

clitoridectomía – clitoridectomy

Authored by
memjavad

November 16, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *clitoridectomía – clitoridectomy*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=4802>

Clitoridectomía

Primary Disciplinary Field(s): Medicina, Antropología, Derechos Humanos, Salud Pública.

1. Definición Central

La **clitoridectomía** se refiere, en su sentido más estricto y etimológico, a la escisión quirúrgica total o parcial del clítoris. Sin embargo, en el contexto de la salud pública global y los derechos humanos, este término se utiliza a menudo como sinónimo o dentro del marco de la **Mutilación Genital Femenina (MGF)**, definida por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) como "todo procedimiento que suponga la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos". La clitoridectomía representa la forma más común de MGF (Tipo I según la clasificación de la OMS), aunque la práctica abarca un espectro de procedimientos mucho más amplio y dañino. Es crucial entender que, independientemente de la terminología específica utilizada, estos actos constituyen una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y niñas y son reconocidos internacionalmente como una forma de violencia de género.

Este procedimiento no posee ninguna justificación médica legítima; por el contrario, conlleva riesgos devastadores para la salud física, psicológica y sexual de la víctima. La práctica se realiza tradicionalmente en niñas, desde la infancia hasta la adolescencia, y es llevada a cabo por practicantes tradicionales o, en algunos casos preocupantes, por personal sanitario (un fenómeno conocido como medicalización de la MGF). La naturaleza invasiva y el entorno a menudo insalubre y no estéril en el que se realiza la clitoridectomía incrementan drásticamente las posibilidades de infección, hemorragia, choque y complicaciones a largo plazo, consolidándola como una práctica inherentemente peligrosa y perjudicial que causa dolor insoportable y trauma duradero.

La distinción entre la clitoridectomía como acto quirúrgico específico y el concepto más amplio de MGF es fundamental para el análisis académico y la intervención. Si bien la clitoridectomía (Tipo I) se centra específicamente en la extirpación del clítoris, la mayoría de las intervenciones tradicionales combinan la escisión del clítoris con la extirpación de los labios menores y, en el caso más extremo (Tipo III o infibulación), con el estrechamiento del orificio vaginal. Por lo tanto, aunque el término se centra en un órgano específico, su estudio académico y su abordaje sociopolítico deben enmarcarse en la complejidad de la MGF como fenómeno cultural, de control social y de violencia estructural contra las mujeres.

2. Etimología y Contexto Histórico

El término **clitoridectomía** deriva del griego: *kleitoris* (clítoris) y *ektom?* (extirpación o corte).

Históricamente, el procedimiento ha tenido dos trayectorias principales que, aunque distintas en motivación, reflejan un patrón de control sobre la autonomía corporal femenina. La primera trayectoria, y la más persistente en el tiempo, es la práctica ritualizada y tradicional asociada a diversas culturas en África, Asia y Oriente Medio. En estos contextos, la práctica funciona históricamente como un rito de paso, un mecanismo de control social de la sexualidad femenina o un imperativo de pureza y limpieza, aunque ninguna religión mayoritaria lo exige explícitamente.

La segunda trayectoria histórica se encuentra en la medicina occidental de los siglos XIX y principios del XX. Durante esta época, la clitoridectomía fue defendida por ciertos médicos, notablemente el ginecólogo británico Isaac Baker Brown, como un tratamiento quirúrgico para supuestas "enfermedades femeninas" o trastornos morales y nerviosos. Entre las afecciones que se pretendía "curar" se encontraban la histeria, la ninfomanía, la epilepsia, y la masturbación, la cual era vista como una patología moral que amenazaba la salud física y mental de la mujer. Esta práctica pseudocientífica reflejaba una profunda misoginia y un intento de medicalizar y controlar la sexualidad femenina que era percibida como inherentemente peligrosa o excesiva si no estaba estrictamente orientada a la reproducción.

La clitoridectomía terapéutica occidental fue ampliamente desacreditada y abandonada a principios del siglo XX, debido a la falta de evidencia científica y a la creciente oposición ética. Sin embargo, la práctica tradicional continuó en muchas regiones del mundo, a menudo en secreto. El resurgimiento de la conciencia global sobre esta práctica ocurrió principalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, impulsado por el activismo feminista y las organizaciones de derechos humanos, quienes comenzaron a documentar y condenar la práctica tradicional. Este proceso llevó a la adopción del término más amplio y condenatorio de **Mutilación Genital Femenina**, con el objetivo de diferenciar categóricamente los procedimientos tradicionales de cualquier práctica médica aceptable y enfatizar la naturaleza violenta, no consensual y perjudicial del acto.

3. Tipos y Clasificaciones de la Mutilación Genital Femenina

Para estandarizar la documentación, facilitar la investigación epidemiológica y orientar los esfuerzos de intervención, la OMS, en colaboración con otras agencias de las [Naciones Unidas](#), ha clasificado la MGF en cuatro tipos principales, siendo la clitoridectomía el punto de partida de esta taxonomía.

Tipo I (Clitoridectomía): Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris (el prepucio y/o el glándula). Este tipo es la forma menos invasiva, pero aún así conlleva riesgos significativos y la pérdida de tejido nervioso esencial para la función sexual. Se subdivide en Tipo Ia (escisión del capuchón clitoridiano) y Tipo Ib (escisión total del clítoris).

Tipo II (Escisión): Implica la extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin

extirpación de los labios mayores. Esta forma es significativamente más prevalente que el Tipo I en muchas regiones endémicas y resulta en una pérdida sustancial de tejido genital, afectando gravemente la función urinaria y sexual.

Tipo III (Infibulación): Conocida como el tipo más grave, consiste en el estrechamiento del orificio vaginal (introitus) mediante la creación de un sello de cierre, cortando y reposicionando los labios menores o mayores. Esto se realiza con o sin extirpación del clítoris. Se deja un pequeño orificio para el paso de la orina y el flujo menstrual. La infibulación requiere procedimientos quirúrgicos posteriores (desinfibulación) para permitir el coito y, crucialmente, para el parto, aumentando exponencialmente los riesgos de salud materna y fetal.

Tipo IV (Otros): Incluye todos los demás procedimientos dañinos a los genitales femeninos con fines no médicos, como la punción, la perforación, la incisión, el raspado o la cauterización de la zona genital. Este tipo abarca prácticas menos comunes pero igualmente perjudiciales y traumáticas, reflejando la diversidad de métodos utilizados para alterar la anatomía femenina.

La prevalencia y la elección del tipo de MGF varían dramáticamente por región geográfica, grupo étnico y nivel de urbanización. Por ejemplo, en países del Cuerno de África, como Sudán o Somalia, la infibulación (Tipo III) ha sido históricamente la forma dominante, mientras que en otros países de África Occidental, el Tipo I y II son más frecuentes. La correcta identificación y clasificación de estas prácticas es crucial no solo para la documentación epidemiológica precisa, sino también para planificar la atención médica, la rehabilitación psicológica y las estrategias de prevención que deben ser adaptadas a las formas específicas de daño perpetrado.

4. Justificaciones Socioculturales y Antropológicas

La persistencia de la clitoridectomía y la MGF en más de 30 países de África, Asia y Oriente Medio no se basa en un mandato religioso universal, sino en complejas estructuras sociales, antropológicas y de género. Estas prácticas están profundamente arraigadas en la identidad comunitaria y sirven a múltiples propósitos simbólicos y prácticos dentro de los sistemas patriarcales que buscan regular el cuerpo femenino.

Una justificación central es el **control de la sexualidad femenina** y la gestión de la pureza. Se cree que la extirpación del clítoris reduce la libido o la capacidad de placer sexual de la mujer, asegurando así su virginidad prematrimonial y su fidelidad conyugal, elementos cruciales para el honor familiar y la reputación social. En muchas culturas, los genitales externos femeninos son percibidos como "sucios" o "masculinos", y su remoción es vista como un acto de "limpieza" que feminiza a la niña y la prepara para la maternidad y el rol de esposa. La MGF transforma a la niña en una mujer aceptable socialmente, garantizando su valor matrimonial y la honra de su linaje, mientras que las mujeres no mutiladas pueden ser estigmatizadas, consideradas impuras o excluidas del mercado matrimonial.

Además, la práctica se entiende a menudo como un rito de iniciación necesario para la transición de la niñez a la edad adulta y un símbolo de pertenencia al grupo. Simboliza la incorporación de la niña a las normas culturales y el conocimiento de los roles de género esperados. La presión social para conformarse es inmensa; si una madre no somete a su hija a la clitoridectomía, tanto ella como su hija enfrentan el ostracismo, la burla y la exclusión de redes sociales vitales. Por lo tanto, la MGF no es solo un acto individual, sino un poderoso mecanismo de cohesión social que perpetúa la subordinación femenina bajo el disfraz de la tradición y la identidad cultural. Estos factores de pertenencia y presión comunitaria dificultan enormemente los esfuerzos de erradicación, ya que desafiar la práctica equivale, en la mentalidad comunitaria, a desafiar la estructura misma de la sociedad.

5. Consecuencias para la Salud Física y Mental

Las consecuencias médicas de la clitoridectomía y la MGF son inmediatas y crónicas, afectando profundamente la salud y la calidad de vida de las supervivientes. Los efectos inmediatos incluyen **dolor insoportable**, hemorragia grave (que puede llevar a la muerte por choque hipovolémico), infecciones agudas, tétanos, retención urinaria, dificultad para cicatrizar y lesiones en los tejidos adyacentes, incluyendo la uretra o el recto. La falta de asepsia en el entorno tradicional, donde a menudo se utilizan instrumentos no esterilizados y se carece de anestesia, es un factor agravante crítico que aumenta la morbilidad y la mortalidad.

Los efectos a largo plazo son debilitantes y crónicos. Físicamente, las supervivientes a menudo padecen infecciones del tracto urinario recurrentes, infecciones vaginales y pélvicas crónicas, dispareunia (dolor crónico durante el coito), formación de cicatrices queloides y neuromas, quistes y abscesos. Los problemas menstruales son comunes debido a la obstrucción del flujo, especialmente en casos de infibulación. Las complicaciones obstétricas son particularmente graves: la MGF aumenta significativamente el riesgo de cesárea, hemorragia posparto, fístulas obstétricas, partos prolongados y obstructivos, y un mayor riesgo de muerte perinatal y neonatal para el bebé. Estas secuelas físicas requieren atención médica especializada de por vida.

A nivel psicológico y sexual, el impacto es igualmente devastador. La clitoridectomía implica la pérdida de la sensibilidad y la función orgásmica, lo cual, sumado al dolor crónico y la ansiedad asociada a la penetración, conduce a disfunciones sexuales profundas y a menudo a la aversión sexual. Muchas supervivientes sufren de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**, ansiedad, depresión y trastornos de la imagen corporal relacionados con el trauma y la alteración permanente de su anatomía. El trauma psicológico se ve exacerbado por el hecho de que el procedimiento es generalmente impuesto por miembros de la propia familia o comunidad (madres, abuelas, tías), minando la confianza fundamental y la seguridad personal desde la infancia, lo que requiere apoyo psicosocial especializado.

6. Estatus Legal, Ético y de Derechos Humanos

Desde una perspectiva ética y legal internacional, la clitoridectomía y todas las formas de MGF son universalmente condenadas por ser una práctica de violencia extrema. Las agencias de la ONU, incluyendo la [UNICEF](#) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la consideran una forma de violencia contra las mujeres y una violación de los derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud, a la integridad física, a la no discriminación y a no ser sometido a torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. La práctica contraviene múltiples tratados internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

La comunidad internacional ha abogado por la criminalización de la MGF. Muchos países con poblaciones migrantes de regiones endémicas han promulgado leyes que prohíben la práctica y castigan severamente a quienes la realizan o facilitan, incluyendo la aplicación de jurisdicción extraterritorial para proteger a sus ciudadanos de ser llevados al extranjero para el procedimiento. En los países endémicos, la legislación varía; si bien la mayoría ha prohibido formalmente la MGF (como Kenia, Nigeria o Senegal), la aplicación de la ley a menudo se ve obstaculizada por la aceptación social, la clandestinidad de la práctica y la debilidad institucional.

El debate ético se centra en la tensión irresoluble entre el respeto a las tradiciones culturales y la obligación universal de proteger los derechos humanos y la integridad corporal, especialmente de las niñas. El consenso académico y de derechos humanos es firme: la cultura no puede servir como justificación para infligir daño irreparable, dolor y trauma a un grupo vulnerable que carece de la capacidad de dar consentimiento informado. La MGF es reconocida como una manifestación de la desigualdad de género profundamente arraigada, que debe abordarse mediante la educación, el empoderamiento femenino y el cambio de normas sociales, además de la aplicación rigurosa de marcos legales protectores.

7. Estrategias de Intervención y Prevención

La erradicación efectiva de la clitoridectomía y la MGF requiere un enfoque multisectorial que vaya más allá de la mera prohibición legal. Las estrategias de intervención exitosas se centran en el cambio social impulsado por la comunidad y en el empoderamiento de las mujeres y niñas.

Una estrategia clave es la **Educación y Sensibilización**. Los programas deben dirigirse a líderes comunitarios, religiosos y tradicionales, así como a hombres y niños, para que entiendan las consecuencias negativas de la MGF y se conviertan en agentes de cambio. El enfoque no debe ser condenatorio o punitivo, sino promover la salud, la autonomía y los derechos humanos de las mujeres. La educación debe incluir la difusión de información médica precisa sobre la anatomía femenina y los riesgos asociados al procedimiento, desmitificando las creencias erróneas sobre la "limpieza", la "pureza" o la mejora de la fertilidad que se asocian falsamente a la práctica.

El **Abandono Colectivo** es el modelo de intervención más eficaz, promovido por organizaciones como [UNFPA](#) y [UNICEF](#). En lugar de centrarse en familias individuales, este enfoque trabaja para que comunidades enteras o redes sociales amplias decidan abandonar la práctica simultáneamente, a través de diálogos facilitados y decisiones públicas. Esto reduce el riesgo de estigmatización que enfrentaría una familia que abandona la tradición por sí sola. Las "Declaraciones Públicas de Abandono" y las ceremonias alternativas de iniciación que retienen el valor cultural y social del rito sin infligir daño físico han demostrado ser herramientas poderosas para facilitar la transición social y mantener la cohesión comunitaria sin recurrir a la violencia. Finalmente, es crucial fortalecer los sistemas de salud para proporcionar atención integral, incluyendo la cirugía reconstructiva (desinfibulación y clitoroplastia, cuando sea posible) y el apoyo psicológico a las supervivientes, reconociendo sus necesidades crónicas.

8. Lecturas Adicionales

Los siguientes recursos ofrecen información detallada y autorizada sobre la clitoridectomía y la Mutilación Genital Femenina:

[Organización Mundial de la Salud \(OMS\) - Mutilación Genital Femenina](#)

[UNICEF - Mutilación Genital Femenina \(MGF\)](#)

[Fondo de Población de las Naciones Unidas \(UNFPA\) - Mutilación Genital Femenina](#)

[Wikipedia - Mutilación Genital Femenina](#)