

Revisión bibliográfica

Una visión global de la mutilación genital femenina

A global vision about female genital mutilation

Meritxell Casajoana Guerrero, Elisabeth Caravaca Nieto, M.^a Isabel Martínez Madrigal

Matronas de Sala de Partos. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras organizaciones utilizan tanto el término «mutilación genital femenina» (MGF) como los de «circuncisión femenina» o «exéresis genital femenina». Este tipo de prácticas atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas.

Los análisis más recientes indican que, anualmente, unos 4 millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación en el continente africano. Casi la mitad de las afectadas se ubican en dos países: Egipto y Etiopía.

Es preciso un asesoramiento jurídico a los profesionales de la salud que garantice las acciones para luchar contra estas prácticas tradicionales de mutilación de los genitales de la mujer, que constituyen una violación de los derechos humanos, en particular por su carácter discriminatorio y violento y por las consecuencias perjudiciales que conllevan para la salud.

En la legislación española cualquier mutilación constituye un delito de lesiones, tipificado y sancionado.

El objetivo de este trabajo es realizar una actualización sobre la MGF y sobre las recomendaciones en los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, salud, derechos humanos, tradición y cultura.

ABSTRACT

The World Health Organization, UNICEF and other organizations use the term female genital mutilation (FGM) but others use female circumcision. This type of practices attempt over women's physical and mental integrity, knowing that is an amputation of a functional part of the feminine genitalia.

Though is difficult to calculate the total of women affected, recent data analysis says that annually about 4 million of girls and women are in risk of suffer it. About half of them are in Egypt and Ethiopia. The age can vary between 5 and 14 years of age.

Legal advice is necessary to health professionals, to ensure action to combat these practices, the genital mutilation of women, mostly from the customs of African countries, which constitute a violation human rights.

Spanish law does not specifically ban female genital mutilation, but whatever kind of mutilation practiced is an offense, defined and punished in our legal system.

The aim of this paper is an update on FGM and on the recommendations of care during pregnancy, childbirth and postpartum.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Female genital mutilation, health, human rights, culture and tradition.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mutilación genital femenina (MGF) como la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos culturales. No tiene ningún efecto beneficioso para la salud y perjudica de formas muy variadas a las mujeres y las niñas¹.

Los datos de la OMS revelan que la MGF es una práctica extendida en 28 países africanos, en Oriente Medio y en algunos países asiáticos (Indonesia, Malasia y países limítrofes). Según la misma organización, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas en el mundo han sufrido dicha práctica, y se estima que 4 millones corren el riesgo de sufrirla anualmente. Se mutilan 4 niñas cada minuto. Esta práctica no sólo afecta a las niñas

Fecha de recepción: 23/12/10. Fecha de aceptación: 20/02/12.

Correspondencia:

M. Casajoana Guerrero.

Correo electrónico: meritxellcg@hotmail.com

Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal MI. Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas Prof.* 2012; 13(3-4): 76-82.

de África y Oriente Medio, sino que también está presente en la vida de mujeres y niñas que viven en comunidades emigrantes en los países industrializados. La comunidad internacional, a través de diferentes agencias de Naciones Unidas, se ha pronunciado contra las MGF, que son consideradas prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas¹.

La OMS, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras organizaciones utilizan los términos de «mutilación genital femenina», «circuncisión femenina» y «exéresis genital femenina»². Este tipo de prácticas atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas, dado que se trata de la amputación de una parte funcional y sana del organismo femenino³. Son comunes en diferentes países de África, y más de 1 millón de mujeres las sufren cada año⁴.

Este artículo nació de la inquietud de las autoras ante la evidencia de prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas en nuestro país. Las mujeres con MGF sufren problemas ginecológicos, obstétricos y psicológicos que a menudo son difíciles de manejar por los profesionales de la salud que las atienden. Este problema viene agravado por el secretismo y la ilegalidad del procedimiento.

El objetivo de este trabajo es realizar una actualización sobre la MGF y sobre las recomendaciones en los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de las bases de datos Cochrane Library, PubMed, ENFISPO, Cuiden y Cuidatge. Se consultaron también fuentes documentales de interés de ámbito nacional e internacional, guías y protocolos de organizaciones y sociedades científicas y profesionales. Se seleccionaron un total de 22 artículos publicados entre 2000 y 2012 (búsqueda limitada a estos años), y se descartaron ponencias y comunicaciones a congresos. Para realizar la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: mutilación genital femenina, salud, derechos humanos, cultura y tradición.

RESULTADOS

La MGF engloba todos los procedimientos que incluyen extracción de los genitales femeninos externos o cualquier otra mutilación de los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales, religiosos o no terapéuticos⁵. Estos procedimientos son irreversibles y para toda la vida.

Clasificación^{6,7} (figura 1):

- Tipo I: escisión del clítoris y/o del prepucio.

- Tipo II: eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores.
- Tipo III: escisión y cosido de los labios menores y/o mayores, produciendo una estenosis del orificio vaginal, con o sin eliminación del clítoris. Infibulación.
- Tipo IV: prácticas variadas e inclasificables:
 - Cauterización del clítoris y los tejidos que lo rodean.
 - Raspado del orificio vaginal.
 - Introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina para provocar el sangrado o para estrecharla.

CAUSAS Y CREENCIAS

El origen de estos procedimientos podría ser una práctica milenaria surgida en el antiguo Egipto, previa al Islam, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia. Ello explicaría que la practiquen los cristianos coptos de Egipto y del Sudán, los judíos «falaixa» de Etiopía y tribus africanas de culto animista. Aunque algunas comunidades musulmanas practican la MGF, puede afirmarse que no es un precepto islámico¹.

En las zonas donde tradicionalmente se practica la mutilación genital, ésta es un requisito para poder casarse, alcanzar una determinada posición o simplemente ser aceptada dentro de la comunidad, ya que se considera que, con la intervención, la mujer alcanza pulcritud y pureza. Dependiendo de la etnia a la cual se pertenece, tiene implicaciones distintas^{1,7,8}:

- *La costumbre y la tradición*, que determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad.
- *El control de la sexualidad* y el fomento de la castidad. Se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino.
- *Funciones reproductoras*. Existe la creencia de que las mujeres no mutiladas no pueden concebir, o que la MGF mejora y facilita el parto. También se piensa que se puede arriesgar la vida del recién nacido si éste, en el momento del parto, toca el clítoris.
- *Razones de higiene*. La mujer no mutilada es considerada sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe la manipulación del agua y de los alimentos.
- *Razones estéticas*, ya que se consideran los genitales como una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa.
- *Motivos religiosos*. A menudo se justifica la MGF amparándose en la religión, con la falsa creencia de que se trata de un precepto islámico emanado del Corán^{7,9}.

DÓNDE SE PRACTICA

Aunque resulta complicado calcular la cifra total de afectadas, los análisis más recientes indican que, anual-

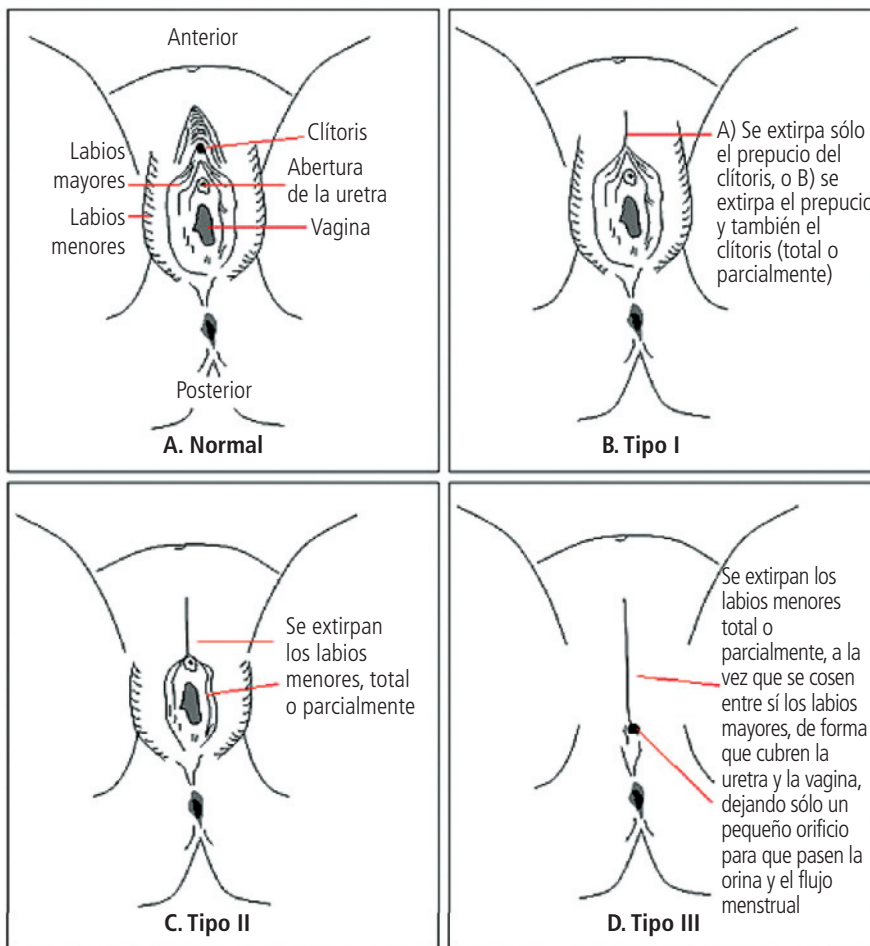


Figura 1. Tipos de mutilación genital femenina. Adaptado de: Wikipedia. Female genital mutilation (documento en Internet) [último acceso 24 de febrero de 2012]. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Female_genital_mutilation

mente, unos 4 millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación en el continente africano¹. De estos 4 millones, casi la mitad de las afectadas se ubican en dos países: Egipto y Etiopía.

La mayoría de las niñas y mujeres que se encuentran en situación de riesgo de ser sometidas a MGF viven en 28 países del África Subsahariana y Oriente Medio¹. Actualmente se dispone de datos actualizados sobre la prevalencia de la MGF en estos países gracias a las encuestas demográficas y de salud¹ (tabla 1). Debemos interpretar estos datos con cuidado, puesto que representan medias nacionales y a menudo no reflejan las marcadas variaciones en la prevalencia existentes entre diferentes áreas del país. Esto se explica por la presencia de distintas comunidades étnicas con prácticas diversas en relación con la MGF.

Se sabe que también en algunas comunidades de la costa del Mar Rojo, en Yemen, se practica la MGF, y existen informaciones (pero no pruebas claras) de una limitada incidencia en Jordania, Omán, los territorios palestinos ocupados (Gaza) y algunas comunidades kurdas de Irak¹.

La prevalencia se define como el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a algún tipo de

MGF. La evidencia de los cambios en la prevalencia de la MGF se ha obtenido comparando las experiencias de mujeres de diferentes grupos de edad en un país determinado.

En los 4 países que poseen las mayores tasas de prevalencia (Egipto, Guinea, Malí y Sudán), ninguno ha demostrado evidencias de cambio en la prevalencia a largo plazo¹.

La edad a la que gran parte de las niñas son sometidas a esta mutilación varía mucho de una sociedad a otra, y oscila entre los 5 y los 14 años. En algunos países las niñas son sometidas a la ablación a edades más tempranas. La media de edad a la que se practica la MGF ha disminuido considerablemente en Burkina Faso, Costa de Marfil, Egipto, Kenia y Malí. Esto puede deberse a que los padres desean ocultar la práctica a las autoridades gubernamentales o minimizar la resistencia de las propias niñas¹.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que aparecen tras una MGF pueden ocurrir inmediatamente o bien a medio o largo plazo, sin olvidar las complicaciones obstétricas.

Tabla 1. Prevalencia de la mutilación genital femenina (MGF) en mujeres de 15 a 49 años, por países

País	Prevalencia nacional MGF (%)
Benín	17
Burkina Faso	77
Camerún	1,4
República Centroafricana	36
Chad	45
Costa de Marfil	45
Egipto	97
Eritrea	89
Etiopía	80
Gambia	78,3
Ghana	5
Guinea	99
Guinea Bissau	44,5
Kenia	32
Liberia	45,0
Malí	92
Mauritania	71
Níger	5
Nigeria	19
Senegal	28,2
Sierra Leona	94,0
Somalia	97,9
Sudán	90
Tanzania	18
Togo	5,8
Uganda	0,6
Yemen	23
Yibuti	93,1

Fuente: UNICEF 2006¹.

A corto plazo. Hemorragia, infección y sepsis, oliguria, lesiones de los tejidos cercanos (uretra, vagina, perineo y/o recto), dolor muy intenso, *shock* (muerte, bien por el dolor o por *shock* hipovolémico), anemia, ansiedad y terror^{2,6,7}.

A largo plazo. Se pueden manifestar como^{2,6,7}:

- Físicas: infecciones del tracto urinario, infecciones pélvicas, infertilidad, abscesos, fístulas vésico-recto-vaginales (con incontinencia urinaria y/o fecal), quistes dermoides, queloides en cicatriz, enfermedades de transmisión sanguínea (VHB, VHC, VIH, tétanos), dolor menstrual, hematocolpos^{6,10}.
- Psicológicas-psicosomáticas: la experiencia también se ha relacionado con una serie de trastornos psicológicos y psicosomáticos, como trastornos de los hábitos

alimentarios y del sueño, en el humor y en la cognición; los síntomas de estas alteraciones incluyen insomnio, pesadillas recurrentes, pérdida de apetito, pérdida o aumento excesivos de peso, así como ataques de pánico, dificultad para concentrarse y aprender y otros síntomas de estrés postraumático¹.

- **Ámbito sexual:** además de menstruaciones dolorosas, algunas mujeres pueden sufrir dispareunia debido a las cicatrices, la estenosis vaginal o las infecciones. Estas complicaciones, a su vez, pueden provocar frigidez y dar lugar a problemas maritales. Las lesiones en el área vulvar y los intentos repetidos de penetración pueden provocar vaginismo⁶.
- **Obstétricas:** exploraciones dificultosas y dolorosas, mayor riesgo de cesárea, parto prolongado, aumento del número de episiotomías (especialmente en las de tipo III), mayor mortalidad materna, hemorragias posparto, aumento de la necesidad de reanimación neonatal, mortalidad perinatal más alta de los recién nacidos de madres tipo II-III (22%)^{2-6,11}.

Se han visto diferencias entre las mujeres con MGF que han tenido su parto en África o en Europa. En el estudio realizado por la OMS¹¹ en hospitales de 8 países de África, las mujeres con MGF tuvieron un riesgo significativo mayor que las no mutiladas de hemorragia posparto, episiotomía, ingreso hospitalario extenso, necesidad de reanimación neonatal y muerte perinatal. Por otro lado, en el estudio realizado por Wuest et al.¹² en Suiza no se encontraron diferencias en estos aspectos entre un grupo y otro, pero sí se observó un aumento significativo de los desgarros de tercer grado en MGF tipo III. En lo que sí coincidieron los dos estudios fue en relacionar la MGF con el aumento de cesáreas urgentes, y en la no asociación de la MGF con el bajo peso neonatal. Ambos estudios coincidieron asimismo en que la aparición de efectos adversos estuvo asociada con la extensión de la mutilación.

Aunque las consecuencias de la MGF que secundariamente pueden repercutir en los hombres están menos documentadas, se han descrito problemas de alcoholismo y abuso de drogas debidos a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja (con el riesgo asociado de contraer enfermedades de transmisión sexual), depresión, etc.⁶.

Los países europeos se ven cada vez más afectados por esta práctica a través de la población inmigrante originaria de lugares donde la MGF constituye una práctica tradicional. En Cataluña, según el Instituto de Estadística^{13,14}, en enero de 2010 residían 16.819 mujeres ori-

ginarias de países donde se practica la MGF, de las cuales 5.511 tenían menos de 15 años¹³.

Según el Informe de Investigación Cataluña de la Universidad Autónoma de Barcelona¹⁵, en Cataluña la práctica de la MGF es poco frecuente, ya que desde el año 2000 no consta que se haya realizado ninguna en dicha comunidad autónoma; sin embargo, se ha tenido conocimiento de algún caso de menores a quienes se les ha practicado aprovechando los viajes de vacaciones que realizaron las familias a los países de origen⁹.

En efecto, por el deseo de mantener las tradiciones de su país de origen y reforzar así su identidad cultural, muchos inmigrantes practican la MGF en el territorio de su país de origen (o países fronterizos) aprovechando el periodo vacacional. Resulta difícil medir el alcance de este fenómeno. De forma general, se calcula que en Europa habría unas 500.000 mujeres afectadas (esta cifra incluye a las mujeres que, según la OMS, han sido mutiladas en su país de origen)¹⁶.

En Cataluña, la población de riesgo es originaria básicamente de regiones donde se practica la mutilación tipo I, la menos grave⁹. No existe ningún protocolo de actuación en el ámbito estatal. En el ámbito autonómico¹⁷, las únicas comunidades autónomas que cuentan con un protocolo de actuación o una guía de prevención son Cataluña⁹ y Aragón¹⁸. En algunas otras comunidades se han elaborado guías o folletos informativos dirigidos a profesionales, a la población de riesgo o a los ciudadanos en general.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA⁴ Atención durante el proceso de maternidad

La primera vez que la mujer afronta el tema de la MGF fuera de su país suele ser debido, frecuentemente, a un embarazo. Es importante que las matronas y los ginecólogos-obstetras conozcan las características culturales de la mujer que presenta MGF, para garantizar una atención de calidad y desde el respeto. Aceptar la pluralidad y la diversidad cultural facilita el acercamiento, la escucha y la relación de ayuda, y crea un clima donde las mujeres encuentran un espacio de respeto mutuo. No obstante, la aceptación de la pluralidad no significa asumir prácticas injustificables desde el punto de vista de los derechos humanos.

Para trabajar particularmente este tema, los profesionales necesitan unas habilidades indispensables como son la empatía, la confidencialidad, el respeto y la naturalidad.

Primera visita de embarazo

Establecer una relación de confianza entre los profesionales de la salud y la mujer en su primera visita es muy

importante y resulta indispensable para garantizar los controles sucesivos de su gestación.

Contar con la colaboración del marido o de alguna mujer de su confianza, así como con la presencia de una mediadora intercultural, facilitará la tarea de comunicación y comprensión, ya que en la mayoría de ocasiones ninguna de las dos partes dominará alguna lengua común y, además, la percepción salud/enfermedad será diferente.

Esta visita habitualmente es realizada por la matrona. Se llevan a cabo la anamnesis, los controles protocolizados y la exploración de genitales externos para valorar su adecuación al parto. En caso de MGF, se observa el tipo y la extensión y se registra en la historia clínica.

Intentar no plantear el tema de la MGF en la primera visita, y evitar la presencia de más de un profesional siempre que sea posible.

En las visitas sucesivas se introducirá la educación sanitaria, con temas habituales como la alimentación (tener en cuenta los tabúes de algunas culturas que eliminan ciertos alimentos de la dieta durante la gestación, lo que agrava el riesgo de anemias), los controles, pruebas y cribados durante el embarazo, los cambios aparecidos durante la gestación, el parto (algunas veces la mujer tiene miedo de volver a experimentar el mismo dolor, y puede asociarlo al de su MGF), la anestesia, el puerperio, los cuidados del recién nacido, la sexualidad y los métodos anticonceptivos. Utilizaremos el contexto de la educación sexual para informar sobre la función de los genitales externos (pueden utilizarse diferentes láminas de anatomía para referirse al aparato genital femenino con circuncisión y sin circuncisión), así como de los riesgos.

Para introducir el tema de la MGF puede preguntarse a la mujer si tiene problemas para la micción o para la salida del flujo menstrual, o si presenta dispareunia u otras dificultades en las relaciones sexuales.

Es importante conocer qué piensan ellas y sus familias sobre el tema de la MGF y hacer referencia a la situación legal en nuestro país y a sus consecuencias.

En caso de infibulación (poco frecuente en España), se planteará la necesidad de realizar la desinfibulación entre las 20 y las 28 semanas de gestación, utilizando anestesia local o peridural. En el caso de practicarse durante el embarazo, debería realizarse durante la segunda fase del parto. Al igual que en otras técnicas, será necesario el consentimiento informado previo⁴.

Recordar que *no* se podrá reinfibular después del parto, ni siquiera a petición de la mujer. Medicalizar la práctica es una forma de legitimarla⁴.

Atención al parto

La asistencia al parto de las mujeres con MGF tipos I y II será la habitual. En el periodo expulsivo, se valorará

la elasticidad del tejido cicatricial de la mutilación para evitar desgarros. Se realizará episiotomía media lateral si es necesaria, pero *no* de forma sistemática⁴.

En el caso de una mujer con MGF tipo III o infibulación:

1. Si la desinfibulación se ha realizado durante el embarazo:
 - Manejo habitual del parto.
 - Recordar el plan acordado sobre la no reinfibulación después del parto.
2. Si la desinfibulación no se ha efectuado durante el embarazo, en la segunda fase del parto se realizará la técnica de desinfibulación: durante la fase del expulsivo, realizar episiotomía anterior antes de que el tejido se tense por la presión de la presentación, y dejar tiempo para una episiotomía media lateral suplementaria, que se llevará a cabo sólo si es necesaria. Utilizar anestésico local si la mujer no desea analgesia epidural.

Comprobar que se dispone del consentimiento informado^{4,19} para realizar la técnica de desinfibulación. Una vez finalizado el parto, suturar la episiotomía anterior dejando el clítoris (o los restos) cubierto con piel. Posteriormente, suturar ambos lados de la infibulación por separado, así como los probables desgarros que se hayan producido en los labios. Utilizar suturas finas y atraumáticas como el Dexon/Vicryl® 4.0 o 3.0. Recordar que no se podrá reinfibular ni siquiera a petición de la mujer.

Debería ofrecerse a las mujeres o niñas que han sufrido una mutilación genital la posibilidad de una reparación física con cirugía, es decir, una reparación del clítoris o, en caso de infibulación, una desinfibulación¹⁷.

Control posparto

Se realizarán los controles habituales del puerperio, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Explicar a la mujer los cambios anatómicos sufridos, si ha habido desinfibulación, e informar sobre los desgarros y cicatrices después del parto.
- Enfatizar lo positivo de la desinfibulación.
- Informar normalmente sobre el inicio de las relaciones sexuales y la anticoncepción.
- Informar al equipo de pediatría en caso de que sea niña.
- Reforzar positivamente sus costumbres saludables, como la lactancia materna, el contacto físico con los bebés, etc.

Examen ginecológico

Registrar en la historia si hay lesión en los genitales y su extensión, al hacer la exploración. Si existe infibulación, puede ser doloroso e incluso difícil explorar a la mujer.

Tabla 2. Papel de la matrona según el Royal College of Midwives (Reino Unido)

- Estar atenta, estar informada. Ello implica hablar directamente con las comunidades afectadas
- Ser sensible, no superior. Recordar que las actitudes racistas y condescendientes, el trastorno de la identidad cultural y la negación de los valores de la comunidad pueden herir a una mujer tanto como la mutilación genital
- Evaluar las necesidades individuales
- Informar y explicar. Cuando una mujer ha sido infibulada, se le debe explicar por qué es necesaria la desinfibulación y por qué no se le puede coser de nuevo. Pueden necesitarse los servicios de un intérprete hábil (que no sea un familiar o amigo)
- Involucrar a las parejas y los familiares
- Involucrar e informar a otros profesionales del cuidado. Si el bebé es niña y la familia está a favor de la mutilación genital femenina, se debe involucrar a los servicios sociales para que ayuden a la familia a cambiar de opinión, pero nunca para quitarle el bebé. La mujer debe saber a quién se ha informado y el porqué
- Ofrecer apoyo continuo

Tomada de Momoh C. Female Genital Mutilation. Oxford: Comfort Momoh, 2005²⁰.

El Royal College of Midwives del Reino Unido, en su informe de situación número 21, hace referencia al rol de la matrona en cuanto a ofrecer el mejor cuidado para cada mujer, incluyendo sus necesidades físicas, emocionales, psicosexuales, culturales y sociales²⁰ (tabla 2).

MARCO LEGAL

La MGF, en cualquiera de los tipos practicados, es un delito de lesiones tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 147, 148, 149 y 150 del Código Penal y Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre). Concretamente, en el artículo 149 de la Ley Orgánica 11/2003, de 29 septiembre, se afirma que «el que causare a otro una mutilación genital, en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años»^{4,21}. También la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de la Jefatura de Estado, modifica la Ley Orgánica 6/1985 para perseguir este delito aunque haya sido cometido fuera de España, siempre que los autores o la persona afectada se encuentren en territorio español¹⁷.

CONCLUSIONES

Es importante que las matronas conozcan las características de los diferentes tipos de MGF, sus efectos, sus riesgos y sus posibles consecuencias para poder atender a la mujer en su situación específica.

Detectar el problema durante las visitas de embarazo permitirá planificar conjuntamente los cuidados sanitarios y emocionales, así como la atención al parto y al posparto.

La actitud de escucha y respeto por parte de la matrona facilitará la comunicación sobre un tema arraigado en determinadas culturas, que puede vivirse como un tabú, y de difícil expresión por parte de la gestante.

Matronas y enfermeras deben ser conscientes de su función como educadoras con las niñas, las mujeres y las familias. Las matronas deben atender a la mujer durante el embarazo y, junto a la pareja, a las necesidades informativas y de educación sanitaria, ya que muchas mujeres y parejas pueden desconocer la relación entre la MGF y sus consecuencias para la salud. En este aspecto, es fundamental el trabajo que día a día pueden desarrollar los profesionales de la salud⁸.

Se trata de una cuestión compleja que requiere formación, sensibilidad y respeto pero al mismo tiempo una actitud firme y activa de sensibilización para erradicar la práctica²¹. Hay que velar para dar soporte psicológico a las víctimas de la MGF y garantizar la reparación quirúrgica de los genitales²¹.

Desde abril de 2007 existe la posibilidad de una reparación gratuita en la Fundación Dexeus Salud de la Mujer²².

BIBLIOGRAFÍA

1. Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Innocenti Digest. Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2006.
2. Nawal MN. Female genital cutting: clinical and cultural guidelines. *Obstet Gynecol Surv.* 2004; 59(4): 272-9.
3. Hakim LD. Impact of maternal and neonatal outcomes during parturition. *East Afr Med J.* 2001; 78(5): 255-8.
4. Kaplan A, Martínez C, coords. Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales [publicación en Internet]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores, 2004 (última actualización 2007) [consultado 10 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/guialleva2007.pdf>
5. World Health Organization. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet.* 2006; 367: 1835-41.
6. Medicus Mundi. Mutilación genital femenina: más que un problema de salud. Granada: Medicus Mundi Andalucía, 2008.
7. Generalitat de Catalunya. Mutilació genital femenina, prevenció i atenció. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006 [acceso 14 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/mutilacions_extensa.pdf
8. Velasco Juez C. Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas. *Matronas Prof.* 2000; 1(2): 10-8.
9. Parlamento de Catalunya. Protocolo de actuación para profesionales. Protocolo para la prevención de la mutilación genital femenina, Parlamento de Cataluña [internet] 2003 [consultado 10 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.hera2001.com/violenciasporhonor/upload/doc89_Protocolo_MGF_Cataluña.pdf
10. Almorh L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadi SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet.* 2005; 366: 385-91.
11. Eke N. Female genital mutilation and obstetric outcome. *Lancet.* 2006; 367(9.525): 1799-800.
12. Wuest S, Raio L, Wyssmueller D, Mueller M, Stadlmayr W, Surbek D, et al. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG.* 2009; 116: 1204-9.
13. IDESCAT. Població estrangera a Catalunya 2010 [publicación en Internet]. [Acceso 10 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/>
14. Prevención de la práctica de la mutilación genital femenina y atención a las víctimas. Plan de formación continua 2010. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia: Generalitat Valenciana y Agència Valenciana de Salut, 2010.
15. Hein D, Nicolás G, Fernández C, Bodelón E. Informe de investigación Cataluña Universitat Autònoma de Barcelona, 2012 [publicación en Internet]. [Acceso 5 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.irisagainstviolence.it/>
16. Leye E, Deblonde J. Legislación sobre la mutilación genital femenina en Europa y su aplicación en Bélgica, Francia, España, Suecia y Reino Unido. Gante: Universidad de Gante, 2004.
17. Lucas B. Prevención de la ablación o mutilación genital femenina en España: Planes de acción y medidas de protección a menores, complementos necesarios a la prohibición legal. Innocenti Digest. Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2006 [acceso 10 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_prevenccion.pdf
18. Guía de prevención de la mutilación femenina. Gobierno de Aragón, 2004 [acceso 10 de octubre del 2011]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1331726409_12_guia_mgf.pdf
19. Consentimiento informado y diversidad cultural. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 2008; 15 [acceso 14 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/relacion/ConsInfyDivCul.pdf>
20. Momoh C. Female Genital Mutilation. Oxford: Comfort Momoh, 2005.
21. Generalitat de Catalunya. Orientacions sobre la diversitat cultural i la salut. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya i Departament de Salut [acceso 14 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/diversitat2007.pdf>
22. Fundación Dexeus. Programa de reconstrucción genital post-ablación [consultado 24 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.fundaciondexeus.org/es_ES/reconstruccion.html