwu MM. Counselling for deinfibulation among women with type III female genital mutilation: A systematic review. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 12 de marzo de 2023]; 136 (Suppl. 1): p. 47-50. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12044>
- 7.51.** Who study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet [Internet]. 2006 [citado 12 de marzo de 2023]; 367: p. 1835-1841. Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/female-genital-mutilation-obstetric-outcome-who-collaborative-prospective-study-six>
- 7.52.** García Ruiz A, Cárdenas Garófolo L, Oliveros Sandoval CA, Oliveros Sandoval CA. RECIMUNDO [Internet]. 2022 [citado 12 de marzo de 2023]; 6 (4): p. 115-122. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1809>
- 7.53.** Johansen REB, Mahgoub Ziyada M, Shell-Duncan B, Marcusà Kaplan A, Leye E. Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. BMC Health Services Research [Internet]. 2018 [citado 12 de marzo de 2023]; 18 (240): p. 1-13. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3033-x>
- 7.54.** Balogun OO, Hirayama F, Wariki WMV, Koyanagi A, Mori R. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Review). Cochrane Database Syst. Rev. [Internet]. 2013 [citado 12 de marzo de 2023]; 2: p. 1-11. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009872/full/es>
- 7.55.** Sigurjonsson H, Jordal M. Addressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery. Curr. Sex. Health rep. [Internet]. 2018 [citado 12 de marzo de 2023]; 10: p. 50-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29755298/>
- 7.56.** Ezebialu I, Okafo O, Oringanje C, Ogbonna U, Udoh E, Odey F, Meremikwu MM. Surgical and nonsurgical interventions for vulvar and clitoral pain in girls and women living with female genital mutilation: A systematic review. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017 [citado

- 12 de marzo de 2023]; 136 (Suppl. 1): p. 34-37. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12048>
- 7.57.** Atención sin estigmatización: análisis de factores discriminatorios en la intervención preventiva de la mutilación genital femenina en España. Bellaterra: Fundació Wassu-UAB [Internet]; 2020 [citado 12 de marzo 2023]. 57 p. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345835008868&blobnocache=true>
- 7.58.** WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]. World Health Organization [Internet]. 2013 [citado 14 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646>
- 7.59.** Villani M. Medicine, sexuality and FGM: sociological notes on clitoris surgical reconstruction. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology. Torino: Meti Edizioni [Internet]; 2018 [citado 14 de marzo 2023]. p. 163. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>
- 7.60.** Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen D. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. J Sex Med [Internet]; 2017 [citado 14 de marzo de 2023]; 14: p. 977-990. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28666656/>
- 7.61.** Marrero González CM. Competencia cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios. ENE. Revista de enfermería [Internet]. Ago. 2013 [citado 16 de marzo de 2023]; 7 (3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4422556>
- 7.62.** Rubio Martín S, Rubio Martín S. Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. Enferm. Cardiol. [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2023]; 27 (80): p. 6-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301>
- 7.63.** Mairal Buera M, Palomares García V, Del Barrio Aranda N, Atarés Pérez A, Piquieras García M, Miñes Fernández T. Madeleine Leininger, artículo monográfico. Rev Sanit. Invest. [Internet]. 2021 [citado 16 de marzo de 2023]; 2 (4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604>
- 7.64.** Betancurth Loaiza DP, Mejía Alarcón AM, Sánchez Palacio N, Orozco Castillo L, Giraldo Osorio A. Enfermería en atención primaria: plan de decisiones y acciones basado en la transculturalidad. Enferm. Aten Primaria [Internet]. 2021 [citado 16 de marzo de 2023]; 39 (2): p. 255-263. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000300385
- 7.65.** Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P. Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of the Rising Sun Model. Contemp. Nurse. [Internet]. 2017 [citado 16 de marzo de 2023]; 53 (2): p. 196-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27842460/>
- 7.66.** Correa Ventura N, Báez Quintana D. Mutilación genital femenina: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en la Isla de Tenerife. ¿Vivimos de espaldas a esta realidad? Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 16 de marzo de 2023]; 95. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8071318>
- 7.67.** Vega-Recio A, Luque-Salas B. Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario maternoinfantil de Melilla. Matronas Prof. [Internet]. 2018 [citado 16 de marzo de 2023]; 19 (4): p. 143-150. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6907559>

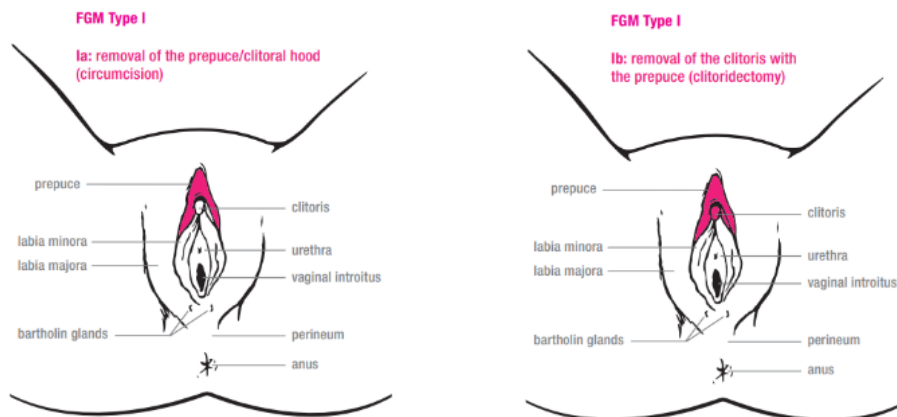
- 7.68.** Fundación Wassu-UAB. La Mutilación Genital Femenina en España. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2023]. 137p. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudio_mgf.htm
- 7.69.** Carrasco Carpio C, Ibáñez Carrasco M. Cómo elaborar un protocolo de prevención de la mutilación genital femenina: el caso de Castilla-La Mancha. Migraciones [Internet]. 2020 [citado 16 de marzo de 2023]; 20: p. 117-146. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7686694>
- 7.70.** Abdulcadir OH, Catania L. Alternative rite between medicine and policy. En: Fusaschi M, Giovanna C, editores. FGM/C: From Medicine to Critical Anthropology. Torino: Meti Edizioni [Internet]; 2018 [citado 16 de marzo 2023]. p. 173. Disponible en: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809011019&blobnocache=true>
- 7.71.** Finke J. Circumcision through Words [Internet]. Traditional Music and Cultures of Kenya [Internet]. 2003 [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.bluegecko.org/kenya/tribes/meru/articles-circword.htm>
- 7.72.** Droy L, Hughes L, Lamont M, Nguura P, Parsitau D, Ngare GW. Alternative Rites of Passage in FGM/C Abandonment Campaigns in Africa: A research opportunity. LIAS Working Paper 1. University of Leicester [Internet]. 2018 [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://journals.le.ac.uk/ojs1/index.php/lias/article/view/2820>
- 7.73.** Libres de MGF [Internet]. Libres de MGF. Red Estatal [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://libresmgf.org/la-red/>
- 7.74.** Quiénes somos [Internet]. AHCAMA [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://ahcama.org/quienes-somos/>
- 7.75.** Asociación de Mujeres Africanas en Navarra FLOR DE ÁFRICA [Internet]. Libres de MGF [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://libresmgf.org/flor-de-africa>
- 7.76.** Principales proyectos y actividades que realiza la asociación en la actualidad [Internet]. Red Aminata [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://redaminata.org/>
- 7.77.** Nuestro trabajo [Internet]. Fundación Kirira [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionkirira.es/nuestro-trabajo>
- 7.78.** Asociación de Mujeres de Guinea de Madrid [Internet]. Libres de MGF [citado 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://libresmgf.org/asociacion-de-mujeres-de-guinea-de-madrid>
- 7.79.** 42930-GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Grado en Medicina. Universidad Las Palmas de Gran Canaria [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www2.ulpgc.es/plan-estudio/4029/40/42930>
- 7.80.** GUÍA DOCENTE ANTROPOLOGÍA Y ECOLOGÍA HUMANA. Universitat de Lleida [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://guiadocent.udl.cat/pdf/es/100541-2223>
- 7.81.** Cultura de los cuidados, educación para el desarrollo y pensamiento crítico. Guías Docentes. Universidad de Alicante [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cvnet.cpd.ua.es/Guia-Docente/GuiaDocente/Index?wcodest=C351&wcodasi=27032&wlengua=es&scaca=2022-23>
- 7.82.** Guía de la asignatura de Grado “Enfermería y Salud de la Mujer” 2022/2023. Universidad de Murcia [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en:

- <https://aulavirtual.um.es/umugdocente-tool/htmlprint/guia/RInv0CUJ0QVgYG7uWj6aQQXoEYxwh5xpGrPdJ3MGwUqCaL5K15Q>
- 7.83.** GUÍA DOCENTE. ENFERMERÍA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Universitat de Lleida [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://guiadocent.udl.cat/pdf/es/100472-2223>
- 7.84.** GUÍA DOCENTE DE LA ASIGNATURA. G1026-Atención a la Salud de la Comunidad [Internet]. Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria. 2022 [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://web.unican.es/estudios/Documents/Guias/2022/es/G1026.pdf>
- 7.85.** GUÍA DOCENTE. TRANSCULTURALIDAD, SALUD Y GÉNERO. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uco.es/eguiado/guias/2022-23/100009es_2022-23.pdf
- 7.86.** Guía docente de Transculturalidad, Género y Salud (2071118). Grado enfermería. Universidad de Granada [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cienciasdelasalud.ugr.es/docencia/grados/grado-enfermeria/transculturalidad-genero-y-salud/11/guia-docente>
- 7.87.** Cuidados Transculturales. Graduado/a en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga [Internet]. 2022 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uma.es/centers/subject/facultad-de-ciencias-de-la-salud/5050/50016/206>

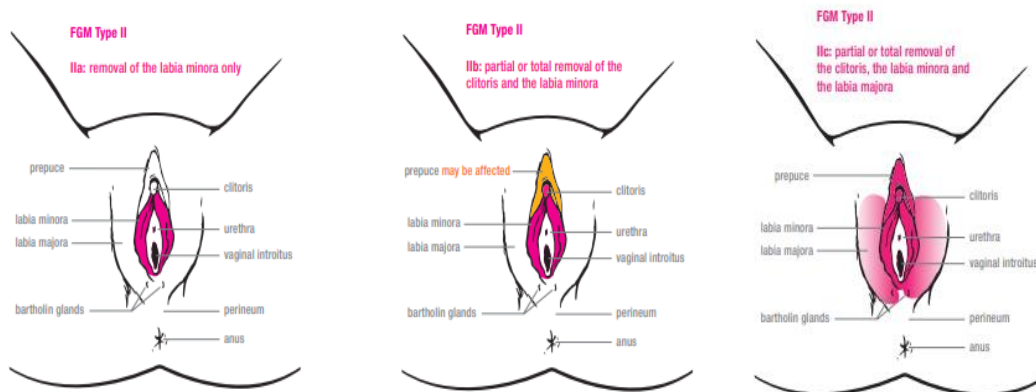
8. ANEXOS

8.1. Cuadro resumen de los tipos I, II y III de CGF según la OMS.

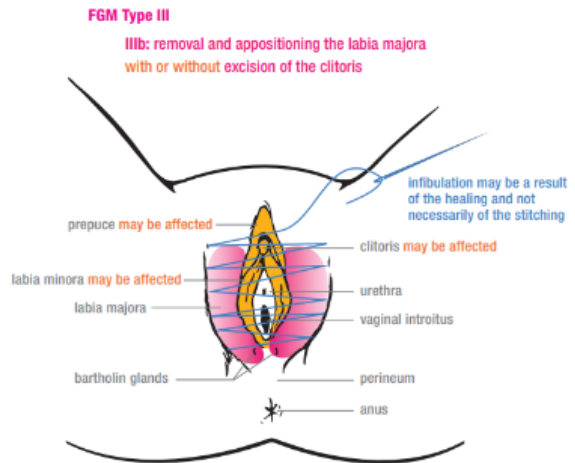
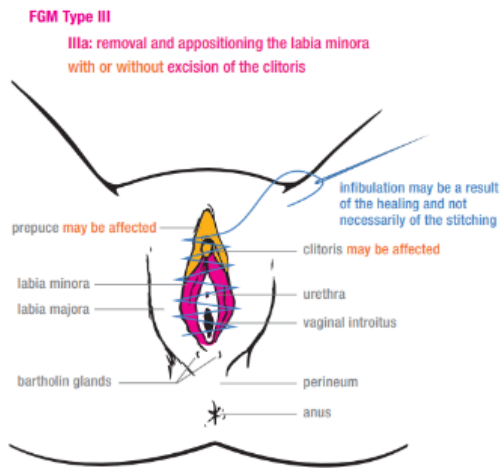
Type I Partial or total removal of the clitoris (clitoridectomy) and/or the prepuce



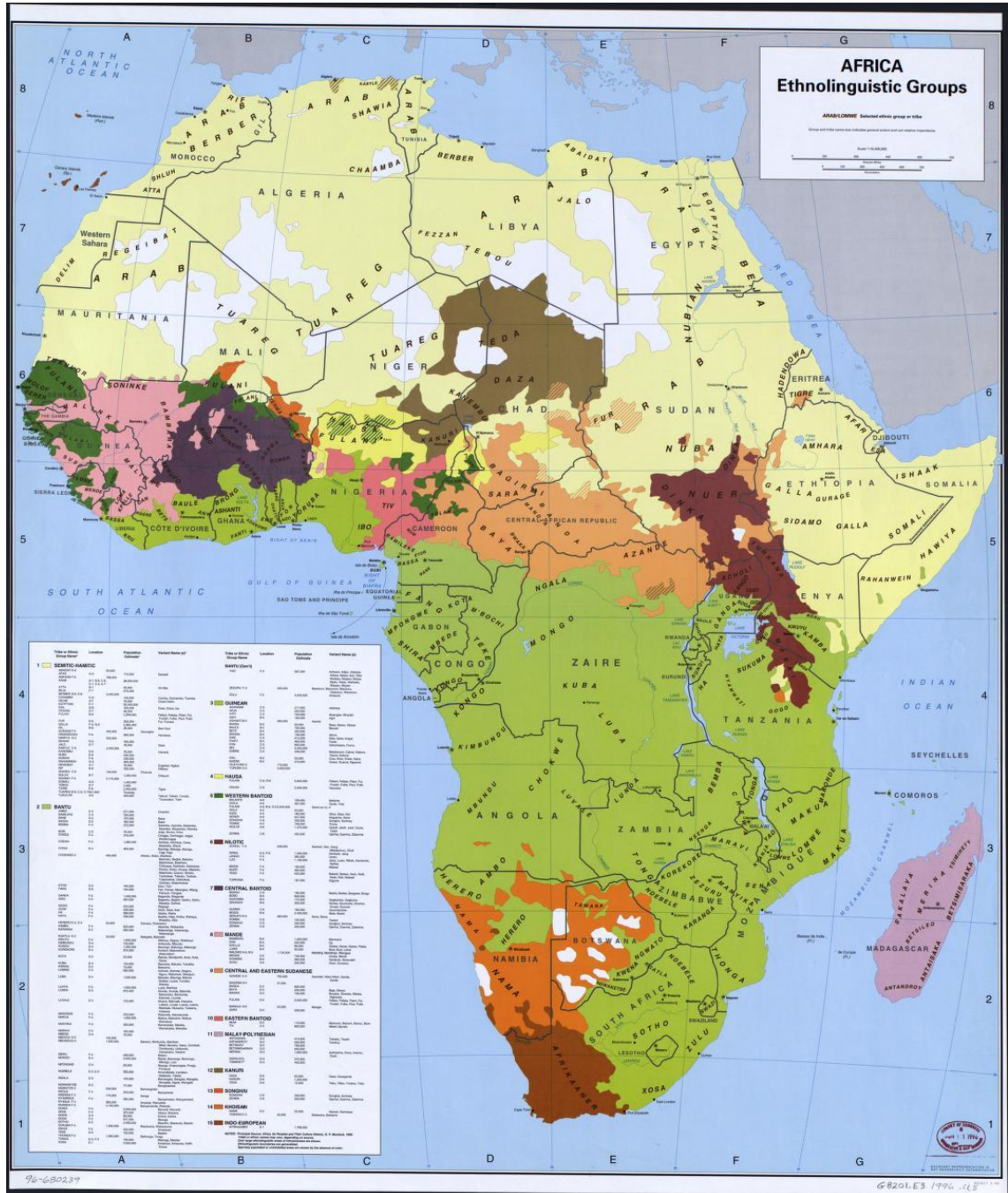
Type II Partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)



Type III Narrowing of the vaginal orifice with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora and/or the labia majora, with or without excision of the clitoris (infibulation)



8.2. Mapa de los grupos étnicos del continente africano.



8.3. Modelo de parte de lesiones ante un CGF.

Datos de la persona que realizó la mutilación:

- Relación de parentesco/vínculo con la NIÑA (abuela/tía/otra persona de la comunidad del país de origen/ desconocida):
- Nombre y apellidos:
- Dirección y/o teléfono:

Datos de la niña:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:
- Estado Civil:
- Dirección, Municipio (código postal):
- Teléfono:

Datos de filiación de la madre:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:
- Estado Civil:
- Dirección, Municipio (código postal):
- Teléfono:

Datos de filiación del padre:

- Nombre y Apellidos:
- DNI/NIE/Pasaporte:
- Fecha de nacimiento, Edad:
- País origen (país de nacimiento o nacionalidad, especificar):
- Etnia:

Otros datos relativos a la madre:

- Si tiene practicada una MGF:
- Tipo (I, II, III):
- Si tiene más hijas (Nº y edades):

NOMBRE	EDAD

Datos del personal facultativo responsable de la asistencia:

- Centro Sanitario:
- Datos de la/el profesional que lo emite: Nombre, apellidos y CNP:

8.4. Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTÓNOMA

**HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**
 L = Leve M = Moderado G = Grave
 Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha
 Maltrato

MALTRATO FÍSICO

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moratones ¹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras ²
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas ³
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Heridas ⁴
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales ⁵
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas ⁶
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada ⁷
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸

NEGLIGENCIA

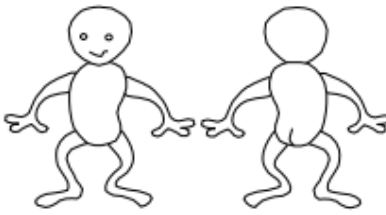
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene ⁹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión ¹⁰
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional ¹³
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

<input type="checkbox"/> S	Sin contacto físico
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶
<input type="checkbox"/> S	Con contacto físico y con penetración
<input type="checkbox"/> S	Dificultad para andar y sentarse
<input type="checkbox"/> S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="checkbox"/> S	Dolor o picor en la zonal genital
<input type="checkbox"/> S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
<input type="checkbox"/> S	Cerviz o vulva hinchados o rojos
<input type="checkbox"/> S	Explotación sexual
<input type="checkbox"/> S	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="checkbox"/> S	Enfermedad venérea ¹⁷
<input type="checkbox"/> S	Apertura anal patológica ¹⁸
Configuración del himen ¹⁹ <input style="width: 100px;" type="text"/>	



Señale la localización de los síntomas

Otros síntomas o comentarios:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> SI	
Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Centro: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Servicio / Consulta: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Nombre: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/>	
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/>	N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>		

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clitoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbite lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

8.5. Modelo de la Hoja de Compromiso Preventivo.

MODELO DE COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO de la niña	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.

- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un **delito de lesiones** en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.

- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

- CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

- ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

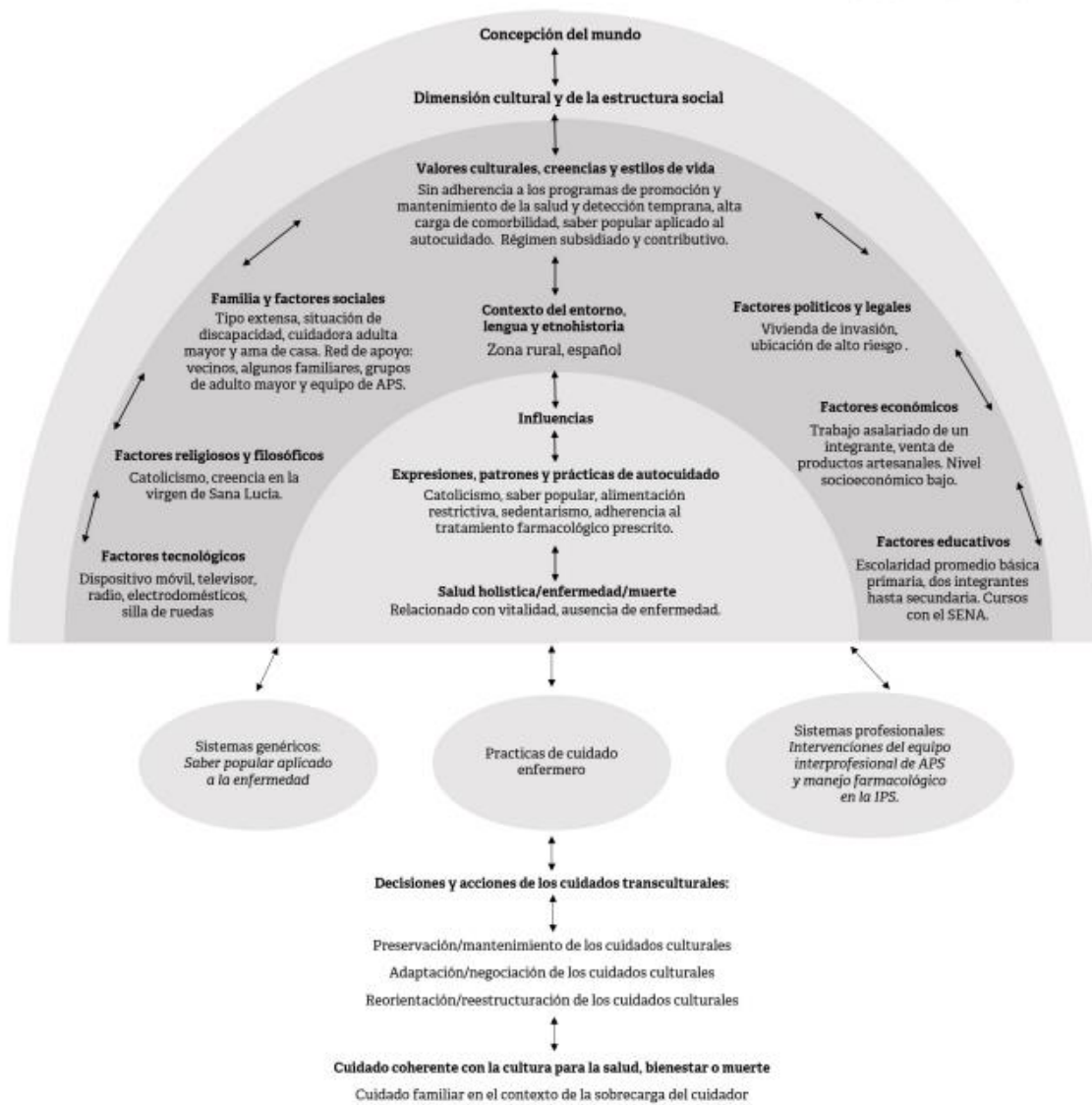
Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra/ Médico

8.6. Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger.



Fuente: adaptado de McFarland et al. (5).