

Abordaje de la prevención de las mutilaciones genitales femeninas desde las consultas de Atención Primaria

L.C. Pardos Martínez⁽¹⁾, P. Oliván Otal⁽²⁾, R.M.^a Macipe Costa⁽³⁾, J. Moreno Sánchez⁽⁴⁾

⁽¹⁾Pediatra EAP Perpetuo Socorro (Huesca). ⁽²⁾Pediatra EAP Canal Imperial (Zaragoza).
⁽³⁾Pediatra EAP Fuentes de Ebro. ⁽⁴⁾Trabajadora Social Médicos del Mundo

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 74-80]

RESUMEN

Los últimos años en España hemos asistido a un gran aumento de la población inmigrante. En la actualidad el 12% de los niños que viven en Aragón lo son.

Como respuesta a este hecho, los pediatras hemos tenido que formarnos en problemas y situaciones nuevas que nos ha planteado la atención a estos niños.

Una de estas situaciones nuevas que es importante conocer y saber abordar es la prevención de las mutilaciones genitales femeninas (MGF) en niñas procedentes sobre todo de África.

En Aragón en este momento, según datos del Registro de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón (BDU), hay 1.151 niñas que proceden de países en los que se practican las MGF, y por lo tanto están en riesgo de ser sometidas a esta práctica aprovechando un viaje a su país.

La gran trascendencia y repercusión que tiene en la vida de las niñas esta práctica nos obliga a hacer un adecuado abordaje preventivo desde nuestras consultas en coordinación con otros organismos implicados.

El objetivo principal de este artículo es revisar el tema de las mutilaciones genitales femeninas, conocer el marco legal y dar a conocer a los pediatras el nuevo protocolo de prevención de las MGF, elaborado por el Gobierno de Aragón.

PALABRAS CLAVE

Niños, África, mutilación genital femenina, prevención.

Female genital mutilation (FGM) prevention management in primary care

ABSTRACT

Immigration has strongly increased in the last few years in Spain. Nowadays, 12% of the children who live in Aragon are immigrants. In response to this fact, pediatricians have had to learn how to deal with the new situations involved in the care of these children. Female genital mutilation (FGM) in girls from Sub-Saharan Africa is one of these.

According to the information provided by Database Users of Aragonese Health System (BDU), there are 1,151 girls who come from countries where mutilation is undergone and, therefore, are at risk of being subjected to this practice when they return to their native countries.

Due to the large impact of this practice in the girls' lives, professionals are obliged to implement a set of preventive measures from their surgery and in collaboration with others organisms.

The ultimate goal of this article is to revise the problem of female genital mutilation, its legal framework, as well as to show the new prevention protocol published by the Aragonese government.

KEYWORDS

Children, Africa, female genital mutilation, prevention.

Correspondencia: Rosa M.^a Macipe Costa
Pelegrín, 3, 4.º C. 50001 Zaragoza
email: rmacipe@gmail.com
Fecha de envío: octubre de 2011

INTRODUCCIÓN

Los últimos años, en España, ha habido un gran aumento de la población inmigrante, en su mayoría procedente de países de baja renta⁽¹⁻⁴⁾. A fecha de 1 de enero de 2010, según datos del padrón, la población inmigrante en España supone el 12% del total, y el 12% de la población menor de 14 años es extranjera (http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm).

Como pediatras, la atención a esta población ha exigido formarnos, adaptarnos y responder a necesidades y situaciones nuevas⁽⁵⁾. Una de estas situaciones nuevas que es importante conocer y saber abordar, por su especial trascendencia y repercusión en la vida de las niñas procedentes sobre todo de África, es la prevención de las mutilaciones genitales femeninas (MGF).

Las MGF comprenden una serie de prácticas consistentes en la extirpación total o parcial de los genitales externos de las niñas por razones culturales, religiosas o cualquier otra no médica.

Unos 40 países en el mundo practican la MGF de sus niñas. Se calcula que más de 130 millones de mujeres en el mundo han sufrido algún tipo de mutilación, y que cada año 2 millones de niñas están en riesgo de sufrirla⁽⁶⁻⁸⁾.

Las MGF son reconocidas internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Reflejan una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituyen una forma extrema de discriminación de la mujer. Se practican casi siempre en menores y constituye una violación de los derechos del niño. Asimismo, violan el derecho a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Es por eso que la Comunidad internacional a través de diversas agencias (OMS, UNICEF, UNFPA), y la propia Unión Europea, se han pronunciado en contra de las MGF, por atentar contra los derechos humanos⁽⁹⁾. En muchos de los países en donde se realizan habitualmente, están ilegalizadas. Pero a pesar de ello se continúa practicando, lo que pone en evidencia que no se puede abordar este problema únicamente desde un punto de vista punitivo, sino que exige un buen conocimiento de las motivaciones, mitos, costumbres que están detrás de la práctica y desde ahí valorar las mejores formas de abordarlo en cada realidad.

En Aragón viven 1.151 niñas (fuente Registro de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón, BDU 31-3-2011) que, o bien han nacido en países en los que se practica la mutilación, o son hijas de familias emigrantes procedentes de dichos países. En la provincia de Zaragoza residen 913 niñas, en la de Huesca 215 y en la de Teruel 23. En cuanto a la distribución por zonas, en la provincia de Huesca

el grupo más numerosos se encuentra en Binéfar y en el barrio del Perpetuo Socorro de Huesca capital. En Teruel hay pocas mujeres de esta procedencia, siendo el principal núcleo Alcañiz. Las Fuentes, San José, Delicias y el Casco Histórico son los distritos de Zaragoza capital en los que la población subsahariana es más numerosa.

Gambia es el país de procedencia más frecuente de estas niñas, seguido de Senegal, Nigeria, Ghana y Malí. En Gambia la prevalencia de las MGF es del 78%, en Senegal del 28%, en Nigeria del 60%, en Ghana del 30% y en Malí del 94%. Los tipos de MGF que practican son el I y el II⁽¹⁰⁾.

TIPOS DE MUTILACIÓN

Existen 4 tipos de mutilación⁽⁵⁻¹¹⁾:

TIPO I: Consiste en la clitoridectomía, que es la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris.

TIPO II: Escisión, que consiste en la ablación total o parcial del clítoris y de labios menores.

TIPO III: Infibulación, que consiste en la extirpación de clítoris, labios menores, labios mayores y sutura de ambos lados de la vulva. Se deja pequeña abertura para orinar y flujo menstrual. Este tipo es el más agresivo, y el que conlleva mayor número de complicaciones a corto y a largo plazo.

TIPO IV: Engloba un conjunto de prácticas de severidad variable sobre área genital como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden darse a corto, medio y largo plazo^(5,7-9).

Son complicaciones inmediatas, que en ocasiones pueden poner en riesgo incluso la vida de la niña: hemorragias, el dolor intenso, infección, sepsis-gangrena, shock, retención urinaria, tétanos y estrés traumático. Complicaciones a medio plazo: la anemia, el contagio de hepatitis B y C, y VIH, abscesos, úlceras, escarificaciones, problemas en la cicatrización y problemas psicológicos como miedo, angustia y estrés. Y complicaciones a largo plazo: las ginecóticas como infecciones de repetición, dismenorrea, salpingitis, etc.; las sexuales como son dispareunia, disminución del deseo sexual, la anorgasmia y vivencias anómalas de las relaciones; las reproductivas como infertilidad y dificultades en el parto como desgarros, fístulas, sufrimiento fetal. Además nos encontramos problemas psicológicos como sentimientos de humillación y vergüenza.

MARCO LEGAL

Las MGF en cualquiera de sus formas son un delito de lesiones tipificado, sancionado en nuestro Código Penal,

que castiga el delito con penas de 6 a 12 años de prisión para los padres y la retirada de la patria potestad. Además son una práctica que se puede perseguir extraterritorialmente, lo cual implica que el que se realicen fuera de nuestro país no elude el delito⁽⁶⁾.

El conocimiento y no evitación de las prácticas puede comportar en los profesionales de la salud un delito de omisión, tipificado en el artículo 450 del Código Penal. Hay obligación de notificar no solo las lesiones sino la situación de riesgo a los servicios de protección de menores⁽⁵⁾.

Este marco legal refuerza nuestra intervención; sin embargo, plantea cuestiones éticas, como por ejemplo si para las niñas retirarlas del ambiente familiar y separarlas de sus padres es lo mejor. Por lo tanto es un marco necesario, pero nuestra intervención no debe centrarse en el binomio delito-castigo, sino abordarlo de una manera preventiva para no tener que llegar a este punto.

MOTIVACIONES

Muchas veces, al conocer en qué consiste la práctica de la MGF, rápidamente tendemos a criminalizar y condenar a los padres y a las sociedades que mantienen esa práctica, haciendo un abordaje únicamente desde el punto de vista punitivo, lo cual no es lo más adecuado.

El problema es complejo, y lo que debemos preguntarnos es por qué unos padres que quieren a sus hijas, que quieren lo mejor para ellas, son capaces de hacerles pasar por esa experiencia.

En general, las MGF son una práctica cultural que se realiza básicamente en el contexto de grupo y de comunidad, y que se justifican o basan en varios criterios o creencias⁽¹²⁾. Estas creencias no son universales y ni siquiera dentro de una misma sociedad son las mismas en todas las familias. Por lo tanto es importante explorar las motivaciones que están detrás de la persona sobre la que estamos interviniendo^(6,7).

Dentro de las motivaciones que se encuentran detrás de la práctica de las MGF están:

Motivaciones sexuales: las MGF suelen estar motivadas por creencias acerca de lo que se considera como un comportamiento sexual adecuado, que tiene que ver con la virginidad prematrimonial y la fidelidad matrimonial^(7,9). En múltiples comunidades se considera que reducen la libido femenina, ayudando a la mujer a resistirse a los actos sexuales «ilícitos». Otra motivación sería la creencia de que estrechar la entrada de la vagina aumenta el placer del hombre⁽⁷⁾, de hecho, en las sociedades en las que se cree esto, a veces se practican reinfibulaciones después de cada parto para tener al marido sexualmente satisfecho.

Motivaciones sociales: las MGF son tradiciones arraigadas en muchas culturas, y otras las han ido incorporando a sus tradiciones por vecindad. El mantenimiento de

las tradiciones en todas las culturas tiene un importante papel en el mantenimiento de la identidad y el sentimiento de pertenencia al grupo⁽¹¹⁾ y salirse de ellas de una manera individual condiciona mucho la integración y las expectativas de una persona en el grupo. En cuanto a la edad, se llevan a cabo a muy distintas edades, que oscilan entre poco después del nacimiento y el primer embarazo, pero generalmente las MGF se practican entre los cuatro y los catorce años^(5,7), aunque según la Organización Mundial de la Salud, se está observando un descenso de la media de edad sobre todo en zonas urbanas, lo que indica que cada vez está menos ligada a la iniciación a la edad adulta. Contribuye al descenso de la edad el hecho de que se practican a niñas que viven fuera de los países y se les realiza aprovechando el viaje, o al hecho de que al empezar a estar perseguidas, en muchos países han dejado de celebrarse externamente y tienden a hacerse más en la clandestinidad, con lo que se ha perdido del aspecto simbólico de la celebración del paso a la edad adulta. Las estructuras locales de poder y autoridad, como líderes comunitarios o religiosos, las circuncidoras e incluso parte del personal médico, contribuyen al mantenimiento de estas prácticas.

Motivaciones estéticas: existe una creencia de que los genitales femeninos son feos y hay que cortarlos. De que son una parte masculina del cuerpo de la mujer y que cortarlos reintegran a la mujer a su plena feminidad. Otros piensan que si no se elimina, el clítoris crecería de forma indefinida, llegando a convertirse en un pene. Hay también una asociación de las MGF a la pureza, de manera que las mujeres no mutiladas se consideran impuras y, como tales, tienen prohibidas, entre otras cosas, tocar y preparar alimentos, o participar en la vida social de la comunidad.

Motivaciones de salud: a pesar de que está demostrado que la realización de las MGF tiene consecuencias muy negativas sobre la salud de la mujer, existen creencias que afirman lo contrario. Se cree que mejora la fertilidad y la salud del recién nacido, pues se cree que si la cabeza del recién nacido toca el clítoris puede morir o padecer retraso mental. Se cree también que si no se corta el clítoris puede crecer y ser peligroso para el varón en las relaciones sexuales, o que podría taponar la entrada de la vagina impidiendo la penetración. También se piensa que facilita el parto.

Motivaciones religiosas: aunque no hay textos religiosos que prescriban la práctica, quienes la llevan a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso^(5,11).

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Aragón cuenta, desde primeros de este año, con un protocolo para la Prevención y actuación ante las MGF que establece el primer modelo de intervención para prevenir estas prácticas en Aragón⁽¹³⁾.

Por prevenir se debe entender por un lado «disuadir» y por otro lado «anticipar». Por ello, la actividad preventiva la podremos realizar en dos momentos: el primero de ellos, de una manera sistemática, incluida en el Programa de Salud Infantil (PSI), el segundo, de una manera puntual, antes del viaje de esta niña al país de origen. El objetivo es que estas madres y padres adquieran unos conocimientos que les capaciten para poder tomar decisiones en contra de las MGF.

Para prevenir de la manera más eficaz, debemos ir a buscar la relación con las familias a lo largo del tiempo. Creando confianza y compartiendo conversaciones breves a lo largo de los años en contextos y momentos no amenazadores; será viable reemprender y reforzar el tema en la eventualidad de un viaje⁽¹³⁾.

Es cierto que a veces no es fácil y hay dificultades para abordar el tema desde la atención primaria, unas veces por parte de las mujeres afectadas: barrera idiomática, no percibir las MGF como un problema prioritario, mito del retorno, conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen. Y otras por parte del profesional: desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica, temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto, dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención, escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas⁽⁶⁾.

Pese a todo ello debemos preguntar por las MGF con naturalidad, sabiendo que el término *mutilación* debería evitarse, al menos al principio, sustituyéndolo por el de *corte*.

El momento para comenzar a hablar del tema va a depender de la relación previa que tengamos con la familia, y de la intención o no de un viaje inminente al país de origen. Si ya tenemos confianza con la familia por hijos previos, podemos comenzar a hablar desde las primeras visitas del PSI. Si es la primera vez que viene a nuestras consultas esperamos a las revisiones de los seis o siete meses a hablar con la familia, salvo que nos comenten que próximamente van a realizar un viaje al país de origen, en cuyo caso iniciaremos inmediatamente la prevención. En Aragón, el primer contacto con las mujeres es posible que se haya realizado a través de las mediadoras y mediadores de Médicos del Mundo cuando dan a luz en los Hospitales Miguel Servet y Clínico en Zaragoza o San Jorge en Huesca.

Podemos introducir el tema hablando sobre tradiciones, el parto... Por ejemplo: «sé que otras personas de tu país suelen hacer el corte a sus hijas, ¿en tu comunidad también tenéis esta costumbre? ¿Tú tienes realizado el corte? ¿Has pensado realizarlo a tu hija? ¿Te gustaría que

tu hija lo tuviera realizado? ¿Por qué creéis que es importante realizar el corte a vuestras hijas?...

En caso de que la mutilación se realice en su comunidad, también será importante averiguar si hay presión familiar, o si existen planes concretos de realizar la MGF. En algunas comunidades son las abuelas las que tienen una importante influencia como guardianes de la tradición. Incluso si no existe deseo o intención de realizar la MGF, es importante hablar sobre el tema y reforzar el argumento contra la mutilación. Fundamentalmente hablaremos de las motivaciones tradicionales, de los argumentos médicos (problemas y complicaciones a corto y largo plazo), de la presión familiar en el país de origen, y de las consecuencias legales. En las conversaciones se deberían valorar los pros y los contras de las MGF, permitiendo a los padres llegar a la conclusión de no querer realizar la MGF después de considerar todos los aspectos^(5, 14). Además de con la madre, es fundamental hablar con el padre, escuchar sus argumentos y temores en relación a las MGF.

Puede crearse un verdadero conflicto de lealtad entre su familia, su cultura de origen, su comunidad, los aspectos médicos y su nuevo hogar. A través de la MGF, algunas familias también esperan proteger a sus hijas de la sociedad occidental, que se puede considerar como carente de moralidad⁽⁵⁾. Por otro lado, vivir en el extranjero puede ser una oportunidad para el cambio y abandonar las prácticas tradicionales perjudiciales. Puede ser útil señalar que cada vez más y más personas han renunciado a esta tradición tanto en África como entre los propios emigrantes, sin que hayan llegado a perder su identidad. Para reducir el temor de abandonar parte de su propia identidad, es muy importante valorar el lado positivo de su patrimonio cultural⁽⁵⁾.

En la figura 1 podemos ver cuál es el esquema de actuación preventiva general ante una mujer con factores de riesgo. Se considera factor de riesgo de que a una niña se le practique la mutilación aprovechando un viaje a su país: ser mujer y pertenecer a un país o una etnia en la que se practique la MGF, ser miembro de alguna familia en la que a alguna persona se le haya realizado la mutilación, familias que tienen pensado volver a su país definitivamente dentro de un tiempo, o discurso de la familia a favor de la MGF.

Otro momento de intervención a realizar es cuando descubrimos que una familia está a punto de viajar a su país de origen y creemos que hay riesgo de que mutilen a sus hijas. Tenemos que saber que ante la inmediatez de un viaje se crean muchas tensiones, y el trabajo con la familia en estas condiciones no es tan eficaz, incluso puede ser demasiado tarde para cambiar su postura frente a la mutilación. Habremos fracasado si la intervención la basa-

Figura I. Intervención preventiva general.

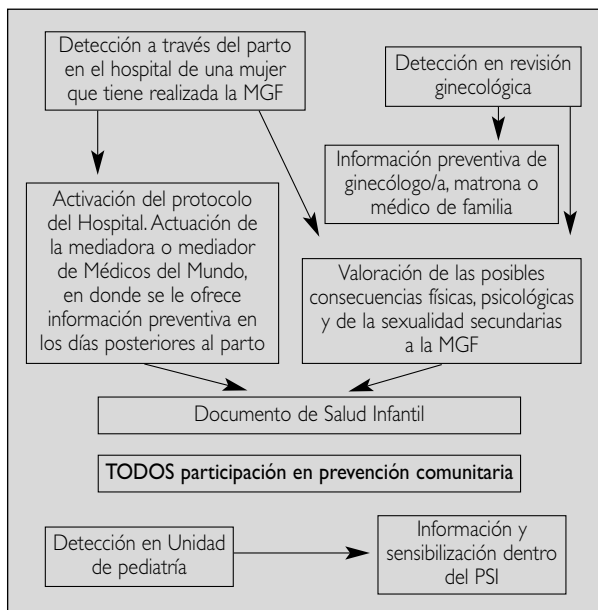
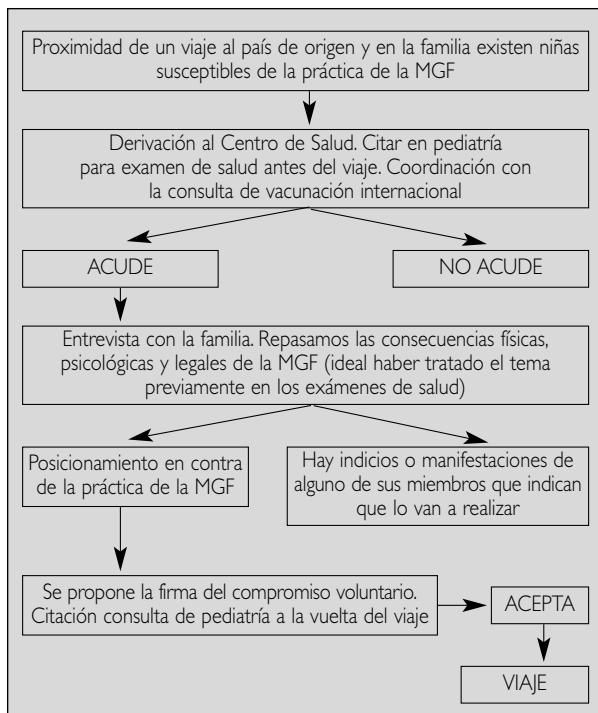


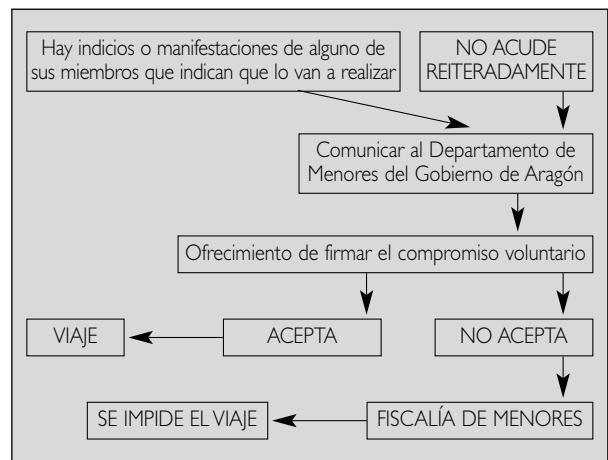
Figura II. Intervención previaje.



mos exclusivamente en la actividad previaje. Lo ideal es que existan actuaciones preventivas previas en las que se haya trabajado la MGF⁽¹³⁾. En las figuras II y III se da a conocer la actuación a realizar ante un riesgo inminente.

Una herramienta fundamental cuando realizamos la intervención previa al viaje es el compromiso preventivo.

Figura III. Intervención previaje II.



En Aragón se utiliza el que aparece en el anexo I, que es una adaptación del confeccionado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) de la Universitat Autònoma de Barcelona⁽¹⁵⁾. Este es un documento desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas, y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen. La firma de un compromiso preventivo no ha de ser el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias de las niñas en riesgo de sufrir una MGF. Una copia del compromiso preventivo será incluida en la historia clínica por el/la profesional responsable de la atención a la niña. La existencia del compromiso preventivo es el registro que demuestra que los/las profesionales de la salud, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva y han informado, a los padres y madres, de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como en salud. En caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas, es útil informar a grupos de protección de menores o a las autoridades.

La tercera intervención a realizar es a la vuelta del viaje, aunque en este caso ya no con el sentido de prevención, si no de valoración del resultado de nuestras intervenciones previas. Son indicadores de sospecha de que a la niña se le puede haber practicado una MGF: muestra tristeza o desinterés, caminar con piernas muy juntas o posturas raras al sentarse, cansancio, anemia, no querer hacer deporte, absentismo escolar; síntomas de complicaciones de MGF, o rechazo a su cultura. En la figura IV se da a conocer la actividad postviaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berra S, Elorza-Ricart JM. Salud y uso de servicios en los sistemas sanitarios en población autóctona e inmigrante de España. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM Núm. 2007/2008; 2009.
2. Jansa JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit* 2004; 18 S1: 207-213.
3. Manzardo C, Trevino B, Gómez i Prat J, et al. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: epidemiological aspects and public health issues. *Travel Med Infect Dis* 2008; 6: 4-11.
4. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: ¿un nuevo modelo de atención primaria para un nuevo modelo de sociedad? *Atención Primaria* 2006; 37: 249-250.
5. Jaeger F, Cafilisch M, Hohlfeld P. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *Eur J Pediatr* 2009; 168: 27-33.
6. Kaplan Marcusan A, Toran Monserrat P, Bedoya Muriel MH, et al. Genital mutilation of women: reflections for a primary care intervention. *Aten Primaria* 2006; 38: 122-126.
7. Braddy CM, Files JA. Female genital mutilation: cultural awareness and clinical considerations. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52: 158-163.
8. Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001; 6: 643-653.
9. Utz-Billing I, Kentenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29: 225-229.
10. Female genital mutilation. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. *Pediatrics* 1998; 102: 153-156.
11. Gruenbaum E. Socio-cultural dynamics of female genital cutting: research findings, gaps, and directions. *Cult Health Sex* 2005; 7: 429-441.
12. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. 2011. Gobierno de Aragón. Accesible en: <http://www.aragon.es/mutilaciongenital>
13. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, 2010. Accesible en: http://www.mgf.uab.es/docs/Manual_profesionales_BR.pdf
14. Cafilisch M, Mirabaud M. Les mutilations génitales féminines (MGF). *Paediatr* 2007; 18: 40-43.
15. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Universitat Autònoma de Barcelona. Accesible en: http://www.mgf.uab.es/docs/Compromiso_Preventivo_Badalona-CAST.pdf