

# circuncisión femenina

Authored by  
**memjavad**

March 9, 2026

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *circuncisión femenina*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=9593>

## Circuncisión Femenina (Mutilación Genital Femenina)

**Campo(s) Disciplinario(s) Primario(s):** Antropología Médica, Salud Pública Global, Derechos Humanos, Sociología del Género y Estudios del Desarrollo.

### 1. Definición Central y Alcance Conceptual

La **circuncisión femenina**, referida de manera técnica y académica contemporánea como **Mutilación Genital Femenina (MGF)**, comprende todos los procedimientos que implican la eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones en los órganos genitales por motivos no médicos. Esta práctica es reconocida internacionalmente como una violación fundamental de los **derechos humanos** de las mujeres y las niñas, reflejando una desigualdad de género profundamente arraigada y constituyendo una forma extrema de discriminación. A diferencia de la circuncisión masculina, que a menudo se asocia con beneficios preventivos de salud en ciertos contextos, la MGF no posee beneficios médicos conocidos y, por el contrario, conlleva riesgos graves y permanentes para la salud física y psicológica de quienes la padecen.

El término abarca una variedad de procedimientos que varían significativamente según la cultura, la etnia y la región geográfica. Según la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), la práctica se realiza habitualmente en niñas en algún momento entre la infancia y la adolescencia, y ocasionalmente en mujeres adultas. La naturaleza del procedimiento implica la alteración de tejidos sanos y normales, interfiriendo con las funciones naturales del cuerpo femenino. Al no existir una necesidad clínica, la intervención se clasifica como un acto de violencia que vulnera la integridad corporal y el derecho a la salud, la seguridad y la libertad frente a tratos crueles o degradantes.

Desde una perspectiva académica, el estudio de este concepto requiere un enfoque multidisciplinario que considere no solo las implicaciones clínicas, sino también las **estructuras de poder**, las normas sociales y los sistemas de creencias que perpetúan su existencia. La comprensión de la circuncisión femenina ha evolucionado de ser vista meramente como una "tradicción exótica" a ser analizada como un problema de salud pública global y un obstáculo para el empoderamiento femenino. La comunidad internacional, a través de organismos como [UNICEF](#) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), trabaja para su eliminación total, considerándola una barrera para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

### 2. Etimología y Evolución del Discurso Histórico

El término "**circuncisión femenina**" fue el descriptor dominante durante gran parte del siglo XX, utilizado tanto por antropólogos como por médicos para trazar un paralelismo con la circuncisión

masculina. Sin embargo, a partir de la década de 1970, este término comenzó a ser cuestionado por activistas y académicos que argumentaban que la analogía era engañosa, dado que los procedimientos femeninos suelen ser mucho más invasivos y perjudiciales. La transición terminológica hacia "**mutilación genital femenina**" fue impulsada por organizaciones de mujeres en África y por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de las Mujeres y los Niños, buscando enfatizar la gravedad del daño físico y la violación de derechos.

Históricamente, los orígenes de esta práctica son inciertos, aunque existen evidencias de su presencia en el antiguo Egipto, donde se han hallado momias con signos de haber sido sometidas a procedimientos similares. No es, como se cree erróneamente en algunos círculos, una práctica vinculada exclusivamente a una religión específica; precede tanto al cristianismo como al islam y se practica en comunidades de diversas confesiones. A lo largo de los siglos, la práctica se consolidó como un **rito de paso** esencial en diversas sociedades subsaharianas, del noreste de África y partes de Asia, funcionando como un mecanismo de control social sobre la sexualidad femenina y la reproducción.

Durante la era colonial, los intentos de las administraciones europeas por prohibir la práctica a menudo resultaron en una resistencia cultural intensa, donde la defensa de la circuncisión femenina se convirtió en un símbolo de identidad nacional frente a la imposición extranjera. En la era moderna, el discurso ha girado hacia la **medicalización** y la universalidad de los derechos humanos. Hoy en día, se prefiere en contextos comunitarios el uso del término "corte" (cutting) para evitar la estigmatización de las familias, mientras que en el ámbito legal y político se mantiene "mutilación" para subrayar la obligación de los Estados de proteger a las menores de edad bajo el marco del [Derecho Internacional](#).

### 3. Clasificación Técnica y Tipología de la OMS

Para facilitar la investigación clínica y la formulación de políticas, la OMS ha establecido una clasificación estandarizada que divide la MGF en cuatro tipos principales, basados en la extensión del tejido extirpado. El **Tipo I**, también conocido como clitoridectomía, consiste en la eliminación parcial o total del clítoris y, en casos menos frecuentes, solo del prepucio clitoridiano. Este procedimiento busca reducir la sensibilidad sexual de la mujer, basándose en nociones culturales sobre la pureza y la castidad. A pesar de ser considerado "menor" en comparación con otros tipos, conlleva riesgos inmediatos de infección y hemorragia.

El **Tipo II**, o escisión, implica la eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores. Es una forma común que resulta en cicatrices extensas que pueden dificultar el parto y causar dolor crónico. Por otro lado, el **Tipo III**, conocido como **infibulación**, es la forma más severa. Consiste en el estrechamiento de la abertura vaginal mediante la creación de un sello de cobertura, formado al cortar y recolocar los labios menores o

mayores, a veces mediante sutura. Este tipo requiere a menudo que la mujer sea "reabierto" para el coito y el parto, lo que multiplica los traumas físicos a lo largo de su vida reproductiva.

Finalmente, el **Tipo IV** engloba todos los demás procedimientos lesivos realizados en los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización de la zona genital. Esta categoría reconoce que cualquier intervención traumática en los órganos genitales, independientemente de su técnica, constituye una forma de mutilación. La comprensión detallada de esta **tipología** es crucial para los profesionales de la salud que atienden a poblaciones migrantes y para los epidemiólogos que rastrean la prevalencia de la práctica en regiones como el Cuerno de África, donde el Tipo III es predominante.

#### 4. Determinantes Socioculturales y Presión Comunitaria

La persistencia de la circuncisión femenina se explica a menudo a través de la **teoría de la convención social**, propuesta por académicos como Gerry Mackie. Según este enfoque, la práctica es una norma social auto-reforzada en la que las familias actúan bajo una fuerte presión comunitaria para asegurar la "aceptabilidad" de sus hijas. En muchas sociedades, una mujer no mutilada es considerada impura, hipersexual o no apta para el matrimonio. Por lo tanto, los padres realizan el procedimiento por un sentido de amor y responsabilidad, creyendo que están asegurando el futuro económico y social de la niña dentro de su grupo cultural.

Otro factor determinante es la construcción de la **identidad de género**. En ciertos contextos, la MGF se percibe como el proceso necesario para "feminizar" a la niña, eliminando partes del cuerpo que se consideran masculinas (como el clítoris). Este rito de paso marca la transición a la edad adulta y otorga a la joven el derecho a participar en la vida social de la comunidad. La creencia de que la práctica está prescrita por la religión, aunque carece de fundamento en los textos sagrados principales, también juega un papel vital en su legitimación, creando un desafío para los activistas que deben involucrar a líderes religiosos en los esfuerzos de erradicación.

La estructura de **patriarcado** subyacente es fundamental para entender por qué se mantiene el control sobre el cuerpo femenino. La MGF funciona como un dispositivo para garantizar la virginidad prematrimonial y la fidelidad conyugal, reduciendo la libido femenina. En comunidades donde el honor de la familia reside en la conducta sexual de las mujeres, la mutilación se convierte en una garantía institucionalizada. La resistencia al cambio es alta porque la desviación de la norma puede resultar en el ostracismo total de la familia, lo que demuestra que la eliminación de la práctica requiere un cambio colectivo y no solo decisiones individuales.

#### 5. Consecuencias Fisiopatológicas y Secuelas Crónicas

El impacto de la circuncisión femenina en la salud es devastador y se manifiesta tanto a corto como a largo plazo. Inmediatamente después del procedimiento, que a menudo se realiza sin

anestesia y en condiciones precarias, las niñas pueden sufrir de **shock neurogénico** debido al dolor extremo, hemorragias incontrolables que pueden conducir a la muerte, e infecciones sistémicas como el tétanos o la sepsis. El uso de instrumentos no esterilizados, como cuchillas de afeitar o vidrios, también aumenta el riesgo de transmisión de virus hematógenos, incluido el VIH.

A largo plazo, las complicaciones crónicas merman significativamente la calidad de vida. Las mujeres infibuladas suelen padecer infecciones urinarias recurrentes, cálculos renales y quistes dermoides debido a la obstrucción del flujo menstrual y urinario. El tejido cicatricial, que carece de la elasticidad de la piel normal, provoca dolor persistente durante la deambulación y el ejercicio. Además, la **disfunción sexual** es una consecuencia casi universal, caracterizada por la dispareunia (coito doloroso), la falta de orgasmo y una disminución general del deseo, lo que afecta profundamente las relaciones interpersonales y la autoestima de la mujer.

Las complicaciones obstétricas representan uno de los mayores peligros. Durante el parto, el tejido cicatricial rígido puede causar obstrucciones que derivan en desgarros perineales graves, hemorragias posparto y, en casos extremos, la muerte materna o neonatal. La formación de **fístulas obstétricas** --agujeros entre el canal del parto y la vejiga o el recto-- es una secuela común de partos prolongados y obstruidos en mujeres mutiladas, lo que lleva a la incontinencia crónica y a un estigma social severo. Estos efectos demuestran que la MGF es una carga económica y social masiva para los sistemas de salud en los países en desarrollo.

## 6. Impacto Psicológico y Trauma Psicosexual

Más allá de las cicatrices físicas, la circuncisión femenina deja huellas psicológicas profundas que a menudo son ignoradas en los estudios clínicos tradicionales. Muchas mujeres experimentan un trastorno de **estrés postraumático (TEPT)** que se manifiesta en pesadillas, flashbacks del momento del procedimiento y una ansiedad generalizada. El sentimiento de traición hacia los cuidadores primarios (madres o abuelas), quienes suelen ser quienes organizan el evento, puede fracturar los vínculos afectivos y crear una sensación de inseguridad permanente en el entorno familiar.

El trauma psicosexual es otro componente crítico. Al ser privadas de órganos sensoriales clave, muchas mujeres enfrentan una desconexión con su propio cuerpo y una sensación de pérdida de su integridad. La **depresión** y la baja autoestima son frecuentes, especialmente en contextos donde las mujeres comienzan a interactuar con culturas que no practican la MGF y se dan cuenta de que su condición es el resultado de una violencia evitable. Este sufrimiento emocional se ve exacerbado por el silencio social que rodea a la práctica, impidiendo que las víctimas busquen apoyo terapéutico o compartan sus experiencias.

En las comunidades de la diáspora, el conflicto de identidad se agrava. Las jóvenes que viven en países occidentales pueden sentirse divididas entre la lealtad a sus raíces culturales y el rechazo

a una práctica que es ilegal y condenada en su entorno actual. La **estigmatización** doble --por ser parte de una minoría y por haber sido mutilada-- crea barreras adicionales para la integración social. La necesidad de enfoques de salud mental culturalmente sensibles es imperativa para abordar estas secuelas de manera integral, reconociendo que la sanación requiere tanto atención médica como apoyo psicosocial especializado.

## 7. Marco Jurídico Internacional y Derechos Humanos

La lucha contra la circuncisión femenina está respaldada por un robusto marco de **derecho internacional**. Diversos tratados y convenciones obligan a los Estados a proteger a las mujeres de esta práctica, considerándola una forma de tortura y un acto de violencia de género. La [Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer \(CEDAW\)](#) y la Convención sobre los Derechos del Niño son los pilares jurídicos que exigen la implementación de leyes nacionales para prohibir la MGF y castigar a los perpetradores.

A nivel regional, instrumentos como el **Protocolo de Maputo** en África han sido fundamentales para comprometer a los gobiernos africanos en la erradicación de la práctica. Muchos países han promulgado leyes específicas que criminalizan la MGF, incluyendo penas de prisión para quienes realizan el procedimiento y para los padres que lo consienten. Sin embargo, la aplicación de la ley sigue siendo un desafío debido a la naturaleza clandestina de la práctica y a la falta de recursos para la vigilancia en zonas rurales. La legislación por sí sola ha demostrado ser insuficiente si no se acompaña de programas de sensibilización y educación comunitaria.

El reconocimiento de la MGF como motivo para solicitar **asilo político** ha ganado terreno en países de Europa y América del Norte. Los tribunales internacionales han dictaminado que las mujeres y niñas que corren el riesgo de ser mutiladas en sus países de origen pertenecen a un "grupo social particular" protegido por la Convención de Ginebra. Este avance legal subraya la percepción global de la circuncisión femenina no como un asunto privado o cultural, sino como una violación de la seguridad humana que requiere la intervención y protección de la comunidad internacional.

## 8. El Debate sobre la Medicalización de la Práctica

Uno de los debates más controvertidos en la actualidad es la **medicalización** de la circuncisión femenina, que ocurre cuando el procedimiento es realizado por profesionales de la salud (médicos, enfermeras o parteras) en centros sanitarios. Algunos argumentan que la medicalización reduce los riesgos inmediatos de infección y dolor, presentándose como una estrategia de "reducción de daños". Sin embargo, la OMS y casi todas las organizaciones internacionales de salud se oponen firmemente a esta tendencia, argumentando que la intervención médica legitima una violación de los derechos humanos y viola la ética profesional de

"no hacer daño".

La medicalización no aborda las causas subyacentes de la desigualdad de género y mantiene la norma social de controlar el cuerpo femenino. Además, el hecho de que un profesional realice la mutilación puede dar una falsa sensación de seguridad, lo que dificulta los esfuerzos de abandono total de la práctica. En países como Egipto y Sudán, la medicalización ha alcanzado niveles alarmantes, lo que sugiere que la formación médica debe incluir componentes fuertes de **ética y derechos humanos** para prevenir que el personal sanitario se convierta en cómplice de la violencia tradicional.

Las críticas a la medicalización también señalan que esta práctica institucionaliza la mutilación dentro del sistema estatal, lo que contradice los compromisos internacionales de los gobiernos para erradicarla. El debate pone de relieve la tensión entre el pragmatismo clínico y la defensa de los principios universales. La postura académica dominante sostiene que cualquier forma de MGF, independientemente de quién la realice o dónde se lleve a cabo, es inaceptable y debe ser eliminada mediante la educación y el empoderamiento de las comunidades para que elijan voluntariamente el fin del procedimiento.

## 9. Estrategias de Erradicación y Cambio de Comportamiento

Las estrategias más exitosas para eliminar la circuncisión femenina han sido aquellas que fomentan el **abandono colectivo**. Dado que la práctica es una convención social, es difícil que una familia actúe sola. Programas como los impulsados por la ONG Tostan en Senegal han demostrado que, a través de la educación básica en derechos humanos y salud, comunidades enteras pueden llegar a un consenso para declarar públicamente el fin de la MGF. Estas declaraciones públicas actúan como un nuevo contrato social, protegiendo a las niñas sin que las familias sufran el estigma del rechazo social.

La participación de los **líderes de opinión**, incluyendo jefes tribales y autoridades religiosas, es esencial para desvincular la práctica de la fe y la tradición intocable. Cuando un imán o un sacerdote declara que la MGF no es un requisito religioso, se elimina uno de los pilares más fuertes de su persistencia. Asimismo, el empoderamiento económico de las mujeres y la educación de las niñas son factores correlacionados con la disminución de la prevalencia; una mujer con mayor nivel educativo tiene menos probabilidades de someter a sus hijas al procedimiento, rompiendo el ciclo intergeneracional.

Finalmente, el uso de **ritos de paso alternativos** ha surgido como una solución creativa en algunas regiones. Estos ritos conservan los elementos culturales positivos, como las enseñanzas sobre la vida adulta, la historia familiar y la celebración comunitaria, pero eliminan el componente del "corte" físico. Al preservar la identidad cultural sin comprometer la integridad física, estas alternativas ofrecen un camino hacia la modernización de las tradiciones que respeta la dignidad

de la mujer. La cooperación global y la financiación sostenida de estos programas locales son fundamentales para alcanzar la meta de erradicación total para el año 2030.

## 10. Lectura Adicional y Fuentes

**Organización Mundial de la Salud (OMS):** [Ficha técnica sobre la mutilación genital femenina.](#)

**UNICEF:** [Estadísticas globales y monitoreo de la MGF.](#)

**Naciones Unidas (UNFPA):** [Programa conjunto para la eliminación de la MGF.](#)

**Amnistía Internacional:** [Derechos humanos y prácticas tradicionales perjudiciales.](#)

**Journal of Medical Ethics:** [Debates sobre la medicalización y ética en la circuncisión femenina.](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM