

## **Abordaje biopsicosocial de la mutilación genital femenina en la Gambia**

Biopsicosocial boarding of the feminine genital mutilation in the Gambia

Jorge Humberto Díaz Rodríguez<sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0002-6239-1479>

Yosleiny Díaz Reyes<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9796-6690>

Ayde María Pérez Quiala<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5465-1499>

<sup>1</sup>. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

<sup>2</sup>. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

<sup>3</sup>. Escuela de Medicina y Ciencias Aliadas a la Salud. Universidad de Gambia. Gambia

\* **Autor para la correspondencia:** [jhdanestesia@gmail.com](mailto:jhdanestesia@gmail.com)

### **RESUMEN**

En el presente trabajo de revisión se expone cómo, según los últimos datos de UNICEF, alrededor de tres millones de niñas y mujeres cada año son sometidas a algún tipo de mutilación genital femenina en África, lugar en el que el arraigo social y cultural sobre el que se sustenta y retroalimenta esta práctica se debe a la experiencia de sus mayores, a la de sus propias madres y abuelas, con mensajes religiosos confusos y leyes poco rigurosas. El proceso de socialización que moldea las actitudes de las niñas y las mujeres las prepara para aceptar el dolor y el sufrimiento como parte inevitable de la vida de una mujer y como una obligación a cumplir para ser aceptadas en la sociedad. Sin embargo, las mujeres que lo practican no necesitan una justificación y cuando se les pregunta, remiten a la tradición, a la religión y a cuestiones estéticas,

sanitarias o de protección. Es necesario contar con una mirada antropológica del fenómeno para obtener una comprensión de su significación que permita abordar el tema con conocimiento y respeto y así trabajar para conseguir un cambio en la sociedad que conduzca a la eliminación de las causas de vulneración del derecho a la salud y para que se luche por terminar con esta práctica. Por ello, el objetivo del presente estudio es exponer elementos inherentes a la mutilación genital femenina en la República de la Gambia, desde la perspectiva biopsicosocial, de manera que los resultados del estudio se conviertan en una herramienta útil para los profesionales en contacto con la población en riesgo. El estudio se desarrolla en el contexto de la Universidad durante el período noviembre 2020-febrero 2021.

**Palabras clave:** Mutilación genital femenina; abordaje biopsicosocial.

## **ABSTRACT**

This review work shows how, according to the latest UNICEF data, around 3 million girls and women each year are subjected to some type of Female Genital Mutilation (FGM) in Africa where the social and cultural roots on which FGM is supported and fed back, it is due to the experience of their elders, their own mothers and grandmothers, with confusing religious messages and lax laws. The socialization process that shapes the attitudes of girls and women prepares them to accept pain and suffering as an inevitable part of a woman's life, and as an obligation to fulfill in order to be accepted in their respective societies. However, the women who practice it do not need a justification and when asked, they refer to tradition, religion and aesthetic, health or protection issues. It is necessary to have an anthropological view of the phenomenon to obtain an understanding of its significance that allows to approach the subject with knowledge and respect and thus work to achieve a change in society that leads to the elimination of the causes of violation of the right to health and fight to end the practice of FGM. Therefore, the objective is to expose the practice of Female Genital Mutilation from a biopsychosocial perspective in the Republic of the Gambia, so that it is a useful tool for professionals in contact with the population at risk. The study is developed in the context the University during the period November 2020-February 2021.

**Keywords:** Female genital mutilation; biopsicosocial gaze.

Recibido: 05/01/2022

Aprobado: 09/05/2022

## INTRODUCCIÓN

Las actitudes y prácticas tradicionales perjudiciales que afectan el bienestar de las mujeres y las niñas son frecuentes en todo el mundo y forman parte de la arquitectura patriarcal predominante. La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica preislámica y el Corán no hace alusión a ella en ninguno de sus versículos. El origen de esta tradición es impreciso, aunque se cree que empezó en el antiguo Egipto.

El primer autor que habla de la clitoridectomía es Estrabón (geógrafo griego que visitó Egipto el año 25 a.C.), en un momento en que Egipto hacía tres siglos que estaba bajo dominio griego. Posiblemente la MGF ya se practicaba antes de la llegada de los griegos y fue vista no como un procedimiento médico *per se*, sino quizás como un rito religioso asociado a la vida del templo. Es seguro que la coexistencia de razones médicas, clínicas y curativas con otras, como los rituales sociales y morales, favorecieron su continuación, expansión y difusión. Esta lesiva práctica tradicional, que se ha mantenido hasta estos días, no solo es una violación de derechos humanos, sino que supone una de las más graves violaciones de los derechos sexuales y la salud reproductiva.<sup>(1)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “[...] la mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”.<sup>(2)</sup>

La Mutilación Genital Femenina (Médicos del Mundo, 2017) es una práctica cultural nociva, llevada a cabo principalmente en 28 países de África y Oriente Medio, que vulnera los derechos humanos de mujeres y niñas y que tiene sus raíces en la desigualdad de género, siendo considerada, además, una forma de violencia contra las mujeres.<sup>(3)</sup>

Se extiende primordialmente de la zona subsahariana, en algunos países de Oriente Medio como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes y en determinadas comunidades de Asia: India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka. Se conocen casos en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). Con los movimientos migratorios se ha extendido a zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, es decir, en comunidades migrantes en todo el mundo.<sup>(3)</sup>

Es importante señalar que no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todas las etnias, siguen el mismo procedimiento. Por ejemplo, Gambia tiene una mayor prevalencia (76,6 %) que Senegal, país vecino en el que está geográficamente inserto, significa que afecta aproximadamente a 3 de 4 mujeres. Sin embargo, esta cifra global obvia importantes discrepancias dentro de las regiones y grupos étnicos. La mutilación/ablación genital femenina (A/MGF), no es una condición para asegurar el matrimonio, pero principalmente una forma de facilitar la entrada en una red social y tener acceso a recursos y apoyo social, con la presión de los compañeros que desempeñan un papel importante en su perpetuación.<sup>(3)</sup>

Es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de importantes grupos de mujeres. En ocasiones, se trata de un rito de paso de la infancia a la edad adulta dentro del proceso de socialización infantil, arropado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, identidad étnica y de género, así como reconocimiento social y pertenencia al grupo. Se practica a niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación.<sup>(4)</sup> La presión cultural y la estructura social que la mantienen son fuertes, ya que se arraigan en una tradición ancestral, en la experiencia previa de madres y mujeres mayores en sociedades altamente gerontocráticas, así como en mensajes religiosos confusos.<sup>(5)</sup>

Con el fin de recopilar evidencia para informar las estrategias de prevención, muchos estudios se han centrado en la percepción de las mujeres con respecto a la práctica,

pero aún se desconoce mucho sobre el papel librado por los hombres en su perpetuación. Sin embargo, la percepción del mundo secreto de las mujeres podría traer elementos importantes para comprender el contexto en el que la práctica ocurre, así como iluminar formas efectivas de involucrarlos a ellos en la prevención. Es importante discernir acerca del apoyo o no del hombre hacia la mutilación y también sobre lo relacionado con el establecimiento o no de un paralelismo con el macho, la circuncisión, el corte del prepucio del pene.

De hecho, en todas las sociedades donde se encuentra la A/MGF, los hombres también se realizan la circuncisión, a veces vinculada al rito de paso a la edad adulta como componente clave del proceso de socialización. Tiene un aspecto higiénico y similar significado estético y un poder análogo para preservar etnias e identidades de género. Un análisis profundo de la situación sobre la A/MGF llevada a cabo en Gambia en 1999, reveló que algunos encuestados establecieron un paralelismo entre las dos prácticas. Dado que el Islam respalda la circuncisión masculina como una práctica aceptable y no hace distinción entre géneros, algunos dirían que la circuncisión femenina también es prescrita.

La MGF, en sus diferentes tipologías, es una grave violación de los derechos humanos, un acto de violencia contra las mujeres y una muestra extrema de la desigualdad de género, que atenta no solo contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que les niega su derecho a la salud e incluso a la integridad del propio cuerpo.

En la esfera internacional, se reconoce la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos, con graves implicaciones sanitarias y psicosociales; viola los derechos de mujeres y niñas a la integridad física y psicológica, afecta de forma directa su salud sexual y reproductiva, perpetúa las desigualdades de género. Existen diversos tratados internacionales y regionales que regulan la protección de los derechos humanos vulnerados, que deben ir acompañados de un trabajo de sensibilización y educación.<sup>(6,7)</sup>

El objetivo de la revisión es exponer elementos inherentes a la mutilación genital femenina en la República de la Gambia, desde la perspectiva biopsicosocial, de manera

que los resultados del estudio se conviertan en una herramienta útil para los profesionales en contacto con la población en riesgo.

## DESARROLLO

Gambia es un pequeño y estrecho país africano cuyo territorio se emplaza en los márgenes del río Gambia, está situado en la zona saheliana de la costa occidental de África, con predominio de la cultura musulmán, con hasta el 90 % de la población bajo los principios básicos del Islam. La etnia andinka es la más grande, seguida por Fula, Wolof, Jola/Karoninka, Serahule, Serers, Manjago, Bambara, Aku Marabou. La MGF en este país está vinculada a creencias religiosas y tradiciones, por lo que algunos grupos ven en ella la salvaguarda de la virginidad, el control de la sexualidad femenina y hasta una protección contra las violaciones. "En Gambia se la considera un mandamiento religioso islámico, a pesar de que no lo es".<sup>(6)</sup> En la Figura 1 se declara la relación entre las etnias según la presencia o no de la MGF.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la revisión documental.

ETNIAS MÁS CONOCIDAS		
Practicantes de la MGF		No practicantes de la MGF
Mandinka	Bámbara	Wolof
Sarahule	Dogon	Serer
Djola	Edos	Ndiago
Fulbé	Awusa	
Soninke	Fante	

**Fig. 1.** Relación de etnias, según la presencia o no de la mutilación genital femenina.

Pese a lo presentado, hay que tener en cuenta que se pueden encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF y viceversa: mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas.

La respuesta se delimita en los matrimonios mixtos: hombres y mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, si una mujer de un grupo no practicante se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, probablemente haya sido mutilada como requisito para casarse.<sup>(7)</sup>

La mutilación genital femenina se diferencia según las distintas comunidades:

- Se realiza sin ningún tipo de anestesia la mayoría de las veces, con un instrumento cortante: cuchillos, tijeras, hojas de afeitar, trozos de vidrio, piedras afiladas e incluso la tapa de aluminio de una lata. Cuando es colectiva, se utiliza el mismo instrumento para todas.
- La duración es de quince a veinte minutos, en dependencia de la habilidad de la persona que la realiza y de la resistencia que oponga la niña, la cual permanece inmovilizada.
- Luego, la herida se limpia utilizando alcohol, zumo de limón u otros productos como ceniza, mezclas de hierbas, aceite de coco o excrementos de vaca. Otra variante es la de coser los extremos de la vulva dejando solo un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual, conocida como infibulación.
- En algunas etnias en los casos de infibulación, se unen los labios menores, con espinas de acacia, por ejemplo y se atan las piernas de la niña hasta que la herida haya curado.
- La MFG puede incluir también el rasgado, la laceración o el estiramiento de los genitales.<sup>(7,8)</sup>

Como consecuencia de las múltiples campañas sobre los efectos perjudiciales que la MGF ejerce sobre la salud, son cada vez más los profesionales sanitarios quienes, con asepsia y anestesia, la practican, como sucede en Egipto, Sudán y Kenia. Justifican su actuación aduciendo que minimizan los riesgos y evitan el dolor. Pero, estas intervenciones, pretenden legitimar lo que sigue siendo una agresión y un acto de violencia contra las mujeres y las niñas. La disminución de sus riesgos no incide sobre los motivos que la mantienen.

La práctica de la MGF, en general suele realizarse a niñas de 4 a 14 ó 15 años, aunque existen algunas culturas donde se practica días después del nacimiento y otras donde se realiza antes del matrimonio, durante el embarazo o tras el parto. La edad también varía de acuerdo con los núcleos sociales -rural o urbano-, según los grupos étnicos o su localización geográfica. En muchos países de África subsahariana es una práctica habitual como rito de paso de la infancia a la edad adulta y como socialización de las niñas, que otorga estatus, identidad étnica y de género, así como un reconocimiento y la pertenencia social al grupo. Por tanto,

[...] independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro al mundo de los adultos [...] es una “marca” permanente que simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera.<sup>(9)</sup>

Las razones por las que se practica la mutilación genital femenina, a pesar de que se vulnera los Derechos Humanos de mujeres y niñas y es una forma de violencia contra ellas, sustentada en creencias y mitos que son mantenidos generación tras generación, están relacionadas con los motivos de diversa índole y ligados a patrones sociales en los que predomina la posición de mayorazgo sobre la mujer y las creencias acendradas de fechas inmemoriales:

**Socioculturales.** Como parte del rito de iniciación de las niñas a la edad adulta. En cuanto al matrimonio “una mujer no mutilada no sería aceptada como esposa”. La aceptación y pertenencia al grupo garantiza la cohesión social.

**Higiénicos/purificación.** Los genitales femeninos son sucios: “una mujer mutilada es una mujer limpia”. Las mujeres no mutiladas son “impuras”, se les prohíbe la manipulación de alimentos y bebidas.

**Estéticos.** Los genitales femeninos externos son feos. Si no se elimina el clítoris crecerá de forma indefinida.

**Psicosociales.** Imprescindible para el mantenimiento de la virginidad, asegura la fidelidad, previene la promiscuidad e incrementa el placer sexual del marido.

Salud. Aumenta la fertilidad. Mejora y facilita el parto. Protege al bebé: “si al nacer toca con su cabeza el clítoris puede morir o padecer algún trastorno mental”.

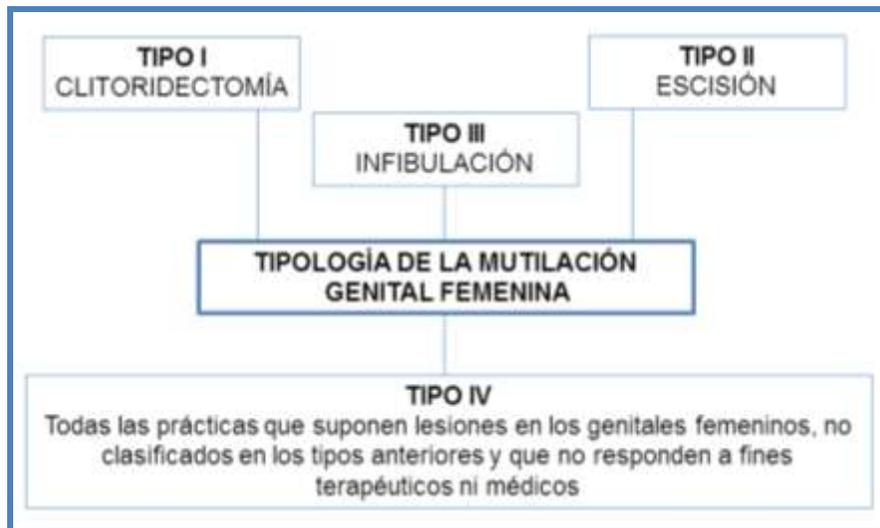
Creencias sobre el clítoris. “Puede herir al hombre”. “Puede crecer tanto que dañaría al hombre en las relaciones”. “El bebé morirá si tiene contacto con el clítoris al nacer”. “Si crece de forma indefinida dañará al pene”

Religiosos o espirituales. Creencia de que es un requerimiento religioso, se asocia a la pureza espiritual. Asociado al Islam, como parte de la *Sunna* “la tradición del profeta”.<sup>(9)</sup>

Hay que tener en cuenta que las familias que la realizan la consideran beneficiosa para sus hijas y la sienten ligada a su identidad social y cultural, al margen de que esta viole derechos universalmente reconocidos, establecidos por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en la Convención de los Derechos del niño en 1989<sup>(10)</sup> y de que en la cultura occidental y en otros países africanos sea considerada una práctica delictiva.

La MGF causa grandes sufrimientos en la mujer, deja secuelas físicas para toda la vida, puede producir secuelas psicológicas y es una cuestión preocupante para la salud reproductiva. Muchas mujeres que la han sufrido necesitan ayuda médica especializada y es necesario adoptar una actitud solícita y comprensiva para alentar a esas mujeres a buscar atención. Por tanto, la afectación psicofísica de la mujer adulta mutilada es una demanda sanitaria significativa que hay que contemplar como prioridad en los servicios de salud.

En la práctica de la MGF el factor género es un elemento fundamental que se explica observando el escaso acceso de la mujer a la información como resultado de cánones de sociedades y culturas patriarcales. La mujer africana mutilada no es consciente de la agresión de la que es objeto debido a que desde la infancia se la educa en la convicción de que es algo positivo para ella. No tiene referencias sobre otras posibilidades y no ha tenido, en la mayoría de los casos, acceso a la información, por lo que no ha podido entender la práctica de la MGF como un ataque a su integridad. La Figura 2 recoge los tipos de MGF, según la OMS.<sup>(2)</sup>



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental.

**Fig. 2.** Clasificación de la mutilación genital femenina, según la Organización Mundial de la Salud.

**TIPO I: CLITORIDECTOMÍA.** Consiste en la extirpación total o parcial del clítoris o el prepucio del mismo.

**TIPO II: ESCISIÓN.** Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

**TIPO III: INFIBULACIÓN.** Consiste en el estrechamiento del orificio vaginal a través de la sutura, cosido o recolocación de los labios menores y/o mayores para su cicatrización, con o sin extirpación del clítoris. Es la forma más severa de mutilación, que deja un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. Dado que es mínimo el orificio, se realizará una desinfibulación en el momento del parto y, después del parto, de nuevo la reinfibulación. También se suele realizar la desinfibulación el día de la boda para poder mantener la relación genital, después será nuevamente reinfibulada.

**TIPO IV:** En este tipo se engloban todas aquellas prácticas que suponen lesiones en los genitales femeninos, no clasificados en los tipos anteriores, y que no responden a fines terapéuticos ni médicos. Encontramos en esta clasificación: el raspado, la cauterización, la perforación, la incisión en la zona genital, la introcisión que consiste en la ampliación del orificio vaginal mediante cortes o desgarros o, por el

contrario, procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.) Otros ejemplos dentro de esta tipología serían el piercing, dry sex (sexo seco), stretching (estiramiento vaginal), abrasión, cauterización del clítoris, introducción de sustancias en la vagina.<sup>(2)</sup>

La realización de unos tipos u otros de MGF depende fundamentalmente de la etnia practicante.

- Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80 % y el 85 % de los casos.
- La mutilación del tipo III es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países del Cuerno de África (Somalia, Sudán y Yibuti) y constituye entre el 15 % y el 20 % de los casos. De manera menos importante se practica también en Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia y Kenia, pero la prevalencia interna varía mucho de un país a otro.
- La infibulación (tipo III) y la introcisión (tipo IV) pueden darse en la misma mujer, si la primera ha sido tan lesiva que impide la penetración del marido.<sup>(2)</sup>

Complicaciones derivadas de la MGF:

Las complicaciones inmediatas pueden incluir: dolor intenso; hemorragia; inflamación de los tejidos genitales; fiebre; infecciones como el tétanos; problemas urinarios; lesiones de los tejidos genitales vecinos; estado de shock; muerte.

Las consecuencias a largo plazo pueden ser: infecciones urinarias (micción dolorosa, infecciones del tracto urinario); problemas vaginales (leucorrea, prurito, vaginosis bacteriana y otras infecciones); problemas menstruales (menstruaciones dolorosas, tránsito difícil de la sangre menstrual, etc.); tejido y queloide cicatriciales; problemas sexuales (coito doloroso, menor satisfacción, etc.); mayor riesgo de complicaciones en el parto y de mortalidad neonatal; necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas.

Por ejemplo, en los casos en los que hay que realizar la desinfibulación tras una mutilación tipo 3; en ocasiones la zona genital es cosida repetidas veces, incluso después de que la mujer dé a luz, con lo que esta se ve sometida a aperturas y cierres sucesivos, cosa que acrecienta los riesgos tanto inmediatos como a largo

plazo; como lo son los trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, escasa autoestima, etc.).<sup>(11)</sup>

## **Mirada antropológica sobre la práctica de la mutilación genital femenina**

La MGF es un tema en extremo complejo, sensible y politizado, difícil de entender solamente a través de definiciones normativas, clasificaciones y/o delimitaciones geográficas. Es necesario contar con una mirada antropológica del fenómeno para obtener una comprensión de su significación que permita abordar el tema con conocimiento y respeto.

La MGF tiene un gran significado simbólico para las comunidades que la practican. En África, se vincula con dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos. En algunas sociedades, la práctica sigue formando parte de ceremonias de iniciación a la edad adulta, influyendo directamente en la construcción de los roles y el estatus de las mujeres, otorgando identidad étnica y de género. Transmite un sentimiento de orgullo y de pertenencia al grupo y se convierte en la prueba física que garantiza la femineidad de la niña y la obtención del conocimiento necesario para poder pertenecer a la comunidad y al mundo secreto de las mujeres.

Cuando se indagan los motivos para continuar con la práctica, aparecen diversas razones: la tradición, la religión o la preservación de la identidad étnica y de género. Se mencionan cuestiones de higiene (“es más limpio”) y estéticas (“el clítoris puede crecer demasiado, como el pene”) y creen que protege la femineidad, la pureza y la virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el “honor de la familia”, asegurando el matrimonio.

También promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las mujeres primigrávidas, porque es una creencia extendida que si el recién nacido toca con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental.<sup>(12,13)</sup>

En los últimos 30 años ha crecido una conciencia mundial sobre los efectos nocivos de la MGF y se continúan intensificando las campañas orientadas a la eliminación de esta práctica. En el frente africano, las organizaciones no gubernamentales, distintos

organismos de Naciones Unidas y algunos gobiernos están comprometidos en la lucha para liberar a las mujeres de la MGF.

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado en diferentes foros, convenciones y declaraciones contra las MGF, a la que considera práctica que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas.

Gracias a estos esfuerzos, son cada vez más los grupos que van abandonando la MGF. En algunas ocasiones este proceso de abandono se realiza de un modo gradual. Es decir, grupos o etnias practicantes habituales de la mutilación tipo III pasan a la mutilación tipo II (menos agresiva) y así sucesivamente.

Estos derechos están protegidos por toda una serie de tratados, documentos de consenso y otros acuerdos internacionales o regionales promovidos por la Organización de Naciones Unidas y otros organismos internacionales.

Gambia en el 2015 aprueba su primera ley contra la ablación,<sup>(14)</sup> dada la evidencia científica y el trabajo de campo que ha hecho la fundación española Wassu-UAB desde 2008 han sido el germen de todo este proceso que culminó con ley contra la ablación. En un país donde la práctica está fuertemente arraigada, vinculada a la tradición y a los lazos familiares, de poco o nada servía el discurso del miedo que lanzaba Occidente para erradicar la MGF.

Los investigadores de la fundación Wassu-UAB, auspiciados por la propia vicepresidenta del país, Isatou Njie-Saidy, dieron una vuelta de tuerca al enfoque tradicional con el que se abordaba el asunto y comenzaron un trabajo de investigación sobre el terreno. Su objetivo era demostrar, con la evidencia científica, que la ablación tiene consecuencias negativas muy graves para la salud. Ha sido "[...] un trabajo de hormiguitas", recuerda la antropóloga Kaplan, directora de Wassu-UAB. La investigadora, una de las expertas mundiales en MGF, preparó minuciosamente una metodología específica para penetrar con efectividad en las comunidades más herméticas.<sup>(13)</sup>

A través de un observatorio transnacional con sede en Barcelona y en Gambia, los investigadores aplicaron lo conocido como la transmisión del conocimiento en cascada.

El plan pasaba por realizar estudios clínicos *in situ* que probasen el daño que provoca la MGF y mostrar los resultados a todos los estratos sociales. Y lo consiguieron. "Queremos preservar también el valor cultural que tiene esta práctica para ellos, pero les ofrecemos una alternativa, un rito de iniciación que no implique la mutilación",<sup>(13)</sup> sostiene Kaplan, la cual reconoce que la promulgación de la ley supuso una sorpresa para los gambianos.

La penetración de la norma será difícil, avisa la investigadora, en algunas etnias, pero apuesta por continuar con el trabajo de sensibilización sobre el terreno. La antropóloga advierte de que hay que prestar especial atención a la medicalización de la práctica porque, pese a las cifras favorables en otros ámbitos, el porcentaje de profesionales de la salud que realizan la MGF durante su práctica profesional ha pasado del 7 % en 2009 al 10,5 % en 2014.<sup>(12)</sup>

El gran reto que queda pendiente en Gambia, asegura Kaplan, es que "[...] se reconozca la MGF como un problema de salud pública en el país". Y puestos a pedir, también sería necesaria la creación de un gran sistema de control epidemiológico para monitorizar las tendencias de la ablación en el país.<sup>(12)</sup>

## CONCLUSIONES

La mutilación genital femenina es una práctica muy dolorosa que no tiene ningún efecto beneficioso para la salud, ni para el desarrollo comunitario de las sociedades que la practican. La resección y el daño del tejido genital femenino sano tienen múltiples efectos perjudiciales para la salud de las mujeres y niñas y afecta en otros órdenes vitales de su desarrollo humano.

Es imprescindible la concreción de labores de sensibilización y formación sobre la práctica, para que asociaciones, familias, medios de comunicación y profesionales, se involucren en la lucha contra la MGF; para ello es fundamental el trabajo con líderes comunitarios y religiosos que contribuyan al ejercicio del diálogo

El éxito de estas labores, colabora con la educación y el conocimiento de los derechos, así como con el empoderamiento femenino para lo cual es fundamental la mediación intercultural.

Trabajar para conseguir un cambio en la sociedad que conduzca a la eliminación de las causas de vulneración del derecho a la salud y que luche por terminar con la mutilación genital femenina exige a los poderes públicos que se comprometan con su erradicación, mediante el establecimiento de políticas legislativas, administrativas y jurídicas, acompañadas de una adecuada dotación de recursos y de la vigilancia de su cumplimiento. Una de estas buenas prácticas es el trabajo conjunto sur-sur entre organizaciones africanas hasta convertir el propósito en una lucha colectiva.

Con la medicalización de la práctica de estas intervenciones se pretende legitimar lo que sigue siendo una agresión y un acto de violencia contra las mujeres y las niñas, porque la disminución de sus riesgos no incide sobre los motivos que la mantienen, además siempre se van a considerar prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas, por lo que deben ser erradicadas con tolerancia cero a la mutilación genital femenina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano Caro I. Compromisos adquiridos en la CIP El Cairo. Agenda Española. [Internet] España: Federación de Planificación familiar de España; 2015 [citado 11/03/ 2021]. Disponible en: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina [Internet]. Ginebra, Suiza: Oficina Región de África; 2021 [citado 11/03/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
3. Médicos del Mundo. Mutilación Genital Femenina. [Internet]. Congreso Internacional de Mutilación Genital Femenina; 2021 febrero 12 y 13; Almería España; 2021 [citado 11/03/2021 ]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y->

[publicaciones/eventos/congreso-internacional-de-mutilacion-genital-femenina-en-almeria](#)

4. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Antropología Aplicada 3. [Internet] Survey de Publicaciones Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra; 2017. [citado 17/05/ 2021]. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/mutilacion-genital-femenina-mgf-1345799901785.html>
5. Kaplan A, Torán P, Bedoya MH, Bermúdez K, Catany MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. Rev. Migraciones [Internet]. 2006 [citado 20/05/2021];19:189-207. Disponible en: [http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific\\_publications/9c.pdf](http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf).
6. Kaplan A, Cham B, Njie LA, Seixas A, Blanco S, Utzet M. Female mutilation/cutting: the secret world of women as seen by men. Hindawi [Internet]. 2013 [cited 20/05/2021]; 13. Available from: <https://doi.10.1155/2013/643780>
7. Kaplan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action. Reproductive Health [Internet]. 2011 [cited 22/05/2021];8 (26). Available from: <https://doi.10.1186/1742-4755-8-26>
8. Wright L. Mutilación genital femenina batalla por tolerancia cero. 2020. Disponible en: <https://www.dw.com/es/mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-batalla-por-la-tolerancia-cero/a-52269853>
9. Kaplan A. Conocer y actuar: un proyecto interdisciplinar de prevención de las mutilaciones genitales femeninas en Gambia y España. [Internet]. Gambia, África: Studia Africana. Africa Bib APP; 2008 [citado 22/05/ 2021]. Disponible en: <https://www.africabib.org/rec.php?RID=317433709>
10. UNICEF. Texto de la Convención de los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989. [Internet]. Ginebra Suiza: UNICEF; 1989 [citado 22/05/ 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

11. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M [et. al]. Female mutilation/cutting in The Gambia: long-term Health consequences and complications during delivery and for the newborn. International Journal of Women's Health [Internet]. 2013 [cited 20/05/2021];5:323-331. Available from: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S42064>.
12. Kaplan Marcusan A, Hechavarría Toledo S, Puppo Ávila NL. Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales [Internet]. Barcelona, España: [Universitat Autònoma de Barcelona](#); 2017 [citado 20/05/2021]. Disponible en: [https://mgf.uab.cat/esp/resources\\_for\\_professionals/ManualMGF\\_2017.pdf](https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf)
13. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Antropología Aplicada 2. [Internet]. Bellaterra, Barcelona: Survey de Publicaciones Universidad Autónoma de Barcelona; 2012 [citado 20/05/2021]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=29&subs=275&cod=1447&page=>
14. Mouzo Quintans J. Gambia aprueba su primera ley contra la ablación. 2016. El País [Internet]. Barcelona 2016/02/05 [citado 23/05/ 2021]. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2016/02/05/planeta\\_futuro/1454693799\\_953731.html](https://elpais.com/elpais/2016/02/05/planeta_futuro/1454693799_953731.html)

### **Declaración de conflicto de intereses**

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

### **Declaración de contribución de autoría**

Díaz Rodríguez: Propuesta de la idea científica, búsqueda de información bibliográfica, elaboración del artículo. Análisis crítico y revisión del documento final.

Díaz Reyes: Búsqueda de información, edición del manuscrito y la revisión crítica del artículo.

Pérez Quiala: Búsqueda de información bibliográfica, consulta de bibliografía, análisis crítico y revisión del documento final.