

Mutilación sexual femenina, características de esta práctica

Female sexual mutilation: Features of this practice

Rafael Orestes Vanegas Estrada^I; Fatou Atji^{II}; Orlando Valdez Álvarez^{III}

^I Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

^{II} Médico General. Hospital Universitario de Point G. Facultad de Medicina de la República de Mali.

^{III} Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Titular y Consultante en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Facultad Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La práctica de la mutilación sexual femenina (MSF), escisión o circuncisión está abundantemente tratada en la literatura por autores de ciencias sociales, profesionales de la salud, la religión, la literatura, activistas de los derechos de la mujer y víctimas de esta práctica de violencia que se ejerce sobre muchas niñas y mujeres africanas.

OBJETIVO: identificar los diversos factores que mantienen su realización y la frecuencia con que se presentan consecuencias físicas y secuelas psicológicas.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo prospectivo longitudinal, de la totalidad de las pacientes que concurrieron al Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Point G Centro Universitario y de nivel III de atención, entre diciembre de 2006 a diciembre de 2007. El universo de trabajo estuvo constituido por las mujeres a las que se les había realizado la escisión y que luego de ser informadas dieron su consentimiento a ser incluidas.

RESULTADOS: se encontró una prevalencia de un 90 % de esta práctica en las pacientes estudiadas. El ama de casa, analfabeta, casada y musulmana, predominó en la muestra estudiada. El 60,8 % de las encuestadas ignoran las complicaciones de su realización. En todos los casos encontramos lesión cicatricial. El 89 % de las pacientes reconocieron trastornos psicosexuales. La tradición y la religión fue el

motivo esgrimido para la realización a sus hijas con una diferencia significativa ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: es una práctica cultural que perpetúa las injusticias sociales y económicas de las mujeres, alejadas de la atención internacional, violando los derechos humanos.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, incidencia, complicaciones.

ABSTRACT

The practice of female sexual mutilation (FSM), excision or circumcision is abundantly treated in literature by social sciences authors, health professionals, religion, women rights activists and the victims of this violent practice carried out on many African girls and women.

OBJECTIVE: to identify the different factors involved in this practice, and frequency of physical consequences and psychological sequelae.

METHODS: we made a longitudinal, prospective and descriptive study of all patients seen in Gynecology and Obstetrics Service of the Point G Hospital-University Center, and of III level care, from December, 2006 to December, 2007. Sample included the women with excision and after to be informed they gave its consent to inclusion.

RESULTS: we found a 90% prevalence of this practice in study patients. In study sample there was a predominance of housewives, illiterates, married, and Muslims. The 60,8% of polled patients ignore complications of this practice. In all the cases we found a cicatricial lesion. The 89% of patients recognized the presence of psychosexual disorders. Tradition and religion were the causes stated for the carrying out of their daughters with a significant difference ($p < 0,001$).

CONCLUSIONS: it is a cultural practice perpetuating the social and economic injustices of women, moved away from international attention, violating thus the human rights.

Key words: Female genital mutilation, incidence, complications.

INTRODUCCIÓN

Mutilación genital femenina o escisión, comprende todas las intervenciones que conllevan una ablación total o parcial de los órganos genitales externos de la mujer, u otra mutilación de estos, que sean practicados por razones culturales u otras y no con fines terapéuticos.¹

La OMS, estima que más de 135 millones de niñas y mujeres han sufrido esta práctica y cada año dos millones son expuestas (230/h).

Las razones para su práctica parece tener dos orígenes totalmente diferentes e independientes: un origen nacido en el lugar de los asentamientos egipcios,

abisinios y etíopes que pudo ser transmitida a los árabes (antes del profeta) asegurando su difusión, lo cual explicaría la amalgama que sobre este tema se denota en el Islam; ¹⁻³ un origen negro africano que sería de orden simbólico inscrito en el cuadro puramente de iniciación dentro de la sociedad. Entre los que en el continente practican el Islam esto reforzó su práctica.

Actualmente está presente en 28 países africanos con una tasa de prevalencia que va desde el 5 al 98 %. Dentro de un mismo país varía en función de la etnia, del nivel de instrucción, del medio (urbano o rural) y de la religión.²

Se lleva a cabo en edades muy diversas, cada vez más tempranas, y esto con el fin de que la niña, ya adulta, no recuerde el dolor sufrido (más fácil de realizar a sus hijas); no se usa anestesia y los instrumentos son rudimentarios. Sin embargo hay zonas en que se realiza justo antes de casarse.

Internacionalmente se reconocen cuatro tipos (I-IV) ^{1,4} que van desde la ablación del prepucio del clítoris hasta la disminución o el cierre de la vagina, lo cual está asociado a un grupo de consecuencias físicas inmediatas o mediatas, secuelas psicológicas y sobre la sexualidad de la mujer. Mientras más temprano se realice mayor será el daño en el mecanismo normal de la excitación sexual en las adolescentes.

Es practicada en todas las regiones de Mali e incluye el 94 % de la población femenina. ^{5,6} Hasta nuestros días continúan los debates sobre el tema en la esfera pública, gubernamental, familiar y privada, pero a pesar de todo, su utilización diaria y no siempre por ideas bien establecidas en la familia, es frecuente.^{7,8}

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de la escisión, los factores epidemiológicos y socioculturales de riesgo, motivo de consulta, complicaciones relacionadas con la práctica, así como analizar el conocimiento y opinión de las pacientes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital Point G Centro Universitario y de nivel III de atención, enclavado en la zona urbana de Bamako la capital de Mali, de las pacientes en edad no pediátrica que concurrieron para ser atendidas entre diciembre de 2006 a diciembre de 2007.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de las pacientes vistas en nuestro servicio de forma urgente o programada en el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión: habersele realizado la escisión y contar con su consentimiento para ser incluidas en el estudio.

La encuesta se aplicó de forma individual y anónima, respetando las normas del pudor y la ética de cada paciente, recogiendo las variables a estudiar (edad, nivel de escolaridad, estado civil, región de origen, profesión, etnia, religión, motivo de consulta, tipo de escisión, edad de la realización, persona que la realizó, complicaciones, conocimientos sobre la práctica, criterios de la misma); se le añadió una tarjeta de vaciamiento de datos con los hallazgos encontrados al examen físico y las conductas terapéuticas tomadas.

Para el procesamiento de los datos obtenidos se utilizó el sistema de procesamiento lógico EPI INFO 6. El análisis se realizó en SPSS.10. Los gráficos se realizaron en Excel. Se aplicó el Test de Chi cuadrado, $p=0,05$ se consideró como significativo. Los resultados fueron mostrados en tablas de distribución de frecuencias, para su interpretación.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas encontradas en las pacientes estudiadas mostraron que las pacientes con edad entre 25 y 29 años fueron las que con mayor frecuencia concurren a consulta, predominaron las amas de casa (61 %), residentes en el área urbana (85 %), casadas (82 %), musulmanas (97,2 %) y analfabetas (40 %) ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes. (n=900)

Edad	< 19	%	20-24	%	25-29	%	30-34	%	35≥	%
	61	6,8	157	17,4	207	23	168	18,7	307	34,1
Residencia	Urbana		%		Rural		%			
	764		85		136		15			
Profesión	A. casa	%	Fun.	%	Est.	%	Come	%	Otras	%
	551	61	137	15	104	12	80	9	28	3
Religión	Musulmana		%		Cristiana		%			
	875		97		25		3			
Status	Casada	%	Soltera	%	Viuda	%	Divor.	%		
	738	82	102	11	33	4	27	3		
Instrucción	Anal.	%	Prim.	%	Sec.	%	Univ.	%		
	357	40	299	33	152	17	92	10		

Fuente: Encuesta

Al 76,3 % de las mujeres se le realizó esta práctica antes de los 5 años de edad, y solo el 9 % en las edades perimenárgicas ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Edad de realización

Edad	No.	%
< 5 años	687	76,3
5-9 años	132	14,7
10-14 años	81	9
Total	900	100

Fuente: Encuesta

Al analizar las causas que expresaron las pacientes como motivo de consulta, se observó el deseo de embarazo y la referencia de dolor pelviano como los motivos más frecuentes (50 %) ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Motivo de consulta

Motivo	No	%
Deseo de embarazo	229	25,4
Dolor pelviano	225	25
Atención prenatal	100	11,1
Secreción vaginal	58	6,4
Sangramiento genital	56	6,2
Dolor menstrual	47	5,2
Aumento de volumen abdominal	45	5,0
Dolor mamario	32	3,6
Irregularidad del ciclo	30	3,3
Sangramiento postcoito	25	2,8
Dolor a las relaciones sexuales	8	0,9
Otros	45	5,0
Total	900	100

Fuente: Encuesta

El 60,8 % de las pacientes al ser interrogadas, no piensan que esta práctica les produjo alguna complicación o secuela, 62 de ellas no ofrecieron respuesta sobre la cuestión ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Complicaciones más frecuentes

Tipo	No.	%
Dispareunia superficial	282	31,3
Dispareunia profunda	300	33,3
Frigidez	251	27,9
Total	833	92,5

Fuente: Encuesta

El 92,5 % ([tabla 5](#)) reconocieron tener trastornos en la esfera sexual, que no identifican como producido por la escisión pero sí está presente desde el inicio de sus relaciones sexuales.

Tabla 5. Opinión de las pacientes

Secuela	No.	%
NO	548	60,8
SÍ	309	34,3
Sin respuesta	62	6,8
Total	900	100

Fuente: Encuesta

La tradición (tabla 6), ocupó el primer lugar con el 70 % como motivo esgrimido por las pacientes para realizar la escisión a sus hijas con una diferencia significativa ($p < 0,001$), y la religión se encontró en segundo lugar. El 66,8 % de las pacientes no desean realizársela a sus hijas pues trae complicaciones, lo cual resultó significativo ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN

De las 1000 pacientes consultadas en el servicio en ese período, el 90 % fue incluido en la investigación, por haber cumplido los criterios de inclusión. Esta prevalencia es inferior a las encuestas demográficas de salud Mali II y III con resultados respectivos de 94 %³ y de 92 %;⁶ un estudio en Costa de Marfil en 1998 reporta un 45 %, ³⁻⁷ una encuesta demográfica de salud efectuada en Burkina Faso en 2003 encontró un 72 %; *Elgaali*⁸ menciona 64 % en su estudio realizado en una muestra de la población africana que vive en Suiza en 2005. La variabilidad de su prevalencia estará influenciada por el investigador, la metodología empleada, la población en estudio y el país donde se realice.

Los factores tradicionales, culturales y religiosos presentes en la educación familiar desde temprana edad condicionan las características sociales de las pacientes estudiadas. La literatura africana reporta alrededor de un 77 % de amas de casa.^{3,5,9,10}

Se estima que más del 95 % de la población practica el Islam.^{1,2} Generalmente se admite que la religión solo ha justificado esta práctica anterior a su nacimiento. Ya sea en la religión egipcia, en la hebrea, cristiana o islámica, no existe ningún texto que recomiende su práctica.^{3,7,9} No es habitual entre la mayoría de los países musulmanes, pero no obstante ha adquirido una dimensión religiosa en otros.^{3,8,9,11}

En las zonas donde se practica, a las que no se les realiza se les tiene por mujeres no serias debido a su insatisfacción sexual, lo que atenta contra el honor de la mujer y de la familia; además de que debe llegar virgen al matrimonio, pues de no ser así será público este hecho la noche nupcial, generando el rechazo tanto de su marido como de la sociedad, incluida su familia, para la cual esto sería un deshonor. Esto explica la presencia de un mayor número de pacientes casadas, encontrado y ratificado por otros investigadores.^{1,2,4,6}

Hasta hace poco tiempo la MSF se llevaba a cabo en las niñas entre los 8 y 14 años, al mismo tiempo que a los niños se les realizaba la circuncisión. Pero según la OMS cada vez se realiza a edades más tempranas, y esto con el fin de evitar el

rechazo de su práctica. EDS II Mali menciona que un 41 % de las mujeres habían sido mutiladas entre 0 y 4 años. ⁶ *Sidibé* reporta un 49,1 % de niñas con este proceder antes de los 2 años. ¹

Lo realizado hasta ahora no ha modificado mucho el panorama de esta practica; ^{2,12} dependiendo mas de la presión social, «no se sabe por qué se hace, pero si los otros lo hacen hay que hacerlo».

Al analizar las causas que llevaron a estas mujeres a asistir a consulta, resulta llamativo que predominara la infertilidad y el dolor pelviano, relacionados ambos con dos eventos, fertilidad y dificultades para las relaciones; esto era realmente esperado, pues se trata de un medio donde la fertilidad de la mujer es un elemento de estabilidad matrimonial y social teniendo en cuenta que el promedio de natalidad es de 6 hijos por mujer. ^{3,6,12}

Pocas pacientes recuerdan algún elemento del momento en que le fue realizada, resultándole difícil relacionar la misma con situaciones adversas a su salud. Evidentemente la realización de esta práctica a edades más tempranas produce el olvido de las complicaciones tempranas que tiene, con diferencia significativa, unido a que en los últimos veinte años se ha incrementado la divulgación por los medios de difusión de lo nefasto de esta práctica, las complicaciones que produce y en el caso que no pueda evitarse, que se tomen las medidas mínimas para disminuir las consecuencias adversas más inmediatas relacionadas con el proceder. ^{2,7,11}

Se considera que mientras más temprano se realice mayor será el daño en el mecanismo normal de la excitación sexual en las adolescentes, elemento a tener en cuenta para explicarnos la incidencia de los trastornos psicosexuales en los casos estudiados. En estudios realizados, ^{3,4,9,13,14} se menciona que la excitación en el acto sexual es diferente según el tipo de mutilación sufrida, pero es un tema tabú para la mujer y de ausencia de conocimiento del personal de salud que se enfrenta a ello. *Kanté* reporta 70,5 % de dispareunia ¹ y *Eldefrawi* en un estudio egipcio sobre la mutilación genital y su impacto psico sexual menciona 45 % de frigidez.

En todos los casos encontramos lesión cicatricial, queloides y quistes. Estos resultados son inferiores a los reportados ¹²⁻¹³ con un 9,8 % de queloides y de quistes, que puede tener relación con las técnicas, el material utilizado y la sensibilidad de la piel de cada persona.

Hasta nuestros días continúan los debates sobre el tema en la esfera pública, gubernamental, familiar y privada, su práctica diaria por tradición juega un rol importante (EDS III Mali ⁵ con un 80%, *Ugboma* 39,5 % ¹⁵) y no siempre por ideas bien establecidas.

Como conclusión o análisis final podemos afirmar que resulta muy importante la educación de las mujeres, pues cuanto mayor es el nivel cultural menor es la prevalencia de MSF, en algunos países ^{9,14-17} este es un elemento de esperanza para el abandono de la práctica. La legislación puede ayudar pero indiscutiblemente la información puede cambiar las actitudes ante esta injusticia social.

Aunque las prácticas culturales pueden parecer insensatas o destructivas desde el punto de vista de otros, ellas tienen significado y una función para aquellos que la practican. Sin embargo, la cultura no es estática, las personas cambiarán su actitud cuando entiendan los riesgos y la indignidad de prácticas dañosas cuando comprendan que es posible abandonarlas sin dejar los aspectos significantes de su

cultura.^{14,15,17} Este estudio y su divulgación puede contribuir de forma modesta al logro de esos objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sidibé A. Excision: aspects épidémiologiques, socioculturels et anatomocliniques à propos de 1000 cas. Pédiatrie HGT Thèse. Bamako:FMPOS; 2004.
2. Boubacar L. L'excision au Mali: guide de dialogue avec les décideurs. Mali:PASAF;2002.
3. Conroy R. Female genital mutilation: ¿whose problem, whose solution? Department of epidemiology, royal college of surgeons in Ireland, Dublin 2:BMJ; 2006.
4. Defrawi M, Lotfy G, Dandash K, Refaat A, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. Psychiatric Department. Islamic, Egypt: Faculty of Medicine;2006.
5. EDS III: Enquête démographique et de santé, phase III. Cellule de planification et des statistiques du Ministère de la santé/Direction nationale des statistiques et de l'informatique. Calverton Maryland USA: Macro international INC;2001.
6. Velasco C. Mutilación genital femenina. Mujeres en el África subsahariana. Antropología, literatura, arte y medicina. Barcelona;2001.
7. Kolucki B. Mutilación genital femenina: se causa discapacidad a las mujeres y a la sociedad. Disability World. 2004;22.
8. Elgaali M, Strevens H, Mardh P. Female genital mutilation an exported medical hazard. Department of Obstetrics and Gynecology, Lund University Sweden;2006.
9. Allag F, Abboud P, Mansour G, Zanardi M, Qereux C. Mutilations génitales féminines. La parole aux femmes. Gynéco Obstet Fertile. 2001;29: 824-28.
10. Gondo D, N'guessan K, Boni S, Bouhoussou K, Kone N. Les complications obstétricales des mutilations génitales féminines. Médecine d'Afrique noire, Mars 2004;5103:147-50.
11. Dolo K. Étude des attitudes et des comportements des parents et des filles du district de Bamako vis-à-vis de l'excision féminine. Mémoire de fin d'étude de technicien supérieur en soins infirmiers. CUSS Yaoundé;2004.
12. Toure O. Prévention et prise en charge des complications liées à l'excision. Prime II Mali. 2004;70.
13. Akotiong M, Taoré O, Lakoande J, Koné B. Séquelles génitales externes de l'excision au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo: épidémiologie et traitement chirurgical. Gynéco Obstet Fertile.2001;29:295-300.

14. Bosch X. Female genital mutilation in developed countries. Lancet. 2001;358:1177-9.
15. Boubacar T. Exciser ou ne pas exciser sa fille. Mali:PASAF;2002.
16. Strickland JL. Female circumcision/female genital mutilation. J Pediatric Adolescent Gynecol. 2001;14:109-12.
17. Eke N, Nkanginieme KE. Female Genital Mutilation: A Global bug that should not cross the millennium bridge. World Journal of Surgery. 1999;23(10):1082-7.

Recibido: 17 de abril de 2009.

Aprobado: 30 de abril de 2009.

Dr. *Rafael Orestes Vanegas Estrada*. Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa. Estrada Palma No. 20 e/ Amenidad y Pepe Antonio. Guanabacoa. La Habana, Cuba. Teléfono: 7976707. E-mail: rvanegas@infomed.sld.cu