

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA MANUAL PARA PROFESIONALES



 Grupo Interdisciplinar
para la Prevención
y el Estudio de las Prácticas
Tradicionalmente Perjudiciales

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

 WassuKafo
GAMBIA

 Obra Social
Fundación "la Caixa"

 Arabako Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Alava

Este proyecto ha recibido una Cátedra de Transferencia
Parc de Recerca UAB - Santander

 CSIC
IRTA
UAB

 Parc de Recerca
UAB

 Santander

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)
Manual para profesionales

ÍNDICE

Presentación	7
Prefacio	11
1. Marco teórico de la MGF	17
1.1. Concepto, tipologías, prevalencia y geografía	17
1.2. Marco antropológico de la MGF	23
2. El rol de las y los profesionales en la atención y prevención de la MGF	29
2.1. Claves para entender el dilema de las familias	29
2.2. El trabajo en prevención y atención de las MGF	32
2.3. Un rol profesional basado en la relación de ayuda	37
2.4. El compromiso preventivo como herramienta de apoyo a las familias	47
3. Intervenciones desde los servicios de salud	51
3.1. Pediatría. Atención en la edad pediátrica.	56
3.2. Medicina y enfermería familiar y comunitaria	65
3.3. Salud sexual y reproductiva	68
4. Intervenciones desde los servicios sociales	79
4.1. Abordaje social	80
4.2. Intervención psicológica en niñas, madres y familias	84
5. Intervenciones desde el medio escolar	87
5.1. El papel de la escuela en la prevención de MGF	87
5.2. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias	89

6. Marco jurídico	93
6.1. Normativa internacional marco para España	93
6.2. Marco jurídico español relativo a la MGF	94
6.3. Respecto a las leyes	97

Bibliografía	99
---------------------------	----

Anexos	
Compromiso preventivo	106
Ficha de control de casos	108
Declaración de Barcelona	110
Declaración de Brufut	111
Declaración de Nairobi	114

P

Este manual ha sido desarrollado para facilitar la comprensión, la atención y la prevención de la mutilación genital femenina (MGF), una práctica ancestral de fuerte arraigo en 28 países del África subsahariana. Con la diáspora africana, la MGF se ha extendido a países como España, donde se configura también como un reto para la preservación de la salud y los derechos de niñas y mujeres.

Conocer las raíces de la MGF, el contexto en el que se producen y las consecuencias en la calidad de vida se convierte en una necesidad para los/las profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales, para que puedan integrar en su trabajo diario, como referentes de primera línea, un abordaje respetuoso y pertinente.

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas, se ha pronunciado contra las MGF por tratarse de prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas. Al amparo de estas directivas, la mayoría de países occidentales, y algunos gobiernos africanos, han aprobado en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas. Estas iniciativas legislativas crean el marco desde el que poder trabajar, pero por sí solas no han conseguido el impacto esperado, tal y como demuestran los estudios de prevalencia de la MGF realizados sobre el terreno, tanto en Europa como en África.

El desarrollo legislativo es un primer paso en la lucha contra las MGF, pero no hay que olvidar que las estrategias planteadas para su erradicación comportan fundamentalmente una transformación social, religiosa y cultural más amplia, que necesariamente debe ir a las propias raíces culturales y a las relaciones de género.

El objetivo del presente Manual es ofrecer una revisión multidisciplinar de la situación de las MGF, su significación antropológica, sus implicaciones asistenciales, legales y preventivas, desde un abordaje analítico, propositivo y prospectivo, de manera que sea una herramienta útil para los y las profesionales en contacto con la población en riesgo.

A través de este nuevo recurso educativo, el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP), de la Universitat Autònoma de Barcelona, continúa su contribución histórica a la formación de profesionales sociosanitarios y educativos. Esta transferencia del conocimiento, creado de forma interdisciplinar, facilitará que los/las profesionales en contacto con la población en riesgo, puedan tomar un papel activo en la prevención y promoción del abandono de la práctica. Mediante las sinergias surgidas desde las comunidades de inmigrantes como generadores de opinión y modelos de referencia en sus países de origen, podrán llegar a influir también en las posiciones hacia la MGF en África.

El manual para profesionales contiene seis capítulos sobre el tratamiento de la MGF en España, introducidos por un panorama general de la MGF en el mundo a cargo de Berhane Ras Work, fundadora del Comité Interafricano sobre Prácticas que Afectan a la Salud de Niños y Mujeres (CIAF/IAC), pioneros de las movilizaciones contra esta práctica. Los primeros dos capítulos se dirigen a todos los profesionales implicados en la atención y prevención de la MGF, mientras que en el tercero, cuarto y quinto se ofrecen propuestas de abordaje específico según los ámbitos de actuación: salud (pediatría, medicina y enfermería de familia y comunitaria, salud sexual y reproductiva), servicios sociales y escuela. Por último, el capítulo sexto proporciona información sobre el marco jurídico para la atención y prevención de la MGF en España. El volumen se completa con una amplia bibliografía donde profundizar en los diferentes aspectos y un apartado de anexos con documentos de apoyo.

El presente Manual para Profesionales sobre Atención y Prevención de la MGF¹ viene a completar y actualizar los aportes de las dos guías anteriores publicadas en Cataluña: *Guía para Profesionales* (Asociació Catalana de Llevadores, 2004) y *Mutilació genital femenina: Prevenció i atenció* (Institut Català de la Salut, 2006).

¹ Se publica en el contexto del "Observatorio Transnacional de Investigación Aplicada a Nuevas Estrategias para la Prevención de la MGF. Un enfoque circular Gambia-España. La iniciación sin mutilación", desarrollado por la ONG Wassu Gambia Kafo y GIPE-PTP de la UAB, con el respaldo del Gobierno de Gambia, y el apoyo financiero de la Obra Social de Fundación "la Caixa" y la Diputación Foral de Álava (Ver página: 103).

Con base en la investigación aplicada continua, se ha intentado avanzar hacia una mayor multidisciplinariedad en el abordaje del tema, ampliando los aspectos sociales y culturales con un enfoque holístico que considera al individuo, la familia y la comunidad. Para ello, se ha recurrido a profesionales e investigadores de ciencias de la salud (medicina de familia, enfermería, pediatría, ginecología, psicología, salud pública), de ciencias sociales, humanas y de la educación (antropología, trabajo social, mediación, pedagogía, psicología, magisterio, educación social, derecho).

Esperamos que constituya una herramienta útil para reforzar el enfoque preventivo de la MGF, considerada no como un problema puntual de salud, sino como un asunto comunitario donde los profesionales en contacto con las familias africanas tienen un rol fundamental.

Adriana Kaplan Marcusán

Investigadora principal

Directora de la Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento

Parc de Recerca UAB – Santander

Dpto. Antropología Social y Cultural

Universitat Autònoma de Barcelona

P

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, justificadas por valores y creencias que las perpetúan. La quema de la novia, el infanticidio femenino, las violaciones, las mutilaciones genitales femeninas, los asesinatos de honor, el matrimonio precoz y/o forzado son algunas de las principales.

La mutilación genital femenina (MGF) amenaza a tres millones de niñas cada año y se estima que más de 130 millones de mujeres han sido mutiladas en el mundo. La gran mayoría vive en 28 países de África, en un amplio arco geográfico que va desde Senegal, en el oeste, hasta Somalia, al este. Los datos más fiables y extensos acerca de su prevalencia y características son las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples de UNICEF (MICS).

Para una adecuada valoración de los esfuerzos y logros registrados en la lucha por erradicar esta práctica ancestral, debe tenerse presente la complejidad del problema y del entorno tradicional en el que se desarrolla.

La edad y el momento en que se practica la MGF difieren de comunidad en comunidad. Suele asociarse a la llegada de la pubertad, pero en algunos casos se realiza en recién nacidas, otras veces durante el embarazo o incluso tras el nacimiento del primer hijo. Una de las tendencias actuales es la progresiva disminución en la edad de la práctica, como estrategia para evadir la legislación prohibitiva cuando existe; por lo mismo, pasan a realizarse de forma secreta en lugar de ser un acontecimiento público.

La MGF es una práctica altamente valorada en los lugares en que persiste; se considera una actividad normal y tiene el consentimiento de la comunidad e incluso el de las familias de las niñas. En algunas sociedades tradicionales, forma parte de las ceremonias de iniciación -que pueden ir desde la infancia hasta la vida adulta- y que constituyen parte de la educación necesaria para llevar a cabo las obligaciones como esposa y mujer.

Realizada con el propósito de controlar la sexualidad de las mujeres, la MGF no es percibida como maltrato infantil en el ideario de la comunidad. Las madres y las abuelas insisten en la mutilación de sus hijas y nietas para prepararlas para su elegibilidad en matrimonio, la única garantía de estatus social; asumen este rito de paso desde el amor y la preocupación por el futuro de sus niñas. Por otra parte, el proceso de socialización infantil que moldea las actitudes de las niñas, 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 sus respectivas sociedades. En un entorno donde las tradiciones pesan de forma sustancial en la vida de cada individuo y donde la interdependencia es básica para la supervivencia, salir de este patrón supone todo un reto para las familias.

A nivel internacional, por el contrario, la mutilación genital femenina está reconocida como una violación de los derechos humanos. Muchos países han desarrollado políticas y legislaciones para prohibirla, y existen además instrumentos legales a nivel internacional y regional. Un ejemplo de ellos es el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África (Maputo, Julio 2003), o la Solemne Declaración de Igualdad de Géneros en África, de julio de 2004.

En los últimos veinte años, ha habido una creciente conciencia mundial sobre los efectos nocivos de la MGF y se continúan intensificando las campañas orientadas a la eliminación de esta práctica. En África, las organizaciones no gubernamentales, agencias de las Naciones Unidas y algunos gobiernos están comprometidos en la lucha para liberar a las mujeres de la MGF. En general, se puede afirmar que existe un cambio paradigmático en la opinión pública, desde la negación del problema, pasando por el reconocimiento del daño que causa la práctica de MGF, hasta la condena de la misma.

Desde 1984, el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niños (IAC) ha estado implementando programas de educación, información, formación, promoción y apoyo regional en los 28 países de África donde tiene filiales, y a nivel internacional en colaboración con otras organizaciones. Se promueve un enfoque holístico, inclusivo y de base comunitaria en el tratamiento de la MGF, respaldado por la legislación pero con un rostro humano.

En el enfoque **holístico**, las intervenciones tienen en cuenta los aspectos socio-económicos y culturales en los que las mujeres viven e interactúan. El marco patriarcal y los valores que prevalecen entre hombres y mujeres son analizados con el fin de diseñar programas para que puedan ser implementados y sean efectivos.

Desde el enfoque de **inclusión** se asume que si bien el hecho de dar mayor capacidad de poder tomar decisiones a las mujeres es un objetivo del Comité Inter-Africano a largo plazo, los hombres también se incluyen en las campañas con el propósito de evitar conflictos de intereses y para no alterar la armonía social. Uno de los objetivos de las campañas es que lleguen a todos los hombres y mujeres de cualquier edad y condición social.

A través del enfoque que tiene en cuenta **las bases de la comunidad**, el énfasis se localiza en la movilización popular con el fin de producir el cambio de actitud deseado y al mismo tiempo una gradual concienciación sobre lo perjudicial de la práctica. La campaña también llega a los responsables y líderes de opinión para obtener apoyos religiosos y legales.

De este modo, se trabaja con jóvenes, mujeres, legisladores, organismos legales, líderes religiosos y comunitarios, gobernantes tradicionales, profesionales de los medios de comunicación, así como con las personas históricamente a cargo de ejecutar la MGF. Como parte de la estrategia para estimular el cambio de actitud, el IAC, participante en el Diálogo Iniciación sin Mutilación celebrado en el Foro Mundial de las Mujeres alienta la parte positiva de la ceremonia de iniciación en que suele tener lugar la MGF: transmitir la educación pertinente para una adecuada interacción social, la educación sexual y la que concierne a las labores domésticas. Al mismo tiempo, se desalienta totalmente la parte de la mutilación.

Además de conseguir que 16 países africanos legislaran en contra de la MGF el trabajo desde África ha fructificado también en la inclusión en los Derechos de la Mujer de un apartado sobre las prácticas tradicionales perjudiciales en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (julio de 2003, Maputo, Mozambique). Con anterioridad, se había trabajado también en la defensa del reconocimiento de la MGF como una violación de los derechos humanos de la infancia (artículo 24.3, declaración de Viena, 1993) y como una forma de violencia contra las mujeres (Plataforma de Acción de Pequín, 1995). Más recientemente, promovido por el IAC, se ha instaurado el 6 de febrero como el Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF, adoptado por la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos de UNFPA y UNICEF.

En cuanto al posicionamiento de los líderes religiosos, se han favorecido discusiones abiertas y condenatorias de la MGF en diversos encuentros en todo el continente: Simposio Regional 2000 para líderes religiosos y personal médico; en el año 1998 en Banjul, Gambia; en el 2000 en Arusha, Tanzania; en 2005 en El Cairo y Ouagadougou, y en 2007 en Abidjan. También en los Foros Regionales de la Juventud en Addis Abeba en los años 2000 y 2006, y recientemente en la Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales, 2009, en Brufut, Gambia. En 2007, el IAC lidera la creación de una Red Africana de Líderes Religiosos en Contra de la Mutilación Genital Femenina y para su Desarrollo (Abidjan, Costa de Marfil).

Se han logrado, a su vez, renunciadas públicas a la práctica por parte de comunidades y pueblos, con deposición de utensilios por cientos de practicantes de MGF en países como Burkina Faso, Djibouti, Etiopía (en el distrito de Gewane en el año 2007), en Gambia (en mayo de 2007), en Guinea Conacry, Nigeria, Mali, Sierra Leona, Egipto (Khalil y Ashanti) y en Ghana (la comunidad Banda del distrito de Tian).

En otros lugares, como Kenia y Tanzania, se han proyectado y puesto en práctica rituales alternativos con ceremonias que excluyen la mutilación.

El compromiso por parte de los gobiernos, paralelamente a la educación y la sensibilización frente a las prácticas tradicionales dañinas, es clave para asegurar la sostenibilidad y la difusión de estas campañas a un público más amplio.

La solidaridad internacional, basada en el respeto mutuo y la transparencia, puede potenciar los esfuerzos en todos los frentes para la erradicación de las prácticas tradicionales perjudiciales, al tiempo que se promueve la agenda de igualdad. En este sentido, el IAC, participante en el Diálogo Iniciación sin Mutilación celebrado en el Foro Mundial de las Mujeres apoya plenamente la declaración de Barcelona sobre la MGF, aprobada el 31 de julio 2004,² donde se rechaza como prácticas discriminatorias el tratamiento basado en el aislamiento y revisión de genitales de las niñas africanas cada seis meses, reteniendo pasaportes y prohibiendo a los padres viajar con sus hijas.

La educación de los/las trabajadores sociales y sanitarios, la orientación a los padres/madres y a los/las agentes de la aplicación de la ley pueden ser herramientas más eficaces para atender y prevenir la MGF sobre todo si se basan en resultados de investigación. Los/las participantes africanos y europeos de la Conferencia Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales, celebrada en Gambia del 5 al 7 de

² Ver, en anexos, declaración de Barcelona.

mayo de 2009, reconocen en su declaración final³ la dimensión global que el problema de la MGF alcanza con la diáspora africana, y la necesidad de producir conocimiento científico para la formulación y aplicación de políticas de abandono de la práctica.

Existe, en la actualidad, una alentadora tendencia a abandonar la MGF entre las generaciones más jóvenes; por lo tanto se deberían hacer esfuerzos para involucrar todavía más a los jóvenes en las campañas de prevención.

También es indispensable construir vínculos entre las organizaciones en África y las que trabajan con inmigrantes africanos en el resto del mundo, con el fin de fomentar la colaboración y las acciones conjuntas. Las experiencias pueden compartirse, así como los materiales y los hallazgos de investigación. Las niñas pueden ser protegidas por organizaciones que trabajan en contra de la MGF en sus países de origen, y los padres podrían ser informados sobre los cambios que se producen en sus comunidades. Con una estrategia común bien definida y con acción, la tolerancia cero puede ser lograda en África, así como en los países donde las migrantes viven.

En este esfuerzo común por erradicar la práctica de la MGF, el papel de las/los trabajadores de la salud es fundamental. Este grupo puede desempeñar un papel decisivo en las comunidades, como las parteras tradicionales, enfermeros, matronas y médicos. Su conocimiento acerca de la relación entre prácticas tradicionales perjudiciales y la salud, junto con el respeto y la confianza que se han ganado por parte de la población, les otorga potencial para transformarse en agentes eficaces de cambio. En esta línea se está avanzando en África, como lo testimonia la reciente declaración de Nairobi (2009).⁴

Por todo lo expuesto, apoyamos plenamente el trabajo llevado adelante por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE PTP), aportando conocimiento, formación y propuestas metodológicas para la prevención de la MGF en África y Europa. Asimismo, le damos la bienvenida a este Manual para Profesionales sociosanitarios y educativos.

Berhane Ras Work

Directora ejecutiva

Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niños (IAC)

³ Ver, en anexos, declaración de Brufut.

⁴ Ver, en anexos, declaración de Nairobi.

1.1 CONCEPTO, TIPOLOGÍAS, PREVALENCIAS Y GEOGRAFÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos, que de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.

Esta agencia de las Naciones Unidas establece, en 1995, cuatro tipos de MGF, que son los que tomaremos como referencia para este manual:

Tipo I. La circuncisión, también llamada clitoridotomía (del griego, «incisión»), implica la eliminación del prepucio clitorídeo, generalmente conservando el clítoris. En la cultura islámica, se conoce como «*sunna*» (tradicición) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

Tipo II. La escisión, también conocida como clitoridectomía (del griego, «corte»), implica la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores.

Tipo III. La infibulación (o circuncisión faraónica) consiste en el estrechamiento o sellado de la abertura vaginal mediante el corte y recolocación de los labios menores, y a veces también de los labios mayores, con o sin resección del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y sangre menstrual. La infibulación, deriva del latín «*fibula*» (pinza).

Tipo IV. Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital

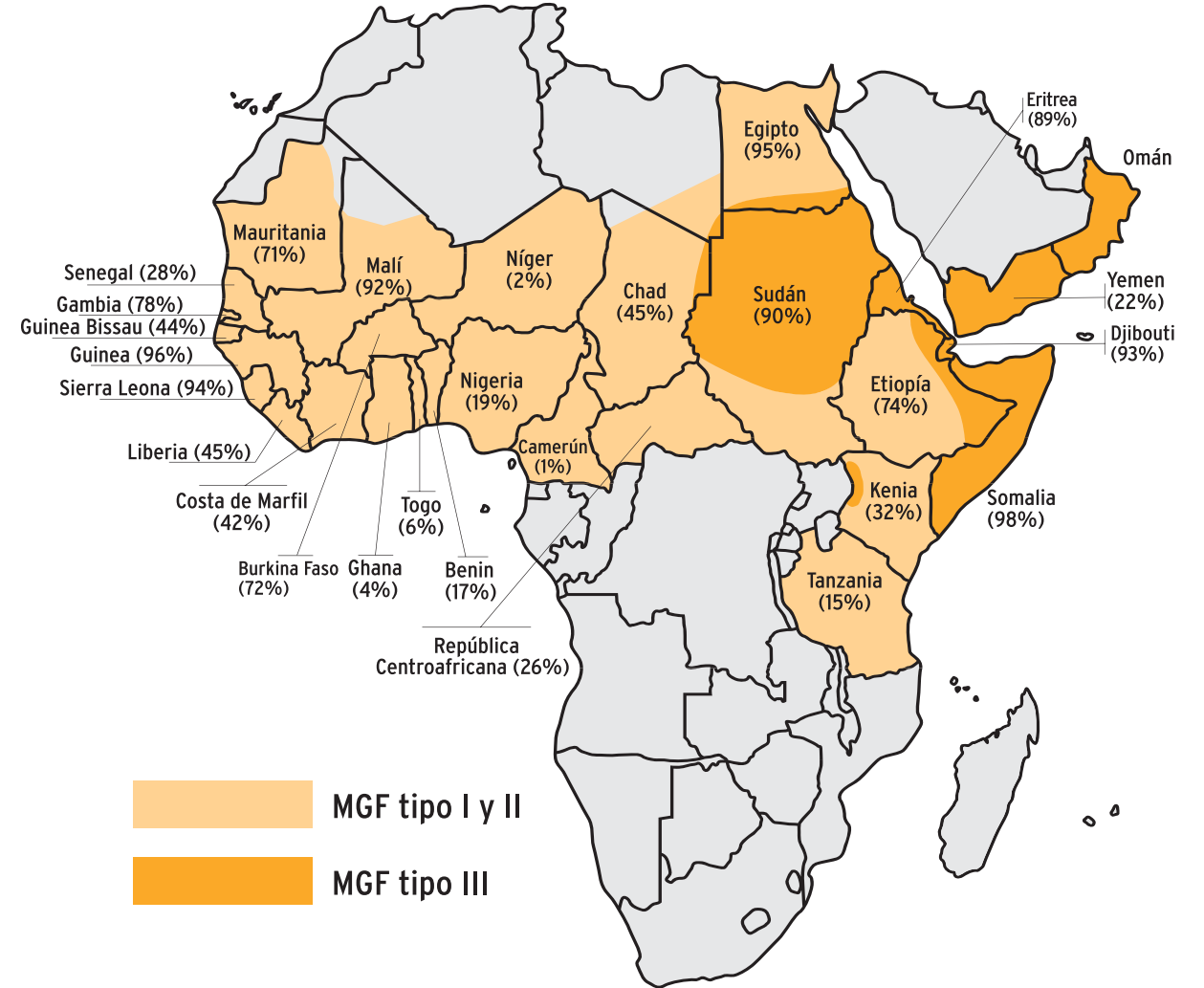
TIPOLOGÍA de la MGF



Existe otra tipología posterior (2007), establecida asimismo por la OMS, que integra algunos matices y subclasificaciones. Dentro del tipo I distingue si se afecta al clítoris o sólo al prepucio del mismo, y dentro del tipo II, si la mutilación afecta al clítoris, a los labios menores o a los labios mayores. En relación al tipo III, enfatiza en el estrechamiento de la abertura vaginal más que en la eliminación de órganos, y propone subdivisiones según si se mutilan los labios menores o mayores en el procedimiento.

La presencia y el peso de la práctica varían según zonas geográficas, configurando mapas específicos de la MGF tanto en África como en Europa. A continuación figuran algunos mapas y tablas que nos ofrecen datos sobre la prevalencia, distribución geográfica, tipología y situación legal de las MGF en el continente africano, así como una aproximación a su prevalencia y distribución geográfica en España.

Distribución geográfica, tipología de la MGF y prevalencia en países africanos



Fuente: GIPE/PTP-UAB: a partir de dato del Demographic & Health Survey 2008

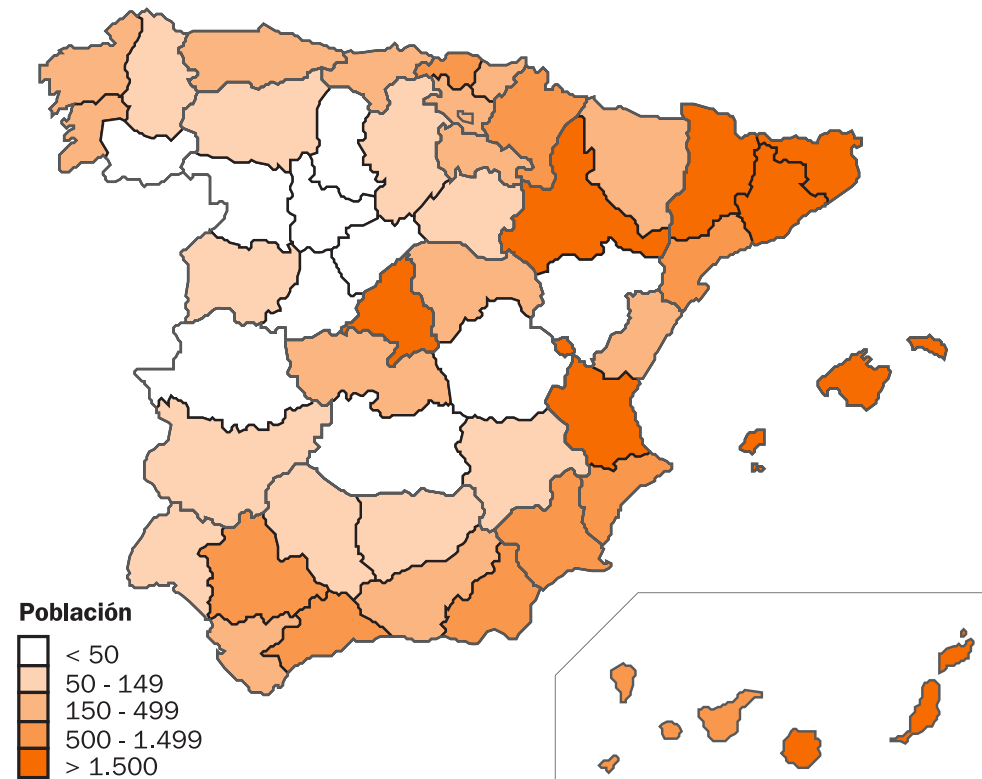
Legislación de la MGF en África

País	Año	Legislación
Benin	2003	Ley específica
Burkina Faso	1996	Ley específica
Camerún		
Republica Centroafricana	1996	Ordenanza equivalente a ley nacional
Chad	2002	Ley específica
Costa de Marfil	1998	Ley específica
Djibouti	1995	Artículo específico en Código Penal
Republica Democrática del Congo		
Egipto	1996	Orden ministerial
Eritrea	2007	
Etiopía	1994	Artículo específico en la Constitución
Gambia		
Ghana	1994	Artículo específico en la Constitución
Guinea	2006	
Guinea Bissau		
Kenia	2001	Artículo específico en la Ley de protección de la infancia
Liberia		
Malí	2002	
Mauritania	2005	
Níger	2003	Artículo específico en Código Penal
Nigeria	2000	No a nivel nacional pero múltiples estados han legislado
Senegal	1999	Artículo específico en Código Penal
Sierra Leona		
Somalia		
Sudán (norte)	2003	Artículo específico en Código Penal
Republica Unificada de Tanzania	1998	Artículo específico en Código Penal
Togo	1998	Ley específica
Uganda		
Yemen		

Fuente: «A Fifteen year Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in Africa – Main Report 1995-2009», United Nations Economic Commission for Africa (UNECA, The Gambia, 2009).

Con el objetivo de obtener un panorama de la situación en España, se realiza bianualmente un mapa de las MGF (Kaplan A. GIPE/PTP) que, a partir de los datos censales, analiza la presencia de población proveniente de los países donde se mantiene la práctica, su distribución en el territorio y las franjas y las áreas en que ubican.

Distribución territorial en España de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la MGF



Fuente: Kaplan, A. y López, A. (2010). GIPE/PTP-UAB a partir del Padrón de población, 1/1/2008 (INE)

Distribución por comunidades autónomas de mujeres de nacionalidad subsahariana en España

Comunidad Autónoma	Hombres	Diferen. 08-05 Hombres	Mujeres	Diferen. 08-05 Mujeres	Total general	Diferen. 08-05 Total	Relación de masc. 2008	Relación de masc. 2005
Andalucía	17.638	2.938	3.912	631	21.550	3.569	450,9	448,0
Aragón	7.907	1.554	2.469	394	10.376	1.948	320,3	306,2
Asturias (Principado de)	1.231	719	197	53	1.428	772	624,9	355,6
Baleares (islas)	5.928	2.048	1.946	693	7.874	2.741	304,6	309,7
Canarias	7.195	253	3.047	47	10.242	300	236,1	231,4
Cantabria	662	238	214	50	876	288	309,3	258,5
Castilla y León	1.541	393	505	91	2.046	484	305,1	277,3
Castilla-La Mancha	2.886	1.700	644	345	3.530	2.045	448,1	396,7
Cataluña	45.128	11.968	12.989	2.914	58.117	14.882	347,4	329,1
Ceuta y Melilla	9	-3	5	-1	14	-4	180,0	200,0
Comunidad Valenciana	13.564	5.178	4.187	1.396	17.751	6.574	324,0	300,5
Extremadura	284	-27	108	-60	392	-87	263,0	185,1
Galicia	2.251	799	501	130	2.752	929	449,3	391,4
Madrid (Comunidad de)	18.544	6.020	6.774	801	25.318	6.821	273,8	209,7
Murcia (Región de)	5.865	2.313	1.002	301	6.867	2.614	585,3	506,7
Navarra (Com. F. de)	1.999	480	758	209	2.757	689	263,7	276,7
País Vasco	4.192	1.605	1.310	532	5.502	2.137	320,0	332,5
Rioja (La)	968	195	322	97	1.290	292	300,6	343,6
Total general	137.792	38.371	40.890	8.623	178.682	46.994	337,0	308,1

Fuente: : Kaplan, A. y López, A. (2010). GIPE/PTP-UAB a partir del Padrón de la población. 1/1/08 (INE)

Este estudio descriptivo puede complementarse con información proveniente de una investigación piloto sobre los planteamientos de las familias ante la MGF con hombres y mujeres subsaharianas (185), contactados en 25 centros de Atención Primaria del Maresme (Cataluña). El 82 % se manifiesta de acuerdo con la práctica de la MGF, a pesar de que el 53 % le reconoce consecuencias para la salud y el 83 % sabe que está prohibida en España. Los motivos para realizar la MGF son explicados de este modo: el 90,3% elige la opción «porque lo dice la tradición», el 85,9 % porque «son costumbres de cada comunidad», 70,8 % «por respeto a la autoridad», 64,3% porque «es un mandato religioso» y el 26,5 % porque «es una obligación para los musulmanes». Por otra parte, el compromiso preventivo de no mutilación que se propone en las intervenciones desde la Atención Primaria es valorado con una aceptación del 53,5 %, y el 57,8 % de los consultados expresa que en su comunidad de origen se aceptaría realizar un ritual alternativo sin mutilación.

1.2 MARCO ANTROPOLÓGICO DE LA MGF

Las MGF, es decir, la clitoridotomía, la ablación/escisión y la infibulación, son prácticas ancestrales extendidas entre muchos pueblos africanos, aunque no exclusivamente, que tienen profundas raíces sociales y culturales. Una de las razones principales aducida por las mujeres que mantienen, reivindican, defienden y ejecutan esta práctica tiene que ver con una cuestión de higiene: una mujer circuncidada es una mujer limpia. A los hombres también se los circuncida por una cuestión de higiene: un hombre circuncidado es un hombre limpio. Una de las diferencias fundamentales que existe entre ambas circuncisiones viene dada por el carácter religioso que estas culturas confieren a cada una de ellas.

La circuncisión masculina aparece como una obligación emanada del Corán y, por lo tanto, tiene carácter preceptivo. Todos los hombres musulmanes están circuncidados, al igual que los judíos, mientras que no todas las mujeres musulmanas lo están. La circuncisión femenina es una *sunna*, es decir, forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio. Es importante resaltar que se trata de una práctica preislámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella, a diferencia de la Biblia, que sí lo hace para los hombres, en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Éxodo, etc.). Lo que en el caso de los hombres corresponde a una obligación del Islam, en las mujeres corresponde a una obligación social, como lo demuestra la infibulación entre las mujeres judías *falashas* de Etiopía o entre las cristianas coptas de Egipto.

Por otra parte, también es necesario precisar que ni en todos los países africanos se practica la MGF, ni todos los grupos étnicos de un mismo país la llevan a cabo, como por ejemplo en Senegal, donde la mayoría de la población es wolof y no la realizan. Sin embargo, en estudios llevados a cabo en Gambia, se ha encontrado que poblaciones que tradicionalmente no practicaban la MGF, al entrar en contacto con otros grupos que sí lo hacen y asentarse territorialmente en sus poblados, han comenzado con estas iniciaciones rituales, como parte de un proceso adaptativo más amplio.

En términos culturales y sociales, la «circuncisión», tanto femenina como masculina, forma parte del rito de paso a la edad adulta. Esto significa que este ritual es imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos, independientemente de que se hable de una pubertad social y no fisiológica. Y, como en muchas culturas, está claramente definido y diferenciado el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una «marca» de por vida y simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de cohesión social y pertenencia: la diferencia entre estar dentro o fuera.

Por ello, es fundamental enmarcar la significación del ritual de iniciación en su amplio contexto africano. A partir de la descripción etnográfica de sus contenidos, se abordan los aspectos específicos que conciernen a las mujeres.

Contextualización del rito de iniciación

El kaseo⁵ (iniciación masculina) y el ñyaka (iniciación femenina) significan el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta. La significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases que los componen está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos. Las tres fases del rito son: separación, marginación y agregación.

En la primera, las niñas y los niños son apartados de la comunidad y circuncidados. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte del prepucio o la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.

La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los iniciados. En el caso del corte del prepucio del pene, suele tra-

⁵ Los términos utilizados son en lengua mandinga, mayoritaria en Gambia y ampliamente difundida en Guinea Bissau, Malí (bambara), Sierra Leona (mandé) y en la región de la Casamance, al sur de Senegal.

tarse de dos a tres semanas, mientras que en la escisión del clítoris y/o infibulación se prolonga entre dos y ocho semanas, según el tipo de operación realizada. Es un período de alto riesgo, rodeado de cuidados y normas estrictas que se concretan en tabúes, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo el aprendizaje por parte de las iniciadas, donde les son transmitidas las enseñanzas sobre el mundo adulto y que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.

En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta de «graduación», donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales, y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres. Los niños, por su parte, entran a formar parte del grupo de los hombres.

Los personajes rituales encargados de llevar a cabo la iniciación tienen el mismo rol y reconocimiento en el caso de las mujeres que en el de los hombres, siempre legitimados por los más ancianos de la aldea. Cada uno recibe un nombre y cumple unas funciones específicas. Se señala y describe aquí el rol de la Ngnangsimbah, que significa madre/padre de los iniciados. Se trata de un/a anciano/a que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual; es quien realiza la operación y quien es el responsable del ordenamiento, desarrollo y cumplimiento del ritual. Es una de las personas más respetadas y temidas de la aldea, a quien atribuyen poderes sobrenaturales, es decir, que suele ser kufanungte, cabeza grande, aquella que puede captar la presencia de malos espíritus. Las mujeres que ejecutan esta operación han sido instruidas por sus madres y sus abuelas, y pertenecen al estamento social de los herreros. En las zonas rurales, estas mujeres suelen ser también las comadronas tradicionales que atienden los nacimientos y cuidan de las madres y los recién nacidos durante los primeros días posteriores al parto.

Durante la iniciación, deben pasar seleccionadas pruebas y enseñanzas morales y sociales. Se les transmiten, con firmeza y severidad, las normas de comportamiento respecto a los padres, los mayores, los ancianos y las formas de relación entre los géneros.

Aprenden cómo serenar al prójimo y cuáles serán, a partir del momento en que sean incorporados/as socialmente como individuos adultos, sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad. También se les enseña cuáles deben ser sus relaciones con los demás grupos étnicos, basadas en leyendas que dan cuenta de sus interrelaciones históricas y en el establecimiento de lazos de solidaridad.

Dentro de las enseñanzas hay un importante contenido de lenguaje no verbal que sólo puede ser interpretado por alguien perteneciente al mismo grupo secreto, como los gestos, las danzas y los tambores. Es lo que se llama la diferenciación de los saberes.

Los ritos de iniciación, como hemos visto, no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social, cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos. En Senegal y Gambia, área de procedencia de población migrante africana mayoritaria en España (ver mapa pág. 21), las niñas actualmente son iniciadas cuando tienen entre cuatro y siete años, aunque, dependiendo de la etnia, a algunas se las somete al ritual cuando son más pequeñas, pero siempre antes de la primera menstruación.

El sentimiento de pertenencia al que están ligadas durante el resto de su ciclo vital otorga unas señas de identidad propias, avaladas por unas huellas físicas imborrables, permanentes e inalterables, que llevan de por vida, y por unos aprendizajes propios que caracterizan y diferencian a cada uno de los grupos y que constituyen el primer peldaño en la construcción de su identidad étnica y de género.

La migración, conflicto y oportunidad

Cuando las poblaciones protagonistas de estas lógicas socioculturales migran hacia Europa, la práctica de la MGF aparece rodeada de nuevas complejidades.

- El encuentro con una cultura que no practica la MGF, no necesariamente la conoce y, cuando sí la reconoce, la condena y persigue con instrumentos legales.
- La incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa en España.
- Conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen, donde el poder lo ostentan los ancianos que representan y legitiman la reproducción de la tradición.
- La percepción de que problematizar la MGF no es una prioridad, debido a que sus urgencias son de carácter laboral, residencial, legal, de vivienda, de violencia doméstica, escolar, etc.
- La existencia de una violencia simbólica difundida por los medios de comunicación a través de imágenes y palabras.
- Debate entre estigmatización versus integración, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva, dando lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de sus hijas.

- La presencia del mito del retorno, que incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género.

Con todos estos conflictos, la residencia en un lugar distinto al de origen, donde la presión comunitaria impone prácticas como la MGF, es también una oportunidad de evadirse de ese estricto control social y decidir con más libertad sobre el futuro de sus niñas.

Así, en una lógica circular y transcontinental, las mujeres migrantes se transforman en referentes para las que permanecen en África, con las que siguen en contacto contrastando saberes y experiencias, sobre todo en aspectos de salud sexual y reproductiva.

En general, las mujeres africanas han sido transmisoras de cultura en el seno de la familia, perpetuando o promoviendo el cambio de valores tradicionales, y en el proceso migratorio son las que presentan una mayor disponibilidad a las transformaciones identitarias. La propia tradición de haber ejercido roles preponderantes en la sociedad africana como principal motor de cambio y dinamización de estructuras ancestrales. Como incansables creadoras de estrategias, permite incorporar a estas mujeres como nuevas y activas «actrices» dentro de su propio colectivo y de la sociedad en general.

2

ROL DE LAS Y LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF

Según UNICEF, en todas las sociedades donde se practica la mutilación genital femenina (MGF), ésta es una manifestación de desigualdad basada en el género y está arraigada de manera profunda en estructuras sociales, económicas y políticas.

La obligación de mutilar a las niñas se entiende como una convención social para los padres, que aún a sabiendas de los daños físicos que puede provocar en sus hijas, están de acuerdo con ella. El oponerse a la práctica les acarrearía vergüenza y exclusión social en su entorno. La MGF asegura a las mujeres y niñas un estatus, la posibilidad de casarse, la castidad, la belleza, la salud y la honra de la familia.

Para avanzar en la erradicación de estas prácticas en España, parece necesario, pues, profundizar en la sensibilización, motivación y formación de las y los profesionales implicados. Se trataría, por una parte, de aumentar el conocimiento sobre la situación de la MGF y sobre los planteamientos y visiones de las familias. Y, por otra parte, de profundizar en las intervenciones a desarrollar y en la competencia cultural y las habilidades profesionales necesarias para llevarlas a cabo.

2.1 CLAVES PARA ENTENDER EL DILEMA DE LAS FAMILIAS

EL DIÁLOGO INTERCULTURAL EN LA MGF

Los esfuerzos realizados en torno a la mutilación genital femenina para construir una fundamentación teórico-conceptual y unas pautas para un abordaje adecuado en el ámbito social, de la salud y de la edu-

cación deben ir acompañados por un enfoque profesional que ponga en primer lugar la naturaleza de la relación entre las personas directamente implicadas en este tema. Es decir, por un lado, las mujeres, las niñas, los hombres y niños de los grupos migrantes en los que se conserva la práctica y, por otro lado, los profesionales sanitarios, educadores, trabajadores sociales, y otros profesionales implicados.

Es el terreno de la comunicación y el diálogo, de visiones del mundo y experiencias humanas que se ponen en relación, de la narración de trayectorias e historias singulares que hacen referencia a la construcción de la identidad cultural y de la identidad como mujer. Para las mujeres africanas a quienes se hace una propuesta de cambio en su perspectiva de la MGF, es fundamental saber que se accede a una de las vivencias más íntimas y dolorosas. No es fácil abrirse y compartir con otras personas esta experiencia, para así poder hacer un camino hacia la recreación de sí mismas como mujeres fieles a los suyos y, al mismo tiempo, posibilitadoras de rupturas y rearticulaciones necesarias. Este nuevo lugar, desde el cual pensarse y verse en el mundo en el que hoy se encuentran, no es el de su origen, de la mujer ancestral o tradicional, pero tampoco puede ser el de la mujer occidental moderna. Este lugar y el camino para llegar deben trazarlo las mujeres mismas, entre ellas y en diálogo con otras, otros, con tiempo y con libertad para ser, en su nuevo entorno, ni asimiladas ni segregadas, sino ellas mismas.

El acompañamiento en este proceso en espacios sociosanitarios y educativos sólo es posible si se tiene en cuenta esta necesidad de diálogo, de reflexión y de aprendizaje conjunto.

El margen existente para este acompañamiento a las mujeres y las niñas exige tener en cuenta los límites institucionales y la realidad de que la MGF está penalizada en España por ley, por ser considerada un tema de derechos humanos. Lamentablemente, cuando los profesionales de la salud y la educación descubren que una familia está a punto de viajar a su país de origen y creen que hay riesgo de circuncidar a las niñas, puede ser demasiado tarde para hacer un trabajo preventivo serio que permita crear confianza a las personas y concienciarlas de las consecuencias de estas prácticas tradicionales perjudiciales para la integridad física y psíquica de las niñas. El dilema de denunciar o no el caso *in extremis* o como último recurso debe conducir necesariamente a buscar en la relación a lo largo del tiempo, posibilidades y alternativas más viables para los profesionales, a la vez que dignas y respetuosas para las familias.

El uso de las medidas legales es siempre posible, pero entre el peso de la ley y un horizonte de cambio, a corto plazo, tenemos una relación que frecuentemente se inicia cuando la mujer está embarazada, sigue con el nacimiento de la niña y se profundiza con la atención pediátrica a lo largo de los años. Se trata, pues, de valorar la posibilidad de ir creando confianza poco a poco con las personas afectadas y hablar de cuestiones generales que afectan a la salud de las niñas; entre ellas, también se puede hablar de la pre-

vención de la MGF. Deben evitarse las tensiones que suelen crearse ante la inmediatez de un viaje revestido de sospechas cuando la niña ya tiene más edad, pero sin negar una realidad posible a largo plazo y poner especial atención en las obligadas medidas de prevención de la salud que deben seguirse en todos los viajes al país de origen que la familia hace habitualmente (profilaxis de la malaria, vacunas, agua, verduras crudas...). Aquí, en el contexto general de esta atención tenemos nuestro punto de encuentro con las familias y la posibilidad del diálogo en torno a otros riesgos para la salud de las niñas, como es la MGF. Creando confianza y compartiendo conversaciones breves a lo largo de los años en contextos y momentos no amenazadores será viable reemprender y reforzar el tema en la eventualidad de un viaje.

Si en la sociedad occidental y en los foros internacionales la cuestión de la MGF se entiende conceptualmente como un tema de derechos humanos, debemos recordar que para las mujeres africanas está profundamente imbricado con su identidad y pertenencia al grupo. Forma parte de lo que interculturalidad denominamos «zonas sensibles», es decir, un conjunto de rasgos, formas organizativas y estrategias de adaptación relativamente estables en el tiempo y en extensión.

En este sentido, hay elementos y valores que las personas podemos cambiar y negociar con facilidad, en el encuentro y la confrontación con el otro, con la otra que es diferente de nosotros. Esto ocurre porque no nos exigen transgredir los límites de nuestros valores de referencia, nuestro marco cultural, nuestra pertenencia a una comunidad o sociedad determinada. La mutilación genital femenina, en cambio, se ubica de pleno en esta «zona sensible», tanto para quienes la practican como para quienes luchan por su prevención. Se trata de un elemento que es de lenta modificación, choca con el exterior y puede provocar la negativa al diálogo y a la negociación de cambios, sobre todo cuando existen determinados condicionantes. Para las mujeres africanas implicadas, de manera especial las que viven en países europeos, la obligación de cambiar les viene dada en un contexto de interacción donde están siempre presentes la concepción de superioridad de una cultura respecto de la otra, la desigualdad social y una conflictiva relación histórica dominante-dominado entre los respectivos pueblos. Más aún cuando esta interacción se construye en unos marcos institucionales y jurídicos concretos y en unas situaciones de vida cotidiana donde se imponen visiones y modelos etnocéntricos de la condición humana, su desarrollo y la jerarquía de necesidades y prioridades.

El contexto personal, cultural y social en que se vive la MGF marca seriamente la intervención sociosanitaria y educativa. Es un ambiente propicio para numerosos conflictos y choques que, aun siendo inherentes a la relación intercultural, causan malestar en las dos partes e impiden realizar una labor en común. La confrontación con la diferencia, no obstante, se puede vivir como una oportunidad de aprendizaje y

de transformación de conflictos cuando hay un diálogo a largo plazo en torno a la mutilación genital femenina, que disipe etnocentrismos, prejuicios, estereotipos, preconcepciones, imposición de valores y modelos de vida.

Es una tarea difícil de afrontar solos, ya que al hecho de no dominar la lengua de la persona que tenemos enfrente y de no poder acceder a una comunicación rica y llena de matices en temas sensibles y delicados, se añade la frustración de no disponer de las herramientas que permiten una sutil comprensión del mundo del otro y de los límites que no deben traspasarse cuando se intenta dar apoyo y ofrecer un acompañamiento en procesos de cambio de normas, valores y costumbres. Por ello, es importante para los profesionales ir construyendo esta competencia en sí mismos e incorporarla a su práctica cotidiana, saber llegar a tiempo, sea cual fuere su ámbito de actuación. Es también importante saber que para ello contamos con un creciente número de personas comprometidas con la prevención y debidamente formadas para ofrecer una atención especial. Entre ellas, mediadoras y mediadores interculturales de las propias comunidades de origen.

2.2 EL TRABAJO EN PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS MGF

La existencia, en los últimos años, de importantes flujos migratorios de población subsahariana hacia la Unión Europea hace que el abordaje de las MGF sea una cuestión de intervención inmediata y socialmente urgente, que compete a servicios de salud, por sus obvias consecuencias sobre la misma, pero también a servicios sociales y de la educación, así como a las entidades sociales relacionadas con el tema. Todos ellos comparten un espacio común, la prevención. Para que ésta resulte eficaz, la colaboración intersectorial y multidisciplinar resulta fundamental.

Compete específicamente a los servicios de salud la atención a las múltiples consecuencias y complicaciones de las MGF sobre la salud de niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, como se describirá en el próximo capítulo. En este abordaje los/las profesionales de los equipos de Atención Primaria, y especialmente los de pediatría, se sitúan en un lugar clave para la prevención y detección de estas prácticas, ya que las consultas periódicas y frecuentes de control de salud de niñas y niños lo favorecen. Pero no es el único, ya que en ocasiones la detección y las oportunidades de prevención surgen en los servicios sociales o en el ámbito educativo.

La prevención, como espacio común y compartido, supone para todos ellos nuevos retos que requieren

una formación específica sobre el tema, que permita intervenciones centradas en la concienciación sobre el problema y en la implicación del entorno familiar de las niñas afectadas, así como en las comunidades de personas africanas que viven en España, y tanto aquí como en sus comunidades de origen.

Todo esto siempre con el apoyo de un adecuado marco legislativo que respete los derechos básicos a la intimidad y a la privacidad de las niñas afectadas y que, al mismo tiempo, evite la confrontación con las comunidades africanas inmigradas y el choque cultural con sus entornos familiares de origen, tal y como se expresa en el punto 3 de la declaración de Barcelona (Forum Mundial de las Mujeres 2004) sobre las MGF.

Los puntos 4 y 5 de esta declaración hacen referencia a la necesidad de desarrollar intervenciones comunitarias efectivas en diversos niveles (comunitario, religioso, político, etc.) y con participación interdisciplinar de los diversos colectivos profesionales que están implicados.

En el abordaje de las MGF es importante no tener que llegar a la judicialización de los casos, ya que esto comporta la confrontación de derechos fundamentales de las personas y resoluciones que, en muchos casos, acaban con la desestructuración de los entornos familiares.

Funciones y procedimientos

En cuanto al trabajo concreto en prevención y atención a las MGF, la OMS define unas funciones mínimas a desarrollar cuando hablamos sobre violencia de género desde los sistemas sanitarios, sociales y educativos:

TABLA 1. *FUNCIONES DE LOS SERVICIOS EN TEMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO*

Definir en qué situaciones abordar el tema (ver tabla 2)
Estar alerta sobre factores de riesgo de MGF en la infancia (ver tabla 3), así como sobre posibles signos y síntomas de una mutilación practicada
Recoger información sobre el tema (tabla 4)
Registrar en la historia clínica o social estos signos de alerta
Mantener la confidencialidad y privacidad de la información obtenida
Evitar actitudes de juicio o culpabilización, ya que crean actitudes de aislamiento, desconfianza y rechazo
Establecer una coordinación con otros profesionales implicados
Investigar el problema de la MGF mediante un registro de casos (ver anexo 2)

TABLA 2. *CUÁNDO Y CON QUIÉN ABORDAR LA MGF*

Durante un control de embarazo
Durante una revisión ginecológica, por embarazo o problemas de salud
Revisión de las niñas, dentro de los protocolos de salud en la infancia
En las actividades preventivas que se llevan a cabo en los servicios de salud
Ante una situación de riesgo para las niñas, por ejemplo, un viaje al país de origen
En el seguimiento de una familia desde los servicios sociales
Desde la escuela porque se detecte una situación de riesgo, por viaje o sospecha de MGF

TABLA 3. *FACTORES DE RIESGO DE MGF EN LA INFANCIA*

Pertenecer a una etnia que practica la MGF: la mayoría de las niñas o de las mujeres que han sufrido una MGF proceden, ellas o sus familiares, de algún país donde se practica.
Pertenecer a una familia donde la madre y/o las hermanas mayores han sido mutiladas.
Pertenecer a una familia donde el mito del retorno al país de origen está muy presente, por lo que resulta importante la integración en su comunidad originaria.
Proximidad de un viaje de la familia al país de origen con motivo de vacaciones o de presentación de la niña a la familia de África.
Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a esta práctica.

Para abordar en una entrevista cuestiones relacionadas con la salud, la problemática social, la educación, etc., en ocasiones es necesario recoger una serie de datos personales, de procedencia, de vivencias, de costumbres, de proyecto de vida, de salud, de creencias, que son importantes a la hora de formarnos una visión global de la persona, su entorno social y su bagaje cultural. Porque no emigran los continentes ni los colores, sino las personas y las culturas.

Para este tipo de intervención con la familia, y dadas las particularidades de las familias subsaharianas, así como del tema que estamos trabajando, la anamnesis o recogida inicial de información en la entrevista debe contemplar aspectos importantes como la composición familiar, el recorrido migratorio, el arraigo en el país de acogida y su posicionamiento ante la MGF. A continuación proponemos algunas preguntas clave:

TABLA 4. PROPUESTA DE DATOS A RECOGER

<p>Datos familiares</p> <p>Nombre de la menor, del padre y de la madre</p> <p>Fecha y lugar de nacimiento</p> <p>Genograma (composición familiar, número, sexo)</p> <p>¿El padre tiene otras esposas y/o hijos en otra unidad familiar?</p> <p>¿Existen otras menores en el domicilio?</p>
<p>Datos relativos al hecho migratorio</p> <p>¿Se requiere la presencia de un mediador o traductor?</p> <p>País de origen de la menor, del padre y de la madre</p> <p>Etnia de procedencia (del padre y de la madre)</p> <p>Idioma/s o dialecto</p> <p>Fecha de llegada de la menor, la madre y el padre</p> <p>Recorrido migratorio de la menor, la madre y el padre</p>
<p>Escolarización</p> <p>¿Saben leer y escribir los padres?</p> <p>¿Está escolarizada la menor?</p> <p>Nombre de la escuela</p>
<p>Actividad laboral</p> <p>Actividad laboral del padre y de la madre</p>
<p>En relación con la MGF</p> <p>Antecedentes de MGF en la madre</p> <p>Antecedentes de MGF en las hermanas de la menor</p> <p>Posicionamiento del padre ante la MGF</p> <p>Posicionamiento de la madre ante la MGF</p> <p>¿Se identifica presión familiar o de la comunidad del país de origen?</p> <p>¿La niña ha realizado anteriormente un viaje al país de origen?</p> <p>¿Existe un viaje programado al país de origen? Fecha</p>

En todo caso, por las características de arraigo de la práctica de la MGF en esta población, resulta importante establecer una codificación tanto de los grupos de riesgo como de los casos de MGF ya practicada. Esto supone, especialmente en lo que a los servicios de salud se refiere, tener constancia de las diferentes actuaciones indagatorias y preventivas que se hayan hecho. También nos permite saber si se trata de una familia de riesgo y especialmente evitar actuaciones reiteradas sobre el mismo tema, que pueden generar efectos contrarios a los pretendidos.

2.3 UN ROL PROFESIONAL BASADO EN LA RELACIÓN DE AYUDA

2.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA: ACTITUDES Y HABILIDADES

El rol del profesional más útil en general en la educación en salud, y especialmente con este tipo de población y en este tema, es el basado en los enfoques de relación de ayuda, más que en enfoques centrados exclusivamente en la información o en el comportamiento.

Se trata de un rol facilitador, de ayuda y de soporte, que resulta el más eficaz para los aprendizajes, los cuestionamientos y los cambios de actitudes, y la toma de decisiones. Parte de planteamientos pedagógicos, psicoeducativos y socioeducativos de la pedagogía activa, basados en las teorías del aprendizaje significativo.

Como contenidos de la educación se incluyen no sólo las informaciones o los conocimientos sobre el tema (área del «saber»), sino también las actitudes, valores y sentimientos (área del «ser») y las habilidades (área del «hacer»).

En cuanto al proceso de la entrevista educativa, se logran aprendizajes más significativos (más eficaces y estables) si se establece una ayuda a la o las personas con las siguientes etapas:

- 1 Facilitar que exprese su situación: experiencias, dudas, planteamientos, conocimientos...
- 2 Aportar informaciones
- 3 Ayudar a reflexionar sobre valores, actitudes, factores que influyen, ventajas e inconvenientes...
- 4 Desarrollar habilidades: de toma de decisiones, de argumentar o explicar sus decisiones a otras personas, de resistir presiones de grupo....

PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE

1. CONOCER Y EXPRESAR SU SITUACIÓN
 - Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades...
2. PROFUNDIZAR EN ELLA
 - Desarrollar conocimientos
 - Analizar diferentes aspectos
 - Reflexionar sobre el área emocional
3. ACTUAR
 - Desarrollar recursos y habilidades
 - Tomar decisiones
 - Experimentarlas en la realidad
 - Evaluarlas

Fuente: *Manual de educación para la salud*. Pérez, M. J.; Echauri, M. et al. Gobierno de Navarra, 2006.

Existen dentro de este enfoque de pedagogía activa métodos y técnicas educativas individuales y grupales más eficaces para las distintas etapas del proceso de aprendizaje citadas (ver tabla). Se trata de métodos y técnicas educativas activas (con participación de quien se educa) e inductivas (que parten de su experiencia).

MÉTODOS Y TÉCNICAS INDIVIDUALES Y GRUPALES ACTIVAS

PROCESO DE APRENDIZAJE	MÉTODOS Y TÉCNICAS INDIVIDUALES	MÉTODOS Y TÉCNICAS GRUPALES
Expresar su situación	MÉTODO DE EXPRESIÓN TÉCNICAS Escucha Preguntas	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN EN AULA TÉCNICAS Tormenta de ideas Rejilla Cuestionarios
Reorganizar informaciones	MÉTODO INFORMATIVO TÉCNICAS Información con discusión Lectura con discusión	MÉTODO EXPOSITIVO TÉCNICAS Exposición Lectura
Analizar y reflexionar	MÉTODO DE ANÁLISIS TÉCNICAS Resumir y ordenar Ejercicios	MÉTODO DE ANÁLISIS TÉCNICAS Casos Análisis de textos
Desarrollo y entrenamiento en habilidades	MÉTODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES TÉCNICAS TÉCNICAS Demostración con entrenamiento Ayuda para decidir Simulaciones	MÉTODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES TÉCNICAS Demostración con entrenamiento Toma de decisiones Role playing

Fuente: *Manual de educación para la salud*. Pérez, M. J.; Echauri, M. et al. Gobierno de Navarra, 2006.

En cuanto al rol del o la profesional, a sus actitudes y habilidades, su manera de estar en la entrevista individual o sesiones grupales desde la relación de ayuda, algunas actitudes y habilidades resultan especialmente importantes.

ALGUNAS ACTITUDES

En la relación de ayuda, se trata de crear un clima de relación «tolerante» más que «defensivo», para lo que el o la profesional necesita tener y expresar actitudes de descripción y orientación más que de juicio y control, de flexibilidad más que de rigidez y de cercanía y paridad más que de distancia y superioridad.

Para crear este clima, son también importantes actitudes de:

Congruencia: implica coherencia y autenticidad.

Aceptación: consiste en aceptar a la otra persona tal como es, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona (sociales, culturales, familiares, etc.).

Valoración positiva: consiste en considerar a la o las personas que tenemos delante como valiosas y con capacidad de actuar de una manera constructiva; darle valor, confiar en él o ella.

Empatía: se trata de ponerse en el lugar del otro para reconocer e identificar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de la otra persona sin confundirlos con los míos, comprenderlos, darles una respuesta afectiva y estar en disposición de ayudarla.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Para el rol de ayuda en cualquier tema de salud resulta fundamental la habilidad de comunicación, teniendo en cuenta que se consideran elementos del proceso de comunicación tanto crear y transmitir mensajes como saber escuchar y recogerlos.

Recoger mensajes

En el trabajo educativo con cualquier tipo de población y tema, pero especialmente con personas de otras culturas y realidades, recoger mensajes es casi más importante que emitirlos. Para ello, tres habilidades del proceso de comunicación son fundamentales:

1. Consciencia de los propios filtros para captar y enviar mensajes

Hay que ser consciente de que la comunicación se da desde nuestra propia visión de la realidad, que es seguramente distinta que la de la persona que tenemos delante, y que interpretamos aquello que nos dice con nuestros «filtros», tanto socioculturales (los valores que nuestra cultura atribuye al tema que se esté tratando) como personales (lo que nosotros pensamos, nuestros propios valores y sentimientos, nuestra experiencia...).

Nosotros, como profesionales, debemos estar ahí, tratando de estar atentas/os a nosotras/os mismas/os y ser conscientes y revisar lo que el tema de que se trate nos genera. Es importante mantener una mente abierta, desterrando prejuicios aunque sean tradiciones y creencias muy diferentes a las nuestras, ante las que en ocasiones en nuestra sociedad se plantean actitudes de superioridad e incluso etnocentrismo.

2. Preguntar

Se trata de animar a la persona a que se exprese, respetando su espacio, silencios y otras manifestaciones de descarga emocional. Es importante centrar la atención en la persona y sobre lo que ella/él necesita expresar.

Para ello, resultan más útil en general utilizar **preguntas abiertas**: («¿qué ventajas y que inconvenientes le ves?», «¿cómo crees que...?», etc.) que **preguntas cerradas** («¿te parece bien...?»), cuya respuesta es sí/no, dado que son más directivas y ayudan menos a pensar, ni a obtener respuestas complejas, seguir el hilo del interlocutor ni a continuar la entrevista educativa.

3. Escuchar

Existen varias formas de escucha: el **silencio atento**, la **escucha pasiva**, con señales no verbales y verbales (mmm, ajá..., movimientos de cabeza de asentimiento...), y la **escucha activa y empática**.

La escucha activa y empática es la técnica clave y más útil en la comunicación educativa, porque nos permite verificar si estamos comprendiendo y recogiendo sin filtros propios el mensaje de nuestro interlo-

cutor, además de ser un potente instrumento de expresión de aceptación, de generación de climas tolerantes, y sentar una buena base para la continuación de la entrevista. En la comunicación educativa es fundamental escuchar antes de hablar.

La escucha activa y empática tiene tres partes:

- Ponernos en su lugar, desde su punto de vista, no desde lo que yo pueda pensar o hacer, sino preguntándome: ¿qué me quiere decir? ¿Qué significado tiene para él o ella?
- Recoger el mensaje completo, tanto aquello que me dice como su estado de ánimo, tanto lo cognitivo como lo emocional.
- Darle a entender que entendemos la situación y su carga emotiva devolviéndole una frase (se denomina paráfrasis) que sintetice el mensaje recogido. Por ejemplo: «De lo que me dices, entiendo que te sientes confundida y muy preocupada, porque no estás segura de cómo ves ahora el tema y de lo que realmente quieres hacer con tu hija pequeña... ¿Es así?»

Se da por supuesto, en éste y otros temas de salud, el respetar la confidencialidad; en éste especialmente, por tratarse de un tema tan delicado y privado.

Emitir mensajes

1. Proporcionar información útil

Se trata de seleccionar informaciones útiles a la situación y a las necesidades de la persona, de estructurarlos y secuenciarlos de manera lógica y coherente y transmitirlos de forma clara y precisa, con un lenguaje y vocabulario comprensibles, sin exagerar pero sin dejar de explicar la realidad del tema de que se trate.

2. La comunicación yoica

Comunicarnos «desde el yo» y no «desde el tú» supone centrar el mensaje en aquello que nosotros creemos y pensamos, más que en juzgar u opinar sobre lo que la otra persona piensa o siente.

Se trata de explicar nuestra visión personal sobre el tema, como ayuda y orientación a sus decisiones, más que como un control. Las decisiones son suyas. Son mensajes que comienzan por «yo»: «Yo creo...», «Yo opino...», «Me parece que...», «Yo veo muy claro que...»

Es importante aceptar sus argumentos, objeciones, dudas, críticas, aunque no pensemos lo mismo que la otra persona. Es su opinión, su manera de verlo. Yo lo puedo entender, aunque no lo comparta.

Pueden surgir sentimientos de rechazo muy fuertes cuando se identifica al profesional con actitudes de control institucional.

FACTORES FACILITADORES DE LA COMUNICACIÓN

- Cuidar el espacio físico. Si es posible, es mejor que no haya interrupciones, muy usual en las consultas, de teléfono, de gente que entra y sale...
- Adecuar los horarios, tener en cuenta la situación sociolaboral: precariedad, tipo o falta de contratos, movilidad geográfica, el cuidado de los hijos..., ya que en ocasiones no tienen familia con quien dejarlos. Facilitarles en lo que nos sea posible su asistencia a la entrevista en un horario que a lo mejor no es el habitual. Se pueden pactar límites y acuerdos.
- Se necesita tiempo, un espacio adecuado y una relación de confianza, para que salgan las diversas emociones ligadas a los asuntos de salud, como el dolor, la frustración, la rabia y a veces la risa.
- En general, si es posible, algunos temas de salud como éste es mejor abordarlo con los padres (con la pareja).
- El idioma suele generar problemas en la comunicación. Es frecuente que las mujeres africanas, en las primeras visitas o entrevistas, acudan con su marido (que es quien suele llevar más tiempo en el país y conoce el idioma) o con los hijos. Es mejor nunca utilizar a menores como intérpretes. En un estudio realizado en 2007, entre profesionales de la salud y trabajo social, para el 90 % de los encuestados el idioma era la principal dificultad.

2.3.2. CÓMO CONSTRUIR UN DIÁLOGO SOBRE MGF EN LA PRÁCTICA

Todo lo expuesto más arriba nos lleva a plantear algunas claves prácticas en las intervenciones preventivas sobre la MGF, desarrolladas tanto por profesionales de los servicios de salud como sociales o del mundo educativo:

- Es prioritario construir la relación desde el diálogo, y diálogo intercultural, evitando actitudes culpabilizadoras y amenazantes, posturas agresivas y actitudes de juicio y control, siendo cuidadoso y respetuoso al plantearlo. Es importante tener claro que se trata de intentar escuchar y no juzgar, sin olvidar reiterar los mensajes de que la práctica es perjudicial para la salud de las niñas y no es legal en este país.

- Sería conveniente un conocimiento y una relación previa con la familia para poder entrar en este tema. No obstante, se puede preguntar sobre la MGF con naturalidad, aunque es más fácil hacerlo como parte de la historia de salud sexual y reproductiva de la mujer, si existe algún problema de salud relacionado (cistitis o anemia...) en una mujer adulta, como parte de las vacunaciones recomendadas con los viajes, si se ven situaciones problemáticas en la niña en el centro escolar antes de un viaje, situaciones familiares problemáticas detectadas en servicios sociales... En cualquier caso, para establecer una relación de confianza, se necesita tiempo.
- Cuando alguien con quien intentemos hablar sobre las MGF se niegue a hablar sobre ello, no debemos obligarla/o. Es mejor posponerlo e intentarlo en otro momento. Sólo se debe hacer cuando exista riesgo o sospecha de viaje al país de origen y no se haya hecho ninguna actividad indagatoria ni preventiva previamente.
- Informarse sobre la práctica y el por qué se sustenta, conocer el contexto sociocultural que hace que perdure y se mantenga en el tiempo. Hay que conocer las razones que sustentan la práctica: «lo dice la religión», «una mujer circuncidada es una mujer limpia», «preserva la virginidad», «una mujer circuncidada es más fértil»... Buscar ejemplos en su entorno que hagan plantearse a las familias que no es un precepto religioso, por ejemplo el que existan otras mujeres musulmanas que no lo practican.
- Tener argumentos que desmonten la legitimidad de la práctica y, sobre todo, conocimientos sobre prácticas ancestrales perjudiciales de nuestro entorno que hayan desaparecido con el tiempo, ya que éstas pueden resultar de apoyo en la intervención. En todo caso, no debemos dar falsas expectativas ni mentirles.
- A su vez, es conveniente resaltar aspectos positivos de su cultura que son relevantes. Para los recién llegados es importante saber y conocer que para nosotros hay cosas buenas que ellos nos pueden aportar y que nosotros podemos aprender. Esto conviene recalcarlo; ayuda a aumentar el grado de confianza y cercanía con las personas recién llegadas.
- Informarles adecuadamente. Conocer bien los problemas de salud que ocasiona la MGF, en qué vulnera los derechos humanos, las leyes que lo prohíben, las campañas de prevención en los países de origen; en fin, cuantas más cosas se sepa del tema, más argumentos se tienen a la hora de plantear la prevención con las familias. Deberíamos referirnos a

«cortes» o «sunna» en lugar de mutilación para que las familias nos entiendan mejor.

- Utilizar materiales gráficos que refuercen la intervención (láminas, maniquís, folletos), si es posible. En todo caso, tener en cuenta que dentro de las mujeres inmigrantes hay un índice de analfabetismo elevado y que sus dialectos son de transmisión oral no escrita
- Prepararse para las reacciones que puede generar la intromisión en un tema tan delicado y privado. Por ejemplo: «sois racistas», «lo dice nuestra tradición», «para ti es fácil porque vives y eres de aquí», «nos lo exige nuestra familia de África», «no podemos contradecir a nuestros mayores». Utilizar argumentos que le ayuden a reflexionar sobre lo dañino de la práctica.
- Es conveniente tener en cuenta que las diferencias culturales son muy importantes: la percepción del concepto de salud/enfermedad, violencia o maltrato es diferente dependiendo de las culturas de las que cada persona procede. Lo que sí que es necesario es hacer ver que han decidido vivir en un país donde hay una serie de prácticas tradicionales que están prohibidas por la ley. Nuestra actitud debe dejar claro nuestro posicionamiento en contra de la MGF y nuestra obligación de denunciarlo en caso de que sea necesario. En cualquier caso, se deben evitar actitudes paternalistas, porque disminuyen la autoestima y no favorecen la autorresponsabilidad.
- Resulta básico ofrecer tiempo y un espacio adecuado para que puedan expresar sus temores y dudas, sobre todo cuando hay hermanas mayores que han sido mutiladas y esto pueda generar en la madre o el padre sentimientos de culpa.
- Incluir a los hombres cuando abordemos el tema y en las actividades dirigidas a la comunidad, siempre partiendo del conocimiento y la confianza. No juzgarlos, poniéndonos en su lugar y entendiendo las dificultades que puedan tener para entender y asimilar los cambios respecto a la autoridad, la responsabilidad y el papel que tienen los hombres en su comunidad.
- Deberíamos implicar a las mujeres, a los hombres y líderes religiosos o a las personas que tengan peso dentro de la comunidad, que se han posicionado en contra de la práctica, en aquellas intervenciones comunitarias de prevención. Ellas y ellos deben ser los principales motores del cambio.

2.3.3. LAS Y LOS PROFESIONALES ANTE EL TRABAJO CON MGF

Las experiencias de trabajo sobre este tema, tanto en prevención como en atención a las MGF, así como algunos estudios llevados a cabo, nos permiten plantear algunas dificultades que es conveniente conocer:

Los sentimientos de culpa del profesional al haber puesto la vista sobre una cuestión que puede generar problemas en el entorno familiar, así como los miedos y temores personales al abordar temas cercanos al sexo y a la sexualidad.

El aislamiento frente a otros compañeros que no consideran el tema de la MGF como un problema importante ni de salud ni de derechos humanos. Simplemente ni se lo han planteado, «¿para que te metes donde no te llaman?», «no tengo tiempo para esas cosas». Quienes han trabajado de cerca el tema saben que son opiniones y comentarios frecuentes (según un estudio realizado en 2001-2004 por Moreno J. y Castany M.J.,³ un 16 % de los profesionales de Atención Primaria en salud que se encontrasen ante un caso de MGF lo ignorarían)

Hay algunos profesionales que plantean actitudes paternalistas, de superioridad y etnocéntricas, e incluso que verbalizan argumentos racistas.

Abordar el tema desde una perspectiva de género puede llegar a provocar que se delegue en las profesionales por el hecho de considerarlo un tema de mujeres en el que se puedan crear vínculos e ir más allá por ser mujer.

Los/as profesionales pueden sentirse cuestionadas/os por parte de las familias afectadas por la práctica, que argumentan que no es un tema que nos atañe a nosotras/os. Ser deslegitimada/o por algunos miembros de la comunidad afectada, pues como blanca/o y no afectada/o por la práctica pueden considerar que no se está legitimada/o para hablar de un tema que sólo les atañe a ellas/os y su cultura. Pueden sentirse atacadas/os y generar actitudes agresivas hacia el profesional.

Cuando existen indicadores de situación de riesgo inminente, ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial es obligatorio para el profesional a pesar de los dilemas morales que se nos planteen. A veces podemos utilizar la ley en positivo, haciendo replantear a ciertas familias la práctica.

Esta serie de circunstancias no deben cambiar nuestro posicionamiento y trabajo a favor de la desaparición de una práctica que vulnera los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y el bienestar de las mujeres y las niñas. Es importante ponernos en el lugar del otro, «*escuchar mucho y aprender más*».

Respecto a los planteamientos de los profesionales implicados en el tema de las MGF, resulta orientador un estudio descriptivo transversal de 2008, realizado a unos 500 profesionales de la salud de equipos de Atención Primaria y de Servicios de Salud y Sexual y Reproductiva del Maresme, Santa Coloma, Badalona y el Hospital de Santa Caterina de Girona. Según esta investigación, los casos de mutilación genital femenina detectados desde la Atención Primaria se triplicaron en el período 2001-2004, pero los conocimientos de los equipos sanitarios relevados (409 profesionales consultados) no han aumentado en proporción.

Las encuestas realizadas en la zona del Maresme, pionera en recibir inmigración subsahariana, ponen de manifiesto la insuficiencia de conocimientos técnicos y culturales vinculados a estas prácticas perjudiciales: menos del 40 % identifican correctamente las tipologías y menos de un 30 % saben en qué países se practican las MGF, a pesar de que un 82 % atiende a población del África subsahariana, especialmente Senegal y Gambia. Otro dato revelador es que aún aparece un 18 % de profesionales que manifiesta no tener interés en el fenómeno.

2.4. EL COMPROMISO PREVENTIVO COMO HERRAMIENTA DE APOYO A LAS FAMILIAS

Como hasta aquí se ha dicho, resulta de una máxima prioridad las intervenciones preventivas eficaces, que incidan sobre las familias y los entornos comunitarios, tanto en el país de acogida como en el de origen, antes de que los padres y madres de las niñas deban afrontar estos dilemas y conflictos de lealtades con sus orígenes. Una herramienta de apoyo en este sentido, que está dando muy buenos resultados en la práctica, es el compromiso preventivo.

El compromiso preventivo (ver anexo 1) es un documento desarrollado para que los padres y las madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.

Con este documento lo que se pretende es fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la mutilación a sus hijas y descargarlas de las presiones del entorno familiar en los países de origen. Debemos tener en cuenta que son sociedades gerontocráticas donde el poder lo ostentan los/as ancianos/as y, por lo tanto, es difícil cuestionar la autoridad de sus mayores.

En el caso de las familias migrantes subsaharianas, la prevención de este ritual debería promover procesos de aculturación selectiva y facilitar la socialización de las niñas africanas para garantizar su plena integración social en nuestro país.

Algunas claves

- La obtención del compromiso preventivo no es una finalidad en sí misma. Se trata de una herramienta más, al alcance de los/as profesionales de la Atención Primaria, en el proceso de abordaje de la MGF y de apoyo a los padres que se cuestionan el tema de la MGF.
- El compromiso preventivo es propiedad de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer de él.
- El compromiso preventivo debe contar con el mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de documentación que forma parte de la historia clínica en los servicios de salud.
- Como cualquier otro compromiso, su aceptación debe ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.
- Debe tenerse en cuenta el actual marco legal en relación a las MGF, que tipifica la realización de una MGF como un delito de lesiones y que puede ser perseguido extraterritorialmente. Por otro lado, el conocimiento y la no evitación de estas prácticas pueden comportar, también, consecuencias legales para los/as profesionales.
- La existencia del compromiso preventivo es el registro que demuestra que los/as profesionales, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva y han informado a los padres y madres de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como de salud, sociales o educativas...

Algunos criterios de aplicación

- La principal situación de riesgo de sufrir una MGF es la proximidad a un inminente viaje de la niña o de la familia a su país de origen, aunque es mejor que la firma de un compromiso preventivo no sea el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las fa-

milias de las niñas en riesgo de sufrir una MGF.

- La obtención de este compromiso será la culminación de un proceso que garantice que los padres y las madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen. Básicamente, este proceso debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:
 1. Identificación, por parte de los/as profesionales, de una situación de riesgo para las niñas de sufrir una MGF. Conocimiento del entorno familiar de las niñas.
 2. Aproximación a los aspectos culturales.
 3. Identificación de actitudes del padre y/o la madre (al menos uno de ellos) hacia las MGF.
 4. Asegurar una buena comprensión idiomática.
 5. Información al padre y/o madre sobre:
 - Riesgos y problemas físicos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas psicoafectivos asociados a la práctica de una MGF.
 - Riesgos y problemas legales asociados a la realización de una MGF.
 - Alternativas posibles a la MGF.
 6. Plan de intervención antes y después del viaje al país de origen.
- Una copia del compromiso preventivo será custodiada por el/la profesional responsable de la atención a la niña. Se elaborará un registro que permita identificar el número de intervenciones realizadas y el resultado, con un seguimiento periódico del caso.
- La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las demás medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

3

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

El trabajo sobre MGF implica a los servicios de salud en intervenciones de prevención con personas, familias y comunidades, sobre especialmente a centros de atención primaria y servicios de salud sexual y reproductiva. También estarán involucrados en esta prevención los diversos servicios de asistencia especializada que atenderán las consecuencias y complicaciones de los distintos tipos de MGF en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes y adultas.

La llegada a nuestro país de personas procedentes del África subsahariana ha ido aumentando de manera progresiva durante las dos últimas décadas. Este hecho, junto con una elevada tasa de natalidad y una importante movilidad geográfica por parte de dicha población, ha llevado a que la MGF pase de ser un hecho puntual a una cuestión de interés social y sanitario en la que puede verse involucrado cualquier profesional de los equipos de Atención Primaria y Especializada a lo largo de la práctica profesional diaria.

Las intervenciones más frecuentes sobre MGF se dan, pues, en tres ámbitos:

- 1 Pediatría de los centros de Atención Primaria.
- 2 Medicina y enfermería de familia y comunitaria de los mismos.
- 3 Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

A cada uno de ellos se dedica un apartado dentro de este capítulo.

Una parte fundamental de la atención y prevención secundaria es el control y seguimiento de las complicaciones derivadas de la práctica de la MGF (ver también el apartado Salud sexual y reproductiva).

Consecuencias para la salud

Inmediatas	Medio/largo plazo
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas y urinarias: Infecciones Dismenorrea Hematocolpos
Infección local	Esterilidad
Hemorragia	Hepatitis, sida
Retención urinaria	Anemia crónica
Septicemia	Complicaciones en el parto: Desgarros Fístulas Sufrimiento fetal
Tétanos	Disminución de la sensibilidad sexual
Miedos y angustias	Depresión Estrés postraumático

TIPOS DE INTERVENCIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los tipos de intervención a desarrollar son cuatro:

- 1 Prevención específica sistemática
- 2 Prevención «oportunist»
- 3 Prevención comunitaria
- 4 Atención a las complicaciones y secuelas

1 Prevención específica sistemática «de largo recorrido», que se desarrolla más frecuentemente en los controles de niñas sanas desde su nacimiento y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva en los controles del embarazo (ver los apartados Pediatría y Salud sexual y reproductiva en este mismo capítulo).

2 Prevención «oportunist», que se desarrolla más frecuentemente en medicina y enfermería de los centros de Atención Primaria, pero puede desarrollarse en cualquier otro servicio de salud. Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF realizada, en general en mujeres adultas, para hablar del tema y realizar una información y consejo sobre él, relacionando la complicación actual con la MGF pasada así como indagar sobre la situación de sus hijas si las hay. Se debe asesorar siempre a los padres sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica aunque se realice fuera del país de acogida.

3 Prevención comunitaria. Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres, actividades en las escuelas y otras en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, las costumbres y los valores de la población a la que va dirigida. El hecho de trabajar con grupos, más que con individuos, facilita a las familias y personas la toma de decisiones que pueden ser contrarias a la tradición (ver el apartado de Medicina y enfermería en este mismo capítulo).

4 Atención a las complicaciones derivadas de las MGF.

El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes. Existen dos situaciones a remarcar:

- Si la mujer está embarazada o comunica su deseo de gestación, se debe valorar la derivación a ginecología de manera urgente para conocer el tipo de MGF practicada y sus posibles complicaciones en el momento del parto. En el caso de que el bebé sea una niña, se prioriza la educación sanitaria para prevenir la MGF.
- Ofrecer apoyo psicológico (ver el apartado Intervención psicológica en el capítulo 5), con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental, es otro aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:
 - Mujeres mutiladas que presenten complicaciones tanto físicas como psicológicas.
 - Madres en las que puede existir un sentimiento de culpa al posicionarse en la actualidad contra la MGF, pero que previamente habían practicado la MGF a sus hijas mayores.
 - Adolescentes, tanto si han sido mutiladas como si no, que suelen sentir que se hallan entre dos culturas con valores diferentes. Éstas necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de reconstrucción genital.

ABORDAJE

En cualquiera de estas intervenciones y ámbitos, el profesional sanitario debe mostrar una actitud respetuosa ante las diferentes opiniones (ver capítulo 2), pero a la vez expresar con firmeza que la MGF supone una violación de los derechos humanos, así como un peligro para la salud. Se debe dejar claro siempre que su práctica está prohibida según las leyes vigentes en el país de acogida, de manera que, ante un caso reciente consumado aquí o en su país de origen tras haber residido en España, la actuación del personal sanitario debe ser la denuncia y comunicación al juzgado.

Es importante recordar que los protocolos basados sólo en medidas punitivas pueden favorecer que la práctica pase a la clandestinidad y que se medicalice, con un impacto muy limitado en el cambio de comportamiento.

Es por ello que el trabajo desde los servicios de salud debe basarse en el conocimiento y la prevención previos, que generen confianza en las familias y en la comunidad, favoreciendo así los derechos de las niñas y las posibilidades de cambio en las actitudes y los posicionamientos respecto a la práctica. Se debería tener en cuenta para trabajos futuros la posibilidad de desarrollar programas de educación tanto en el país de residencia como de origen de las familias inmigradas y realizar un trabajo en la comunidad que favorezca el abandono de la MGF.

Es aconsejable proponer ritos alternativos como el de la iniciación sin mutilación, así como utilizar el compromiso preventivo de no realización de la MGF. Éste puede ser utilizado por los padres como justificación ante sus familiares en África (ver apartado «compromiso preventivo», en el capítulo 2).

Por fin, es útil en estas intervenciones conocer y estar atentos a los factores de riesgo de MGF en la infancia, para, si se considera necesaria alguna actuación, contactar con el área de pediatría de los centros de Atención Primaria, que en general tienen mayor relación con las familias (ver también el apartado sobre El trabajo en prevención y atención a las MGF en el capítulo 2).

FACTORES DE RIESGO DE MGF EN LA INFANCIA

- Pertenecer a una etnia que practica la MGF: la mayoría de las niñas o de las mujeres que han sufrido una MGF proceden, ellas o sus familiares, de algún país donde se practica.
- Pertenecer a una familia donde la madre y/o las hermanas mayores han sido mutiladas.

- Pertenecer a una familia donde el mito del retorno al país de origen está muy presente, por lo que resulta importante la integración en su comunidad originaria.
- Proximidad de un viaje de la familia al país de origen con motivo de vacaciones o de presentación de la niña a la familia de África.
- Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a esta práctica.

INTERVENCIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Como se refleja anteriormente, las características propias de Atención Primaria la convierten en un ámbito clave para la prevención y detección de estas prácticas por varias razones:

- Accesibilidad: en muchas ocasiones constituye el primer contacto de la población con el sistema de salud.
- Continuidad: permite la relación con los pacientes en diferentes momentos de su vida y por motivos diversos. Ello favorece la relación de confianza entre profesionales y usuarios, necesaria siempre para abordar este tema.
- Intersectorialidad: relación fluida con otros profesionales y servicios implicados en el territorio (pediatría, ginecología, servicios sociales, técnicos municipales, profesorado, entidades sociales...).
- Atención a la familia: conocimiento de la composición de ésta y de las relaciones familiares.
- Atención comunitaria: posibilidad de relación con la comunidad, con el objetivo de elaborar un plan de salud integral para la prevención de la MGF en el territorio. Además de sensibilizar, informar sobre derechos humanos y consecuencias sanitarias y legales de la práctica.

Por todo ello, se plantean 10 PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

1. Crear programas para capacitar a los profesionales en la detección, el reconocimiento y la intervención en familias y niñas en situación de riesgo.
2. Conocer la población en riesgo asignada al centro de salud en el que se trabaje y tenerlo en cuenta, incluyendo la MGF como factor de riesgo.
3. Realizar una aproximación a la MGF desde los diferentes puntos de contacto de las familias con la Atención Primaria de salud.
4. Indagar, siempre desde el respeto, el diálogo y la no culpabilización, sobre la actitud de

los padres frente a la MGF.

5. Informar y educar sobre las complicaciones físicas y psicológicas que conlleva la práctica de las MGF y las consecuencias legales.
6. Reforzar la decisión de no mutilar, utilizando el compromiso preventivo.
7. Conocer la proximidad de un viaje al país de origen de la familia o de la niña, reforzando la decisión de la no intervención. Transmitir nuestra obligación de denunciar si se realiza.
8. Ante un inminente viaje y la decisión por parte de la familia a favor de la MGF, informar de nuestra obligación de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Intentar mediar
9. En zonas de presencia numerosa de inmigrantes subsaharianos, distribuir material informativo a la familia sobre la MGF y mantener campañas de divulgación.
10. Coordinar estrategias de abordaje con los diferentes servicios y organizaciones que existan en la comunidad: servicios sociales, escuelas, asociaciones de inmigrantes, servicios de mediación, salud internacional, etc. (ver cuadro 2: "Propuesta para un abordaje comunitario")

3.1 PEDIATRÍA. ATENCIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

La infancia es la etapa de la vida donde las actividades preventivas y de promoción de la salud influyen de manera más positiva, perdurando durante el desarrollo de la vida adulta. De ahí la importancia del trabajo preventivo en relación a la mutilación genital femenina en la edad pediátrica.

Actualmente, estas actividades se realizan de acuerdo con los protocolos de medicina preventiva en la infancia, el protocolo del niño sano, que comprende edades que van desde los 0 meses hasta los 14 años. Sería conveniente que existiera un apartado específico relativo a la prevención de la MGF, como recomienda UNICEF y recogen algunos sistemas de salud, por la importancia que estas prácticas pueden tener en el desarrollo físico y psíquico de las niñas afectadas y por los problemas de salud que pueden desarrollar a lo largo de su vida.

En Cataluña, por ejemplo, se incorporan estas recomendaciones en algunos documentos: Protocolo de atención a niños inmigrantes. Programa de seguimiento del niño sano (2005): «en población de riesgo deben llevarse a cabo actividades preventivas para evitar la mutilación genital femenina». Y también, en el Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica. Infancia con

salud (2008), en la introducción destinada a la exploración física completa da cuenta de la exploración de genitales externos para detectar anomalías, entre las que incluye la mutilación «en pacientes que proceden de países donde se practica».

Los profesionales del ámbito asistencial que trabajan con población africana procedente de países donde se practica la MGF, especialmente en pediatría, deben disponer de conocimientos sobre las zonas de alta prevalencia (idioma o dialecto, religión, costumbres, etnia de procedencia). Es importante conocer las diferentes realidades culturales, sobre todo aquellas que puedan representar un riesgo para la salud e integridad física de la población con la que se trabaja. Las/os profesionales deben estar capacitados para entender y convivir con las diferentes culturas lo que contribuye a un mejor entendimiento y respeto mutuo (ver capítulo 2).

Eventualmente, en los casos de familias recién llegadas, se busca el apoyo de una intérprete o mediadora para facilitar la comunicación. En ningún caso se debe utilizar a un menor de edad como intérprete en un tema tan delicado como el de la MGF

3.1.1. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MGF

Según como se plantee, puede haber por parte de las familias implicadas un rechazo y/o una negativa a abordar el tema de la MGF. Todo acercamiento se debe hacer desde el respeto: el conocimiento de su cultura, costumbres y tradiciones permitirá reforzar aspectos positivos y valorados en el país de acogida, como, por ejemplo, el concepto que tiene de familia, el cuidado de los hijos y los mayores, la lactancia materna y aspectos de solidaridad comunitaria, entre otros.

Un elemento de apoyo en la intervención preventiva son los grupos integrados por mujeres y hombres africanas/os, mediadoras culturales o agentes de salud. Se acude a éstos en caso de intervenciones previas, así como cuando existen sospechas de MGF realizada. De ahí la necesidad de la creación de grupos de trabajo y de un abordaje multidisciplinar.

Una estrategia para indagar en la posibilidad de un viaje al país de origen de la familia, ocasión privilegiada para realizar la MGF de las familias residentes en España, es informar sobre la conveniencia de pasar por los servicios de salud internacional antes del mismo. Sin mencionar de manera específica el asunto de la MGF, se les indica la conveniencia de hacer una visita antes del viaje, pues se les dará indicaciones sobre vacunas y otras medidas de higiene, cuidados y prevención de enfermedades endémi-

cas como, por ejemplo, la malaria.

No sólo es fundamental la explicación de las consecuencias para la salud que conlleva la práctica, sino también de las leyes existentes en España en contra de la MGF y su persecución extraterritorial (ver capítulo 6). Asimismo, es importante dejar claro el posicionamiento del profesional en contra de la práctica, aún en el contexto de la comprensión intercultural, y del deber legal de denunciar la MGF una vez realizada y constatada.

Para estas intervenciones preventivas educativas es importante contar con material visual (láminas, folletos, vídeos, maniquí) que refuerce y facilite los mensajes, sobre todo considerando que a menudo la población implicada no sabe leer ni escribir.

Uno de los principales instrumentos de apoyo a esta tarea es el compromiso preventivo de no mutilación, un documento donde los padres se comprometen a proteger a su/s hija/s en el viaje a su país de origen (ver apartado específico en el capítulo 3), como refuerzo durante su estancia en África y para facilitar un seguimiento. Es recomendable poner en contacto a estas familias con organizaciones de prevención de la MGF que trabajen en el país de destino y que puedan apoyarlas en su decisión de no mutilar.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA PREVENCIÓN

- Realizar trabajo multidisciplinar entre el personal sanitario, educativo y social
- Informar sobre las consecuencias para la salud y las implicaciones legales
- Implicar a las propias comunidades en las labores de prevención
- Utilizar materiales que den apoyo a las intervenciones preventivas y educativas
- Mantener contacto con ONG o grupos de trabajo en los países de origen
- Usar el compromiso preventivo
- Hacer uso en la prevención de enfoques no coercitivos y no condenatorios

El temor o la frustración del profesional a que algunas de estas familias se queden en África y, por lo tanto, no vuelvan a la consulta NO debe cambiar la intervención preventiva/educativa encaminada a evitar la MGF.

3.1.2. ACTUACIÓN ANTE CASOS DE MGF

Además de los factores de riesgo mencionados al inicio y previamente a una exploración sanitaria, existen algunos indicios que pueden dar cuenta de una MGF practicada.

INDICIOS DE MGF PRACTICADA

- Cambio de comportamiento de la niña a la vuelta de vacaciones, tristeza, desconfianza, retraimiento
- Alteraciones en el estado de salud de las niñas: anemia producida por sangrado postmutilación, molestias en zona genital, infecciones de orina
- Absentismo escolar alegando motivos de salud
- Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica, sobre todo si se trata de niñas en edades comprendidas entre los 4 y 10 años, etapa donde es más frecuente la realización de la MGF
- Incumplimiento de la visita pactada después del viaje

Ante una sospecha de MGF practicada, es necesario contactar con los profesionales del ámbito educativo y de servicios sociales, así como con otras áreas sanitarias vinculadas a la familia, ya que es preciso un abordaje multidisciplinar.

Antes de plantearlo en la familia, hay que analizar si los indicios son suficientes para sospechar que se ha llevado a cabo la MGF, pues, en caso de que no haya sido así, se compromete la relación asistencial. Una intervención basada en una sospecha no fundamentada, favorece que las familias lo interpreten como una intromisión en su vida y costumbres e incluso como un acto racista.

Para verificar la práctica de la MGF se realiza una exploración de los genitales, tal y como está previsto en el protocolo asistencial de todos los niños, independientemente de su origen, y de acuerdo con los procedimientos detallados en el apartado «Abordaje en consulta». Sólo tras una constatación de este tipo y como último recurso, se realiza la denuncia pertinente ante las autoridades judiciales, siempre garanti-

zando la confidencialidad de esta información y respetando la privacidad de las niñas afectadas y sus familias.

Como sostén para las familias en esta etapa, es importante contar con el apoyo de miembros relevantes en su comunidad, que pueden ser líderes religiosos y comunitarios que se hayan posicionado en contra de la práctica.

Los profesionales deben tener en cuenta las implicaciones legales que les puede acarrear **la no denuncia** de una MGF ya realizada (ver capítulo 6).

A la vez, estas actuaciones necesarias pueden acarrear en los profesionales implicados dilemas éticos y morales, por lo que es recomendable contar con redes de apoyo dentro y fuera de la institución.

3.1.3. ABORDAJE EN CONSULTA

PRIMERA VISITA DEL RECIÉN NACIDO (RN)

En esta primera visita del recién nacido se llevan a cabo todas las exploraciones y tareas que están recogidas dentro de los protocolos del niño sano. La exploración genital es imprescindible en la evaluación de todo recién nacido, para verificar su normalidad y descartar malformaciones.

Los procedimientos, referentes a la exploración, de un/a niño/a africano/a no han de ser diferentes a los de cualquier otro/a niño/a que acuda a consulta, sea cual sea su etnia o procedencia **Se insiste en este punto para descartar la interpretación que se hace de este tipo de exploraciones como un acto de estigmatización o señalamiento a niños/as de una determinada etnia o procedencia.**

Para tener una visión global, es importante la recogida de datos referentes al menor y a su entorno familiar y social (ver capítulo 2), así como sobre el embarazo, el parto y el período neonatal. Es recomendable contar con vías de comunicación con los servicios de ginecología, que pueden recoger información sobre si la madre está mutilada, ya que éste es un factor de riesgo para las niñas recién nacidas, estos datos podrían quedar reflejados en el libro de salud o documento donde consten datos del parto y del recién nacido. En el apartado de la historia clínica donde se recogen los problemas de salud deben quedar registrados estos y otros factores de riesgo de MGF, así como la constatación de MGF realizada si fuera el caso.

Se llevan a cabo todas las actividades que estén recogidas en los protocolos de actuación respecto a la exploración física, tipo de alimentación, cuidados e higiene del recién nacido. Tras dejar constancia de todas estas actividades, se pautan visitas posteriores.

Es importante reseñar los países de origen o la procedencia con el objetivo de conocer la población atendida y sus diferentes realidades, así como para facilitar el análisis epidemiológico agregado de éste y de otros problemas de salud.

Cuando se constatan factores de riesgo inminente en esta primera visita, o en el caso de familias con las que existe un vínculo de confianza, se realizan actividades de prevención de MGF. Si no es urgente la intervención preventiva se espera la oportunidad en visitas sucesivas.

VISITAS SUCESIVAS DEL RN

Se recomienda que durante el primer año de vida se hayan hecho dos revisiones genitales, y al menos una intervención indagatoria y preventiva respecto a la MGF.

En cuanto a la construcción de un vínculo que facilite el abordaje del tema, la visita entre los 8 y los 12 meses puede ser uno de los momentos oportunos para abordar la MGF, pues si la niña acude a consulta desde recién nacida existirá un vínculo de conocimiento y confianza con la familia que facilite indagar sobre la práctica y el posicionamiento de los padres con respecto a la misma.

Aquí se aplican las herramientas de abordaje en consulta (ver capítulo 2), para facilitar el acercamiento respetuoso a los familiares en la explicación de las consecuencias a corto y largo plazo en la salud de sus hijas.

De acuerdo con lo explicado anteriormente, en el caso de consultas previas a un viaje al país de origen, se realiza una revisión general y se informa sobre asuntos de salud e higiene en general, así como un recordatorio sobre la MGF. En esta instancia, se les ofrece a los padres cumplimentar el compromiso preventivo y se pacta una cita para el regreso del viaje. En la cartilla de salud (o documento equivalente donde queden recogidas las actividades del protocolo del niño sano) se reseña la actividad preventiva respecto a la MGF, de modo que quede registrada para la visita al servicio de salud Internacional y que no tenga lugar allí una intervención repetitiva.

SITUACIONES ESPECIALES

Complicaciones en la salud

Cuando en la consulta se presentan problemas de salud física o psíquica a causa de una MGF ya practicada (ver capítulo 3), se les debe dar respuesta y derivar a los profesionales especializados en cada caso.

Reparación quirúrgica

En los casos en que sea necesario por razones de salud o se solicite por parte de la familia o de la adolescente, se derivará al hospital de referencia para tratamiento o reparación quirúrgica. La finalidad de la intervención puede ser reparadora, porque la práctica de la MGF ha dejado secuelas y genera problemas de salud en la menor o por que se solicita a fin de conseguir una recuperación funcional (ver el apartado «Reconstrucción», en el capítulo Salud sexual y reproductiva).

Adopciones

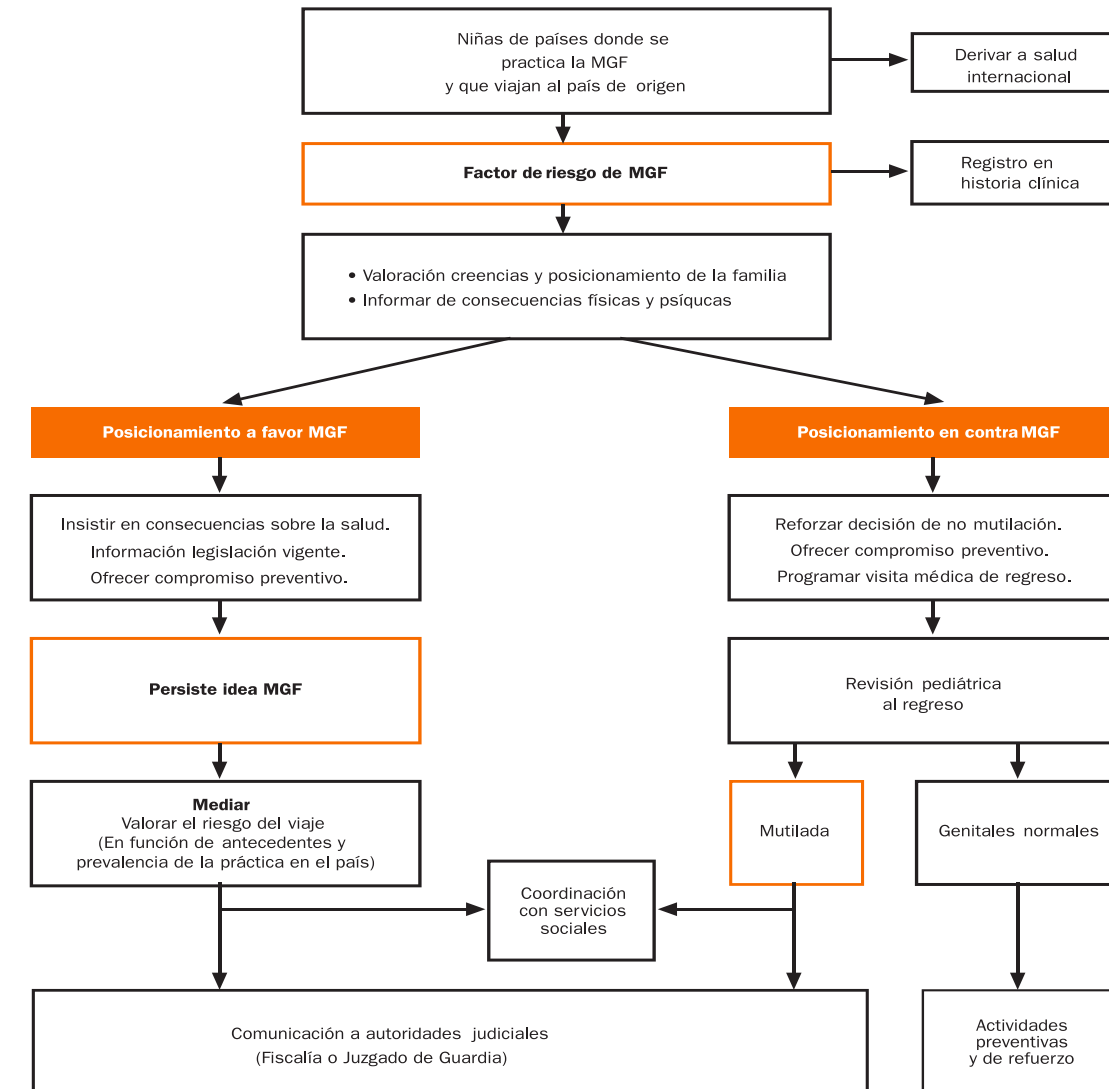
Las adopciones internacionales, una realidad creciente en los últimos años, provocan que lleguen a las consultas familias que no presentan factores de riesgo con niñas provenientes de países donde es frecuente la práctica de la MGF. La consulta, en estos casos, se debe a dudas de los padres respecto a si se les ha practicado o no una MGF, o por presentar alteraciones en su estado de salud (infecciones de orina de repetición, prurito en la zona, etc.).

En estos casos, no hay denuncia y se llevan a cabo todas las demás actuaciones habituales de información y derivación ante una MGF practicada (ver diagrama).

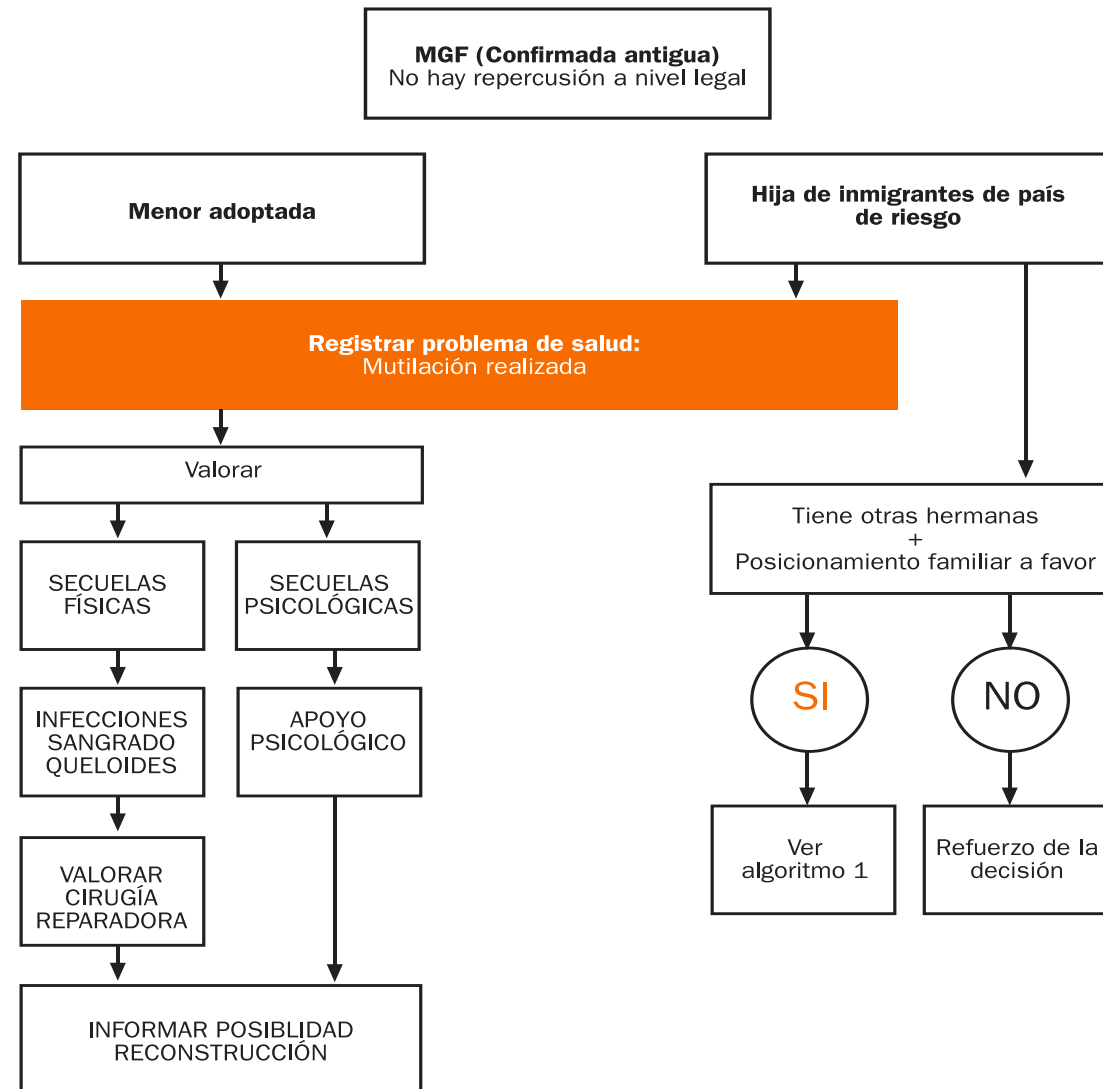
Adolescentes

Según recoge la Ley de Autonomía del Paciente, en caso de adolescentes mutiladas en los que el profesional constata madurez y capacidad de decidir, se puede abordar el tema de la MGF directamente con la menor.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE VIAJES AL PAÍS DE ORIGEN



ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE CASOS DE MGF



3.2. MEDICINA Y ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

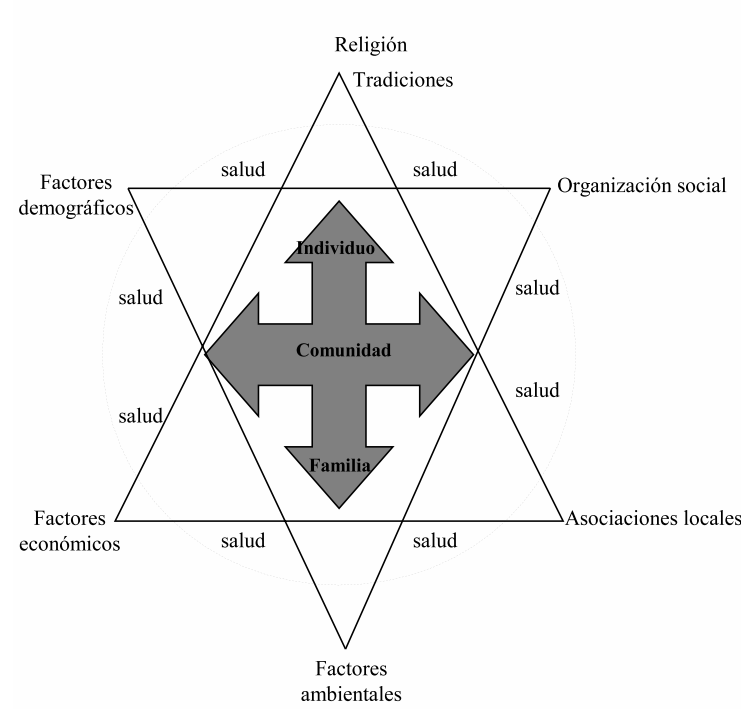
Ante la MGF, el principal objetivo de los equipos de salud territoriales de Atención Primaria, tanto de las áreas básicas de salud como de los equipos de salud pública municipales, es promover su prevención y abandono. Cuando ésta se haya producido, tratar las complicaciones asociadas a los distintos tipos de MGF.

La mayor efectividad se obtiene mediante un trabajo multidisciplinar y comunitario basado en el respeto, incluyendo el abordaje de la MGF dentro del conjunto global de las actividades preventivas habituales. A través de un enfoque comunitario y transversal, que tenga en cuenta el individuo, la familia, la comunidad y sus determinantes de salud (ver cuadro 1: "Determinantes de salud")

3.2.1. ABORDAJE COMUNITARIO

Para un abordaje comunitario, deben tenerse en cuenta el individuo, la familia, la comunidad, y los factores que determinan la salud. Hay que coordinarse con los servicios de salud, los servicios de educación y la administración local (servicios sociales, departamento de salud, promoción de la salud, departamento de educación, servicio de mediación, servicio de información y recursos para la mujer, etc.). También con las asociaciones locales que trabajen la prevención de la salud (directa o indirectamente) centros cívicos, centros de formación profesional, guarderías, asociaciones de madres y padres, etc.

Por último, sería interesante englobar a los técnicos encargados de dinamizar los planes de desarrollo comunitario que hay en algunos municipios.



Notas:

- : individuo, persona 1
- : individuo, familia, comunidad 2

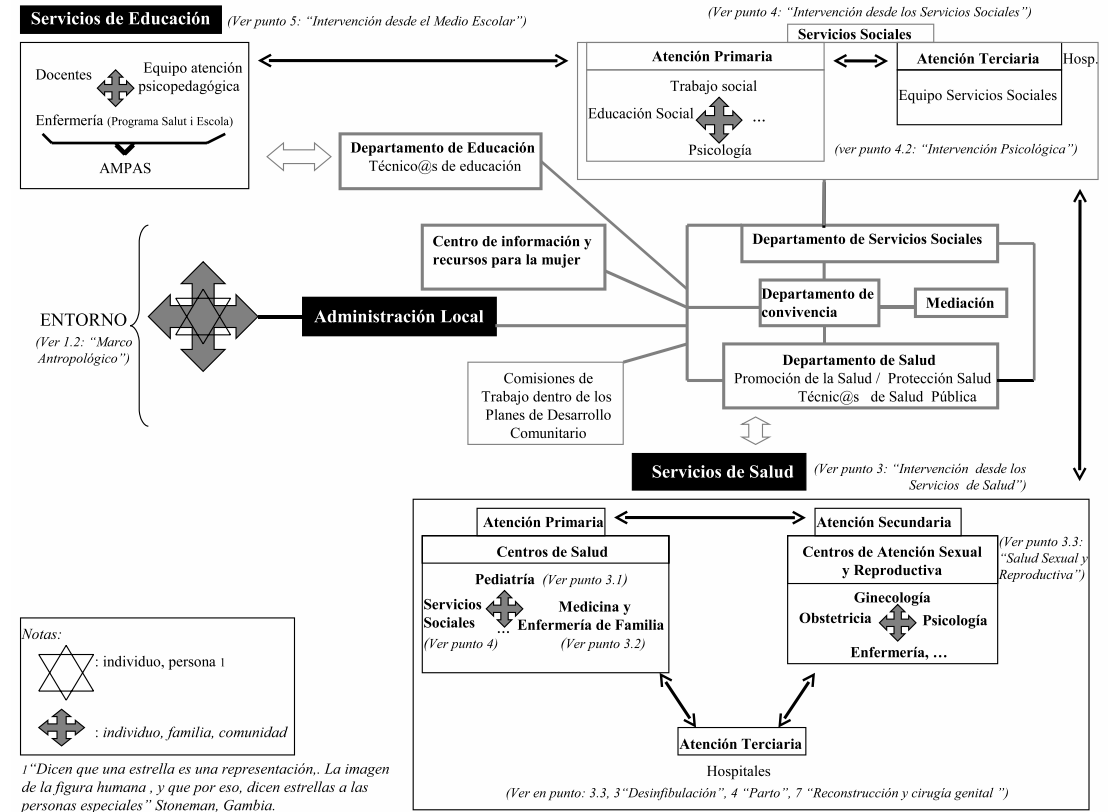
1. "Dicen que una estrella es una representación, La imagen de la figura humana , y que por eso, dicen estrellas a las personas especiales" Stoneman, Gambia.

2. VV.AA. (2006) *Enfermería comunitaria III*. Madrid, Mc Graw-hill Interamericana.

Cuadro 1: Determinantes de salud

ENTORNO

(Ver 1.2: "Marco Antropológico")



Cuadro 2: Propuesta para un abordaje comunitario

3.2.2. ABORDAJE EN CONSULTA

Antes de abordar directamente el tema de la mutilación, es preciso realizar una anamnesis completa, con el objetivo de conocer antecedentes personales y familiares (ver capítulo 2).

Tan importante como preguntar es registrar en la historia clínica la información obtenida respecto a MGF practicada o factores de riesgo, tanto para evitar intervenciones reiteradas sobre el tema como para facilitar el acceso a los datos de otros profesionales. Además de permitir al profesional conocer mejor a la persona que tiene delante, también favorece la creación de un clima de confianza, imprescindible para abordar el tema de la MGF.

Un buen momento para hacerlo suele ser el embarazo, con el objetivo de prevenir, así, posibles problemas que puedan aparecer en el parto si la mujer ha sido mutilada, aprovechando que se trata de un período en el que los padres están especialmente sensibilizados acerca de la salud actual y futura del bebé y, por lo tanto, más dispuestos a modificar actitudes.

Otro buen momento es la atención a una mujer que sufre complicaciones o secuelas (cistitis de repetición, anemia crónica, dismenorrea, hepatitis, problemas de salud mental, etc.) que pueden estar derivadas de una MGF anteriormente practicada (ver la parte inicial de este capítulo).

En todos los casos, hay que recordar las dificultades para el abordaje del tema con las familias y ser conscientes también de los dilemas que pueden presentarse al profesional en esta instancia (ver capítulo 2).

3.3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La consulta ginecológica o de obstetricia es el ámbito natural donde se manifiestan muchas de las secuelas de la MGF, por lo que constituye un espacio clave para su atención y prevención. En estos servicios se constatan las lesiones producidas y se trabaja en la recuperación de la salud física (ámbito ginecoobstétrico) y psíquica (vida sexual) de las mujeres mutiladas.

Buena parte de los efectos negativos a corto y largo plazo de la MGF en la salud de la mujer pueden presentarse en el ámbito sexual y reproductivo, como se aprecia en el cuadro siguiente.

SECUELAS DE LA MGF EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Tipo I	Infecciones urinarias de repetición
	Infecciones pélvicas
	Infertilidad
	Fístulas vesicovaginales o rectovaginales
	Quistes dermoides y/o queloides
	Enfermedades de transmisión sanguínea: VHB, VHC, HIV
	Dismenorrea
	Dispareunia
	Anorgasmia
	Disminución de libido
Tipo II	Hematocolpos
	Esterilización secundaria por enfermedad inflamatoria pélvica
	Incontinencia urinaria por fístulas
	Dificultad en el parto
	Imposibilidad de tener relaciones sexuales por estenosis vaginal

La prevención de la MGF en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva tiene dos perspectivas. Una es el trabajo en consulta, que se suma a la prevención primaria realizada habitualmente en el ámbito pediátrico para evitar nuevas mutilaciones, y la otra es la educación sanitaria en la comunidad, tanto dentro como fuera de los servicios sanitarios.

Estas tareas se llevan a cabo mediante la potenciación de recursos propios de las mujeres y la transmisión de estrategias para reducción de daños, quedando absolutamente excluida la medicalización de estas prácticas desde los servicios sanitarios.

3.3.1 ABORDAJE EN CONSULTA

Los canales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva son la iniciativa espontánea por parte de las mujeres, o bien la derivación, desde servicios sociales o desde Atención Primaria. Este acceso, en el caso de las mujeres africanas, se ve limitado por diversos motivos, por las barreras idiomáticas, la falta de autonomía para trasladarse, la relación cultural con los horarios pactados y el desconocimiento de los recursos sanitarios a su disposición.

Esto puede suponer un reto especialmente para los servicios de atención ginecológica, que deberían contar con dispositivos facilitadores como la presencia de una mediadora cultural o traductora. La flexibilidad y la capacidad de respuesta inmediata, así como una atención puntual y resolutive, son claves para la continuidad en la asistencia de la mujer.

La consulta es el mejor contexto donde realizar prevención individualizada y continuada, la educación sanitaria cara a cara y la transmisión de información y pautas de autocuidado, así como un ámbito privilegiado para responder a dudas e inquietudes personales.

En paralelo, se crean actividades de acercamiento a la comunidad, para familiarizar a la población con el servicio y, como medio alternativo a la consulta, con el objetivo de introducir propuestas de mejores cuidados en la salud, de realizar educación sexual y reproductiva en general, y prevención de prácticas como la MGF en particular.

Una MGF ya practicada en sí misma no suele ser motivo de una consulta por iniciativa de la mujer; la primera visita suele ser una urgencia ginecológica (prurito vaginal, metrorragia, retraso menstrual). Tampoco es habitual plantear dificultades en la sexualidad en este primer contacto, de modo que no es aconsejable abordar en un primer encuentro temas de sexualidad y/o de un probable antecedente de MGF.

Más aún, NO es necesario completar la historia clínica en la primera visita NI realizar una exploración completa si no es preciso.

Al igual que conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y confianza que facilite la continuidad en las visitas y, por lo tanto, el conocimiento de la historia individual de la mujer (origen, procedencia, etnia, etc.), también se debe valorar la normalización de las preguntas sobre la MGF como parte importante de la salud sexual y reproductiva (ver capítulo 2).

El vínculo creado a partir de la consulta ginecológica es propicio para introducir argumentos en contra de esta práctica, ya que la transferencia tanto de información sobre sus secuelas como de herramientas para el autocuidado se potencia con la confianza construida a lo largo de las actuaciones frecuentes. Hay que tener en cuenta que existe cierta resistencia en este colectivo de mujeres a las actividades grupales, por lo que convienen formas alternativas de educación en salud, en pequeños grupos o en la intimidad de la visita.

Los procedimientos en consulta son los habituales, importando especialmente el correcto registro de filiación en la primera visita: edad, núcleo familiar, país de origen, etnia, tiempo de permanencia en el país de acogida.

La propuesta de asistencia de los servicios de salud sexual y reproductiva puede resumirse en:

- a. Acceso fácil y no restrictivo**
- b. Atención receptiva, con respuesta inmediata**
- c. Acercamiento a la comunidad, con actividades específicas**

1 CONSULTA GINECOLÓGICA

Se puede abordar aquí el tema de una probable MGF a través de la indagación sobre manifestaciones clínicas relacionadas con la misma: dismenorreas, vaginitis repetidas, cistitis, partos anteriores con dificultades, dispareunia. Si las preguntas se realizan en un marco de confianza, respeto y privacidad, suelen ser contestadas con naturalidad; en este sentido, conviene también considerar la normalización de las preguntas sobre el tema. Es importante relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una mutilación con ésta, con naturalidad pero con firmeza, transmitiendo elementos para que puedan replantearse la postura ante la MGF cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.

Cuando el motivo de la consulta es la anticoncepción, hay que tener en cuenta que la MGF de tipo III puede dificultar la elección del método anticonceptivo, como es el caso del DIU. Toda recomendación en este campo debe hacerse desde el reconocimiento del valor de la fertilidad en el contexto sociocultural de las mujeres africanas.

Asimismo, se realiza una prevención a medio y largo plazo mediante la transferencia de conocimientos y otras herramientas que permitan tener una postura crítica frente a esta práctica perjudicial.

Se puede sospechar la existencia de una MGF cuando se plantee una exploración ginecológica y ésta sea respondida con actitudes evasivas. Por esto, siempre se debe obtener el consentimiento explícito para la misma.

La apariencia de los genitales externos de una mujer mutilada puede provocar en el profesional reacciones de sorpresa o desagrado (ver ilustraciones en capítulo 1), que de ser percibidas favorecerán sentimientos de vergüenza o humillación. Las distancias culturales que hay que gestionar desde el servicio se manifiestan en este conflicto entre lo que unos y otros tienen integrado como «apariencia normal» de los genitales externos de una mujer.

En la exploración debe observarse la integridad del prepucio y del clítoris, así como de los labios menores y mayores. Esto permite catalogar el tipo de MGF si se ha producido, y a partir de esta información, plantear futuras exploraciones y actuaciones sanitarias.

El profesional se encuentra con la imposibilidad de realizar una exploración vaginal completa si hay una MGF tipo III (infibulación), poco frecuente en España dada la procedencia de las mujeres africanas inmigradas.

Ante cualquier diagnóstico de patología y de indicación de tratamiento, es muy importante dar una explicación clara y comprensible que propicie su entendimiento y cumplimiento. Se debe tener en cuenta que muchas mujeres africanas no saben leer ni escribir, lo que restringe el uso de materiales escritos.

2. EMBARAZO

El control y el seguimiento del embarazo se realizan según los protocolos vigentes, como los de cualquier otra gestante.

Cuando una visita está vinculada con la gestación, es necesario explicar claramente todos los controles y exploraciones que se realizarán a lo largo de la misma, ya que una MGF puede interferir por ejemplo, en la realización de algunas exploraciones, como en el caso de las ecografías transvaginales.

Para una correcta prevención secundaria durante el parto, es importante que se constatare una MGF quede registrada debidamente en la historia clínica de la paciente (ver capítulos 2 y 3). Si se encuentra una MGF de tipo I o II, se debe tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones moti-

vadas por esta situación durante el parto. En el caso de MGF tipo III, es posible que el introito, periné y tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá una correcta exploración. En estos casos se plantea la intervención desinfibulatoria.

3. DESINFIBULACIÓN

Esta intervención es imperativa en el caso de una MGF de tipo III, en la que sólo se ha dejado un pequeño orificio en el introito y, por lo tanto, el parto sin desinfibulación implicaría un desgarro total de periné con una alta morbilidad fetal.

No obstante, se realiza siempre que la mujer infibulada firme el consentimiento informado. Mediante éste explicita su consentimiento tras haber sido informada con detalle, tanto ella como su pareja, del motivo de la intervención y de los beneficios de ésta en el desarrollo del parto y la salud del niño y la madre, así como en la micción, la menstruación y en sus relaciones sexuales. Asimismo, es aconsejable explicar concretamente en qué consiste la intervención.

En los tipos I y II, que en principio no presentan dificultades durante el parto, se debe evaluar la elasticidad de los tejidos de la zona, considerando la posibilidad de episiotomía medio-lateral sólo en caso de necesidad.

La intervención desinfibulatoria puede plantearse con independencia de la gestación y el parto, si bien es muy poco frecuente.

Por razones de seguridad, el mejor momento para realizar la desinfibulación es entre las semanas 20 y 28 de la gestación; si esto no es posible, se lleva a cabo en el momento del parto.

Figura 1. Técnica a seguir en la desinfibulación:



1. Exploración

2. Anestesia

3. Corte de la zona

Fuente: *Mutilación genital femenina, abordaje y prevención*; Medicus Mundi, Andalucía, 2008

Tras realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antisépticos, nunca derivados iodados en embarazadas, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de ésta y la zona a infibular (figura 1).

Si la desinfibulación se realiza durante el parto, lo más conveniente es la utilización de anestesia epidural. Cuando se trata de anestesia local, se infiltra con aguja fina a 45° en pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico (figura 2). Posteriormente, se infiltra anestesia en el tejido grueso de la misma zona, en sentido longitudinal y utilizando aguja intramuscular a 45°.

Para la incisión, se introduce el dedo índice a través del introito vaginal en dirección al pubis y luego se corta con tijeras siguiendo la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible, no más allá para evitar hemorragias (figura 3). Es preciso extremar el cuidado en esta zona, debido a la hipersensibilidad del clítoris. Finalmente, se sutura ambos lados por separado, utilizando sutura fina.

Es importante dejar claro que no se realizará una reinfibulación después del parto.

4. PARTO

El parto es una instancia de prevención secundaria, orientada a evitar complicaciones derivadas de una MGF realizada, principalmente en el período expulsivo. Además de las consideraciones habituales durante el parto, reviste especial importancia la actitud tranquilizadora de los profesionales a cargo del mismo, así como la capacidad de gestionar reacciones adversas a la aparición genital de la mujer circuncidada.

En estos casos, se busca la participación de una mediadora cultural y/o la pareja de la gestante, tomando en cuenta que la mujer puede preferir una compañía femenina cualquiera incluso antes que su familiar directo por tratarse de un asunto tabú en su cultura.

Se intenta reducir al mínimo durante este período las exploraciones vaginales, así como la rasuración perineal de manera rutinaria. En el período expulsivo, es fundamental valorar la elasticidad vulvar para evitar desgarros y, tal como se reseña en el apartado anterior, dejar la episiotomía para casos de extrema necesidad.

Las complicaciones más graves en los partos de las mujeres con MGF son:

- Necesidad de cesárea
- Metrorragias tras el parto
- Hematomas perineales
- Fístulas obstétricas
- Sufrimiento fetal

Éstas pueden derivar en la muerte del recién nacido y/o la madre o en su esterilidad, si no son atendidas debidamente durante el parto.

5. POSTPARTO

Tras el parto, las actuaciones sanitarias en las mujeres con MGF se centran en los siguientes aspectos:

- a) Explicar la cura y el cuidado de posibles desgarros producido en el parto.
- b) Aconsejar no reiniciar relaciones sexuales hasta la completa cicatrización de heridas, utilizando lubricantes en un inicio si es necesario
- c) Informar sobre otros aspectos relacionados con la higiene y los cuidados del aparato genital después del parto.

En términos de prevención de la MGF en niñas recién nacidas y considerando que el seguimiento corresponde al servicio de pediatría, es especialmente relevante la vinculación de éste con los profesionales de salud sexual y reproductiva previa al parto y postparto.

6. COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN LA VIDA SEXUAL

Este tipo de complicaciones, las psicológicas, se conocen poco. Apenas existen estudios que hayan tratado de diferenciar entre las causas físicas y las psicológicas de las posibles disfunciones sexuales.

Dichas disfunciones pueden aparecer debido a la extirpación del clítoris y los labios menores, así como por dificultades en la penetración o en la estimulación y por la presencia de dolor en las relaciones. En los estudios realizados, la excitación de las mujeres es diferente según el tipo de intervención que han sufrido.

Los daños físicos y psicológicos, junto con el dolor, pueden dificultar que se disfrute de una vida sexual plena (falta de deseo sexual, mayor dificultad para conseguir al orgasmo, menor frecuencia de orgasmos y menor placer sexual que las mujeres que no han sufrido una MGF). A su vez, puede dar lugar a cuadros de ansiedad y depresión crónica por la preocupación del estado de los genitales, por dismenorrea intratable y por el miedo a la infertilidad. Además, las mujeres mutiladas que viven en sociedades donde esta práctica no es habitual, pueden llegar a tener problemas en el desarrollo de su identidad sexual.

Por otro lado, las mujeres que han sido infibuladas y desinfibuladas en el momento del matrimonio para permitir la penetración, experimentan dolor y, en ocasiones, traumas psicológicos graves. El primer acto sexual sólo puede realizarse después de haber dilatado la abertura que ha quedado después de la mutilación y, en algunos casos, es necesaria la práctica de una incisión para hacer posible la penetración.

7. RECONSTRUCCIÓN Y CIRUGÍA GENITAL

Actualmente, la extirpación del clítoris asociada al tipo I y II de MGF se está comenzando a resolver quirúrgicamente. La intervención de reconstrucción incluye la desinfibulación (en el tipo III) y la reconstrucción del clítoris o zona afectada (en los tipos I y II), si bien ésta es posible en función de los daños ocasionados.

Es deseable que antes de la intervención se haga una valoración psicológica de la mujer considerando las repercusiones en su vida sexual y los beneficios que pueden proporcionar tanto a nivel funcional como de apariencia anatómica de sus genitales externos.

El resultado de la intervención es una apariencia anatómica de normalidad en los genitales femeninos; se evitan problemas de salud relacionados con la mutilación, pero, sobre todo, y en algunos casos, dependiendo de la gravedad de la mutilación, se recupera la sensibilidad del clítoris a los 3-4 meses de la cirugía. Todos estos elementos pueden contribuir a la mejora de la calidad de la vida de la mujer.

4

INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales básicos son el primer nivel del sistema público de atención social, el más próximo a las personas y al ámbito familiar y social. Se organizan territorialmente y están dotados de un equipo multidisciplinar.

Dadas las características del trabajo en la MGF, uno de los ejes principales de intervención preventiva se da en los servicios de salud; a pesar de ello el abordaje de la MGF debería plantearse desde una perspectiva multidisciplinar. Solo aunando los esfuerzos desde los distintos servicios e instituciones podremos llevar a cabo una intervención preventiva eficaz, y en este sentido los profesionales del trabajo social son los elementos facilitadores de ésta dinámica de coordinación.

En general, los servicios sociales se orientan a favorecer la autonomía de las personas, mejorar las condiciones de vida, eliminar situaciones de injusticia social y favorecer la inclusión social. Algunas de sus funciones vinculadas a la MGF concretamente son:

- Detectar e intervenir en los núcleos familiares o de convivencia en situación de riesgo por MGF, especialmente si hay menores.
- En colectivos de riesgo, realizar actuaciones preventivas y, si es necesario, tratamiento social o socioeducativo.
- Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales, especialmente los que buscan la integración y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Hacemos hincapié en la importancia de que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres.

- Aplicar protocolos de prevención y atención ante maltratos a menores. En el caso de la MGF, existe el compromiso preventivo como herramienta específica de prevención (ver anexo).
- Fomentar la comunicación y coordinación entre los profesionales de los diferentes ámbitos que intervengan en la atención a las personas en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).
- Apoyar y dar soporte a profesionales que se incorporen al trabajo con colectivos de riesgo, especialmente cuando se dan situaciones de urgencia en las que resulte necesaria la intervención de diferentes dispositivos.

4.1. ABORDAJE DESDE SERVICIOS SOCIALES

Como se indicaba anteriormente, el trabajo en red implica a los profesionales de diferentes ámbitos como: servicios sociales, sanitarios, educativos, judiciales y policiales. Por lo tanto, es muy importante trabajar coordinadamente con los diferentes servicios, en base a unos circuitos claramente definidos para hacer una intervención eficaz, acorde con la realidad del territorio donde se trabaja.

Por otro lado, también se implicará directamente a la población de riesgo, a partir de un abordaje educativo y desde la salud. Esto debería hacerse desde el respeto a las diferentes culturas y contando con el soporte de los mediadores y de asociaciones locales y del país de origen.

TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Los profesionales de los servicios sociales suelen centrar su intervención individual en un contexto familiar. Como se ha visto en el capítulo antropológico, la decisión de realizar la MGF no la toman exclusivamente los progenitores, sino que es una decisión que puede ser adoptada por parte de la familia extensa en el país de origen. Por lo tanto, la intervención debería centrarse en el sistema familiar, más que en el individuo en concreto. Esto facilitará la motivación al cambio en los aspectos de sensibilización hacia la sustitución de la fase agresiva de la práctica.

Proponer una intervención con enfoque familiar no significa que las intervenciones tengan que hacerse sobre el grupo familia desde el principio. Más bien al contrario, se recomienda plantear el tema individualmente, por lo general es mejor hablar con la madre a solas, o bien acompañada de alguna mediadora. Más adelante se tendrá que incorporar al padre en los acuerdos y en todas las intervenciones de compromiso que se hagan en adelante.

La intervención suele plantearse en familias con las que ya se está trabajando para abordar otras dificultades o necesidades y en las que el profesional detecta algún factor de riesgo para la MGF (ver capítulo 2, Factores de riesgo de MGF en la infancia) de una forma coordinada con los servicios de salud, o bien ante una situación de urgencia por la proximidad de un viaje planteada desde otro servicio (sanitario o escolar). En esta situación puede ocurrir que no se conozca a la familia con anterioridad, a pesar de ello se deben plantear las actividades específicas de prevención además de las medidas de protección de la menor que requiera el caso, planteadas de una forma rápida y coordinada.

Se puede decir que la intervención desde los servicios sociales no sea muy diferente de la que esté protocolizada en otros casos de maltrato, pero respecto a la MGF hay algunas premisas que deben ser consideradas particularmente, como ya se indican en el capítulo antropológico:

- A pesar de suponer una agresión hacia la niña, los motivos que argumentan los padres para practicar la MGF se refieren normalmente a la integración en su cultura y a favorecer el futuro de sus hijas. Un discurso culpabilizador y amenazante por parte del profesional no será entendido ni atendido.
- La MGF es una práctica ancestral y muy arraigada en algunas etnias. Una intervención dogmática y aleccionadora por parte de los profesionales no establecerá las condiciones necesarias para que los padres puedan plantearse un cambio en cuanto a su percepción sobre la MGF.
- A menudo la decisión de la práctica de la MGF se toma fuera del núcleo familiar e incluso fuera del país de acogida, por lo que la protección de la menor irá relacionada con la capacidad del profesional para dotar a los padres de argumentos y capacidad de decisión para poder proteger a su hija en el país de origen.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

La misión del profesional de los servicios sociales en relación con las familias deberá diferenciarse según la situación en que se encuentre ésta y la intervención se realizará en diferentes niveles:

1. Información y sensibilización general. Cuando se da el primer contacto de la familia procedente de país en riesgo y los servicios sociales.
2. Prevención específica. Cuando hay previsto el viaje de la menor al país de origen.
3. Intervención en caso de sospecha. Cuando la familia no colobra en las propuestas preventivas de MGF y está previsto el viaje.
4. Intervención en caso de MGF practicada. Cuando se tiene la certeza o la sospecha fundada de que se ha realizado la MGF.

Nivel 1. Información y sensibilización

En familias procedentes de países en riesgo

Las actuaciones serán básicamente preventivas, proporcionando información sobre los riesgos en la salud y en los derechos de la niña, así como de las consecuencias legales a los colectivos de riesgo.

Es necesario:

1. Fomentar la formación y sensibilización de los profesionales, teniendo en cuenta las experiencias de prevención de la MGF en los países de origen, en España y en otros países europeos.
2. Informar a todas las familias de la población diana sobre las consecuencias que la MGF tiene sobre la salud en las niñas, y su tipificación como delito en nuestro país.
3. Colaborar con las asociaciones y entidades que agrupan a la población originaria de países donde se practica la MGF.

Alguna de las actividades que se pueden realizar son:

- La difusión de material divulgativo, dirigido a las familias en riesgo, que incluya información sobre la MGF como, por ejemplo, la iniciación sin mutilación.
- Fomentar la realización de sesiones informativas dirigidas a los servicios sociales, sanitarios, educativos, policiales, etc.
- Formación de agentes de salud de la propia comunidad subsahariana.
- Información, sensibilización, orientación a las familias a nivel individual y comunitario, siempre que sea posible mediante un mediador intercultural subsahariano.

Nivel 2. Prevención específica

En familias que plantean un posible viaje al país de origen

La intervención en este nivel se activará cuando se tenga conocimiento de que alguna niña tenga previsto viajar al país de origen. A partir de este momento es especialmente importante la coordinación con los servicios de salud a fin de conocer si se han realizado intervenciones previas y de planificar las actividades posteriores.

En la entrevista se plantearán los riesgos que tienen estas prácticas para las niñas, así como las consecuencias legales. El/la profesional contactará con los diferentes profesionales que intervienen en la atención de la menor en otros ámbitos (servicios sociales de atención primaria, salud, escuela, servicios especializados, etc.) para informar de la posibilidad/proximidad del viaje y reforzar desde los diferentes ámbitos el compromiso preventivo. Se propondrá la firma del compromiso preventivo y se programará una visita pediátrica antes del viaje y a la vuelta de éste. Este documento permitirá reforzar ante la comunidad la determinación de no realizar la mutilación a la niña.

Una vez los profesionales tienen conocimiento del retorno de una niña, se indicará a los padres que la lleven a una revisión pediátrica, de acuerdo con los servicios de pediatría.

Nivel 3. Intervención en caso de sospecha

La intervención en caso de sospecha se realiza cuando la familia rechaza o no colabora en las propuestas del segundo nivel, o bien si hay evidencias o indicios suficientes de que los padres piensan practicar la mutilación genital femenina a sus hijas.

En este caso se informará de la situación de riesgo de la menor a fiscalía de menores y/o juzgado de guardia, para que tomen las medidas de protección de la menor necesarias.

Del mismo modo, ante la sospecha fundada de mutilación al regreso del viaje, también deberá comunicarse la situación a fiscalía de menores y/o juzgado de guardia.

Nivel 4. Intervención en caso de MGF practicada

Ante la certeza de que se haya practicado la MGF como ante cualquier otro caso de maltrato, es responsabilidad del profesional ponerlo en conocimiento de la justicia. La omisión del hecho puede acarrear al profesional consecuencias legales.

4.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑAS, MADRES Y FAMILIAS

Debido a lo traumático de la práctica, además de la reparación física que permite la cirugía reconstructiva (ver capítulo 3.3), resulta preciso plantear la necesidad de la reparación psicológica del daño a la niña o a la mujer mutilada. Según un estudio realizado en Sudán a niñas y mujeres con problemas psicológicos asociados directamente a la práctica de la mutilación, la mayor parte de sus problemas son a menudo sutiles y se encuentran enterrados en capas de negación y aceptación de las normas sociales.

El hecho de entender la dinámica personal y comunitaria de la aceptación de la MGF es importante, no sólo para desenterrar los desórdenes psicopatológicos existentes, sino también para comprender, aunque no se comparta, la razón de la continuación de la práctica. Tal comprensión es básica para el diseño de los esfuerzos para detener la práctica. Este trabajo debería liderarse desde los centros de atención psicológica. En la mayoría de los casos se tratan los síntomas físicos, pero no se tienen en cuenta las consecuencias psicológicas que esta práctica supone en quienes la padecen.

Complicaciones psicológicas

La investigación científica sobre los aspectos psicológicos de las MGF es escasa. Sin embargo, los pocos estudios existentes y experiencias vividas por niñas y mujeres sometidas a una MGF muestran que esta práctica puede llegar a ser una experiencia traumática, afectando negativamente a su desarrollo emocional. Las niñas suelen estar despiertas durante la realización de la intervención, por lo que, además del dolor físico, existe un gran miedo y confusión acerca de lo que les está sucediendo. Los relatos personales de mujeres que han sufrido una mutilación revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, que tendrán efectos negativos. El cuadro de este malestar psicológico es el estrés postraumático, pudiendo darse en estos casos síntomas tales como el insomnio, pesadillas recurrentes, pérdida del apetito, aumento o descenso de peso, ataques de pánico, dificultades para la concentración y el aprendizaje, etc. Según un estudio realizado en Senegal, más del 30 % de las mujeres que han sufrido esta práctica sufren estrés postraumático, porcentaje comparable a los de abuso sexual infantil.

En algunas culturas, a estas niñas y mujeres no les está permitido expresar apropiadamente su sentimiento de desasosiego o malestar psicológico, deben guardar silencio y pueden producirse cuadros de psicopatización, mostrando este dolor psicológico en forma de molestias físicas.

Teniendo en cuenta el contexto cultural y psicosocial de las menores mutiladas, cabe pensar que el impacto emocional para las niñas es mayor cuando éstas viven en países occidentales y se les realiza la mutilación en un viaje al país de origen. El hecho de vivir en un entorno donde esta práctica no existe y además está penalizada, hace incrementar aún más su confusión ante los acontecimientos, no viéndolos como un proceso por el que pasan todas las mujeres. En estos casos, además de la experiencia traumática antes explicada, se puede llegar a generar un rechazo hacia el grupo de pertenencia, el colectivo africano y su cultura, con los problemas de identidad que ello puede suponer.

Cabe pensar que, para las menores que han crecido en sociedades donde la práctica es habitual, el impacto emocional es menor dado que se puede esperar la iniciación con ilusión (a pesar de no saber bien de qué se trata), pues es algo legitimado, reconocido y valorado por la sociedad. Al contrario, aquellas niñas a las que en su comunidad no se les practique la mutilación pueden ser objeto de desaprobación y burla por el resto de miembros.

Por otro lado, las mujeres que han sufrido la práctica de la MGF y viven en una sociedad occidental se enfrentan a otra carga psicosocial añadida, ya que en muchas ocasiones los valores asociados a la MGF y su impacto físico y psicológico son mal entendidos por el país de acogida, creando posturas de rechazo por parte de los profesionales y posicionamientos inflexibles ante las actividades de prevención.

5.1 EL PAPEL DE LA ESCUELA EN LA PREVENCIÓN DE MGF

La escuela y las personas que en ella trabajan pueden tener un papel fundamental, tanto en la prevención de casos como en la sensibilización sobre la realidad de las MGF. Como se ha desarrollado a lo largo de esta guía, la MGF es una realidad cultural profundamente ligada a la salud y a los derechos humanos de las niñas y mujeres afectadas. Abordarla requiere un posicionamiento previo de respeto hacia las personas implicadas y la voluntad de comprender su naturaleza compleja, sin pretender tener la respuesta a un conjunto delicado de intereses y de saberes. Sólo se podrá acompañar y apoyar el cambio sociocultural desde el conocimiento concreto de la realidad que importa modificar.

Desde una perspectiva de análisis intercultural de los procesos educativos, se constata la necesidad de largos períodos de tiempo para la transformación de las conceptualizaciones sobre las personas de culturas distintas. La presencia en las aulas de personas con orígenes distintos y grados también distintos de adscripción a sus propias culturas ha puesto de manifiesto la necesidad de partir, siempre, de los casos individuales, de la reconstrucción pormenorizada de las situaciones y de la prudencia en la emisión de diagnósticos. En este sentido, el acercamiento y la comprensión de las MGF no difieren del acercamiento y la comprensión de otras prácticas culturales distintas, cualesquiera que sean.

Sería útil para los profesionales de la educación, en primer término, leer esta guía con detenimiento, desde el principio. Trabajar en ella, en el compendio de saberes que contiene, en sus recomendaciones generales, en los procesos concretos que dibuja y propone, en los interrogantes que genera y en los prejuicios y estereotipos que hace emerger. Desde ahí, y no desde otro lugar, es desde donde desarrollar, en la escuela, la sensibilización y, en su caso, la prevención de situaciones de MGF que, si bien son proce-

Los documentos con características propias, tienen aspectos en común como el acceso a la información, el tipo de información necesaria y las actitudes y predisposiciones fundamentales hacia las MGF.

INFORMACIÓN

Cuando en la escuela se encuentren niñas que reúnen las características de riesgo que se apuntan en esta guía, es imprescindible informarse bien antes de actuar. Hay que informarse a partir de fuentes solventes y de manera contrastada sobre la realidad de la MGF en España y en los distintos países del mundo. Pero es necesario informarse particularmente a fondo sobre los indicadores de riesgo y sobre los momentos y los modos adecuados de actuación. En este sentido, esta guía es una fuente muy valiosa de aportaciones desde la interdisciplinariedad.

Es fundamental moverse con prudencia, discreción y con la máxima confidencialidad. Hablar con la niña, con la familia, con la policía u otras iniciativas que pueden ser bienintencionadas, si se llevan a cabo prematuramente son temerarias y pueden resultar totalmente contraproducentes.

También es necesario familiarizarse con la historia y el contexto cultural de la MGF en el país de origen concreto de que se trate y en las poblaciones de la sociedad receptora donde se practica o donde se tenga conocimiento de situaciones similares. En los centros de salud locales, en los servicios sociales, en asociaciones y entidades se puede preguntar por personas con preparación para realizar esta labor informativa o bien pueden derivar la demanda a otras con mayor experiencia en el tema (personas expertas en antropología, en mediación intercultural, etc.), capaces de ofrecer consejo y orientación sobre aspectos legales, de prevención e intervención específicos.

5.2 IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES Y APOYO A LAS NIÑAS Y A SUS FAMILIAS

Desde la escuela pueden identificarse dos tipos de situaciones: antes de que se practique la MGF o después.

Las familias que han decidido circuncidar a sus hijas suelen aprovechar una estancia de vacaciones al país de origen para llevar a cabo el rito. Ello no significa, tal y como confirman los datos disponibles, que todas las familias que vayan de vacaciones a su país de origen deseen «iniciar» a sus hijas. Cuando trasciende que una niña irá al país de origen de su familia conviene extremar la prudencia y no llegar a conclusiones precipitadas que pueden provocar intervenciones inoportunas. Es sabido que cada vez hay más familias con dificultades para tomar una decisión definitiva y que se debaten entre transgredir la norma cultural y renunciar a la MGF, o ceder a las presiones de las personas ancianas de su comunidad de origen y permitir que ésta se lleve a cabo.

Las niñas que han de ser iniciadas no suelen saberlo antes de viajar. Cuando son algo mayores, es posible que sí dispongan de alguna información aunque, en la mayoría de los casos, es poco probable que lo hablen con personas ajenas a su familia o a su comunidad. Puede ocurrir que se muestren poco comunicativas y que no quieran hablar de su viaje inminente. Cuando las actitudes por parte de las niñas parecen negativas, puede ser una señal de que la niña sabe o sospecha que está previsto someterla al ritual, aunque no es siempre ésta la causa de un rechazo aparente. Puede haber otros motivos que apuntaremos más adelante.

Las/os maestras/os y profesionales de la educación pueden ofrecer apoyo a las chicas, dependiendo en buena medida de la relación interpersonal que tengan con ellas. Si la relación es de confianza, pueden aportar información, educación y apoyo psicológico siguiendo las pautas que proponemos en el apartado sobre este tema. Si no es así y la sospecha parece fundada, los profesionales deben ponerse en contacto con los servicios sociales o sanitarios antes del viaje, con tiempo suficiente, si es posible, para permitir una intervención preventiva adecuada.

Se desaconseja una reflexión a nivel del aula sobre la realidad de la MGF si se orienta desde la sospecha hacia alguna niña en particular. Cualquier propuesta educativa intercultural requiere un trabajo sostenido en el tiempo, no excepcional y que permita pensar en la diversidad cultural de todas las personas que componen el grupo-clase, sean extranjeras, inmigrantes o no lo sean; se perciban como distintas culturalmente o no.

La denuncia y las acciones legales tienen que utilizarse como último recurso, ya que los efectos y consecuencias para la niña, su familia y su comunidad de origen en la sociedad receptora así como para la escuela y para los propios profesionales, pueden ser contrarias a la intención inicial, a veces incluso devastadoras.

Si, pese a las acciones preventivas, se observa un cambio en el comportamiento de las niñas al regresar de un viaje de vacaciones, se puede pensar que le han practicado la MGF. En general, hablan menos, están poco comunicativas, poco concentradas y suelen mostrarse reacias a las relaciones con los demás.

El hecho de tener un secreto, una experiencia que no pueden compartir con las personas que no *«han sido iniciadas»*, les supone una tensión mental y emocional muy fuerte. La imagen que tienen de sí mismas ha cambiado, han tomado conciencia de que ahora *«son»* diferentes y por consiguiente, la relación que tenían establecida con sus compañeras puede cambiar radicalmente al no sentirse parte del grupo, aunque puedan seguir deseando formar parte de él.

Por otro lado, si se les propone hablar de las vacaciones o sobre el país de origen de su familia, quizá no digan nada o se expresen de manera abiertamente negativa. El rechazo, que suele ser temporal, se expresa con afirmaciones rotundas como *«los africanos son muy primitivos, sucios, pobres»*, *«no quiero volver nunca más»*, *«no me gusta el país de mis padres»*, *«yo no soy africana»*, etc. No suelen explicar los motivos de su rechazo, pero se trata de la negación de su vínculo con África, por diversas razones, entre ellas el horror vivido y la imposibilidad de superarlo si no es con la ayuda de una persona debidamente preparada para ello.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que, a veces, las niñas y también los niños manifiestan rechazo hacia el país de los padres después de una visita en vacaciones. Las razones son varias, algunas tienen que ver con la enorme diferencia existente entre la vida que llevan aquí en Europa y la que se vive allí, otras con la distancia existente entre la imagen más idealizada de África que les han transmitido su padre y su madre y su experiencia al estar ahí; la constatación personal de la información que reproducen los medios de comunicación y de los estereotipos, que sobre África y sus habitantes, imperan en la sociedad receptora. Esta reacción más o menos normal, sobre todo entre adolescentes, requiere siempre un apoyo y acompañamiento, pero la diferencia cuando una niña ha sufrido la MGF estriba en la manifestación de rabia, de indiferencia excesiva, de apatía, en las pocas ganas de hablar y de compartir con los demás su experiencia.

Físicamente, estas niñas no suelen manifestar incomodidades y malestar ya que, como hemos dicho anteriormente, los tipos de MGF que suelen practicarse en las poblaciones establecidas en España son la clitoridectomía y la excisión, de manera que la cicatrización de la herida resultante de la ablación es relativamente rápida y se recuperan durante las vacaciones siempre que el proceso de curación sea bueno. Así, las secuelas más visibles serán psicológicas y emocionales, y se expresarán en la relación con las demás personas.

Una vez más, insistimos en que el apoyo que puede darles una profesora dependerá mucho de la relación de confianza y de respeto que exista entre ellas. Conviene, no obstante, tener en cuenta que estas niñas pueden necesitar una ayuda psicológica especializada, pero no de cualquier terapeuta, sino de alguien con los conocimientos, las habilidades y las actitudes adecuadas para intervenir en este tipo de situaciones.

Por ello se recomienda derivar a estas niñas, a través de centros de salud locales, de servicios sociales o asociaciones y entidades, a personas familiarizadas con las prácticas tradicionales de la comunidad y preparadas para ofrecer una ayuda adecuada a ellas y a sus familias. En el apartado *Claves para entender el dilema de las familias*, del capítulo 2, así como en otros apartados de esta guía, se profundiza en aspectos que pueden ser útiles tanto para la propia actuación como para la búsqueda de apoyos.

6

MARCO JURÍDICO

Como se menciona en la introducción a este manual, la práctica, la atención y la prevención de la mutilación genital femenina están previstas en la legislación internacional y nacional de algunos países. Éste es el caso de España, donde se regula según lo que se explica a continuación.

6.1 NORMATIVA INTERNACIONAL MARCO PARA ESPAÑA

* Protección internacional basada en la persecución por motivos de género

Según la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados al emitir sus directrices —que sirven de guía legal interpretativa a gobiernos, a los tribunales y al personal del ACNUR— sobre protección internacional relativos a la persecución por motivos de género en el contexto del artículo 1A(2) de la convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967. Los motivos de la convención en referencia al sexo pueden subsumirse en la categoría de pertenencia a un determinado grupo social, «siendo las mujeres un claro ejemplo de subgrupo social definido por características innatas e inmutables, y que en general recibe un trato diferenciado al de los hombres». Sus características también las identifican como grupo ante la sociedad, la cual las somete a diferentes tratos y normas en algunos países. www.acnur.org/biblioteca/pdf/1753.pdf

* Convención para la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, 54 periodo de sesiones ONU (Resolución 54/133), Violencia contra las mujeres (en el año 2000, eran 165 estados parte). El Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen las leyes para prohibir las mutilaciones genitales femeninas.

*Convención ONU sobre los Derechos del Niño. Adoptada el 20 de noviembre de 1989. El artículo 24 obliga a los estados a «asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres» y exhorta a los estados a «adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños» en referencia explícita a los efectos de la MGF.

6.2 MARCO JURÍDICO ESPAÑOL RELATIVO A LA MGF

La MGF en el Derecho Penal y Civil

La mutilación genital femenina, cualquiera que sea la clase de mutilación practicada, constituye un DELITO DE LESIONES tipificado en el Código Penal, de acuerdo con la reforma introducida mediante la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, publicada en el BOE de martes 30 septiembre 2003:

Artículo 149 del Código Penal:

1. El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años.
2. El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.

Bien jurídico protegido, en este tipo penal:

- a) La integridad corporal o física ha constituido el objeto de protección en el que siempre se ha coincidido por doctrina y jurisprudencia. Por ella puede entenderse el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico-funcional interna y externa. Resultará vulnerada a través de toda pérdida inutilización, menoscabo o desfiguración de cualesquiera órganos, miembros o partes del cuerpo.

b) La mención de la integridad corporal y la salud como un bien jurídico protegido en los delitos de lesiones ha merecido una amplia acogida tanto doctrinal como jurisprudencial.

c) Integridad y salud personales tanto física como mental del ser humano, según la definición de SALUD de la OMS.

d) Desarrollo psíquico y físico del menor.

El bien jurídico protegido en estas figuras delictivas tiene un directo reconocimiento constitucional en el derecho a la integridad física y moral recogido en el artículo 15 de la Constitución.

Persecución del delito: el artículo 23 de la Ley Orgánica del Poder Judicial

La mutilación genital puede castigarse si se comete en territorio español. Cuando el hecho realizado por un extranjero o nacional, como ocurre en la mayoría de los supuestos que se dan en la práctica, no se cometiera en España, es cuando cobra relevancia el principio de territorialidad de la ley penal y sus ampliaciones o excepciones: la extraterritorialidad de la ley penal.

La LO 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina, añade un nuevo epígrafe g) al apartado 4 del art. 23: «4. Igualmente será competente la jurisdicción española para conocer los hechos cometidos por nacionales o extranjeros fuera del territorio nacional susceptible de tipificarse, según la ley penal española, como alguno de los siguientes delitos (...) g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España».

En el Derecho Civil, en tanto, España ha firmado el convenio de La Haya, sobre «Competencia de las autoridades y ley aplicable en materia de protección de menores», de 5 de octubre de 1961. Aplica también el artículo 9.6 del Código Civil sobre la competencia de los tribunales españoles en materia de tutela y las medidas de protección del incapaz (menor).

La mutilación genital femenina también puede llegar a vincularse en España con el derecho a asilo. En desarrollo del artículo 13.4 de la Constitución, la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de marzo, dispone en su artículo 3.1 que se reconocerá la condición de refugiado y, por lo tanto, se concederá asilo a todo extranjero que cumpla los requisitos previstos en los instrumentos internacionales ratificados por España. La

jurisprudencia del Tribunal Supremo ha matizado la concesión de dicho derecho, adaptándola a la realidad actual de una sociedad cosmopolita que ha visto incrementada de manera muy rápida la población extranjera? Esta matización interpreta que la exigencia que se encuentra prevista en la propia ley, hace referencia a la necesaria existencia de «indicios suficientes» de peligro respecto de la vida o la libertad, aun cuando para reconocer el asilo por motivos de temor justificado de verse sometida a una mutilación genital se haya recurrido al concepto de grupo social.

Medidas cautelares

Existen también una serie de medidas cautelares cuya adopción corresponde a la jurisdicción española en caso de MGF.

MINISTERIO DEL INTERIOR / JURISDICCIÓN PENAL

MINISTERIO DEL INTERIOR: Dicta la resolución de prohibición con información a los ciudadanos de los recursos legales contra esta medida.

a) Prohibición de salida del territorio español, para evitar que los progenitores trasladen a la menor fuera de España. La medida se dictará ante el riesgo cierto e inminente de la práctica de la MGF: artículo 28.2 de la Ley 4/2000 modificada por la Ley 8/2000 y posteriormente por la Ley Orgánica 14/2003 (Ley Orgánica de Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social), desarrollado en el artículo 20.2 del RD 2393/2004 (reglamento de la ley).

b) Motivo: razones de salud pública, perjuicio a derechos y libertades.

c) Quién puede solicitarlo: Ministerio del Interior a propuesta del delegado del Gobierno en la comunidad autónoma, subdelegado del Gobierno en la provincia; Dirección General de la Policía, personal sanitario del Sistema Nacional de Salud, personas afectadas.

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN PENAL: Cuando se haya iniciado un procedimiento de instrucción para la averiguación de la comisión de un hecho delictivo o a propuesta del Ministerio Fiscal, se acuerde la prohibición de trasladar a la menor fuera del territorio español, se puede acordar la presentación periódica de la menor.

JURISDICCIÓN CIVIL

PROCEDIMIENTO DE JURISDICCIÓN VOLUNTARIA

a) Competente: Juzgado de Familia

b) Motivo: protección de menores

c) Quién puede pedir su iniciación: la Fiscalía de Menores, la menor, cualquier pariente, el Organismo Tutelar de Atención a la Infancia.

d) Medidas: urgentes de protección de tutela

6.3 RESPECTO A LAS LEYES

Según establece el documento de UNICEF: las legislaciones nacionales que prohíban la MGF pueden influir y acelerar los cambios cuando el proceso del cambio social ya está en marcha y existe una sensibilización en la población.

La legislación tendría tres propósitos claros:

- Hacer** explícita la desaprobación por parte del estado que legisla en contra de la práctica.
- Dar** un mensaje de apoyo para los que desean o han renunciado a la práctica.
- Actuar** como elemento disuasorio.

Evidentemente todo esto debe ir unido a medidas de protección infantil, apoyo social y campañas de sensibilización sobre lo dañino de la MGF. **Sobre todo debe ser una legislación más disuasoria que punitiva.**

Los estados europeos y sus legisladores se han decantado por:

- La introducción de una nueva legislación específica, que criminaliza la práctica, como por ejemplo, Noruega, Suecia, Inglaterra.
- La modificación de la legislación existente para añadir referencias específicas, como en Bélgica, Dinamarca, Italia y desde 2005 España (ver apartado Marco legal).
- La prohibición de la MGF con las leyes penales existentes referentes a los daños físicos y al abuso de menores, como en Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, los Países Bajos y Suiza.

Algunos de estos países, entre ellos España, incluye el principio de extraterritorialidad, reconociendo el peligro de que las familias envíen a sus hijas de vuelta al país de origen o sean llevadas y mutiladas durante los viajes de vacaciones.

Se cree que las medidas legislativas son más eficaces cuando preceden o complementan medidas más amplias que incluyen la sensibilización y el diálogo entre los grupos implicados en la prevención. La amenaza de cárcel o multa puede actuar como elemento disuasorio, pero lo importante es que las familias hagan un cambio en la percepción de que la MGF es una práctica nociva y de que tienen que luchar por su abandono.

Bibliografía

- ADAMSON, F. 1992. *Female Genital Mutilation: A Counselling Guide for Professionals*, Londres: FORWARD, Ltd.
- AJUNTAMENT DE PINEDA DE MAR. 2006. *Protocol de prevenció de la mutilació genital femenina de Pineda de Mar*. Àrea Bàsica de Serveis Socials.
- AMNISTIA INTERNACIONAL. 1999. *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Amnistía Internacional.
- BLEDSON, C.; HOULE, R.; SOW, P. 2006. «High fertility Gambians in low fertility Spain: The dynamics of child production and accumulation across transnational space», en *Demographic Research* collection: Laura Bernardi and Inge Hutter, editors.
- BOURDIN, M-J. 2006. *L'excision, une coutume à l'épreuve de la loi*. París: Editions A-3.
- DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA. 2005. *Protocol d'atenció a infants immigrants: programa de seguiment del nen sa*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA. 2008. *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infància amb salut*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

GENERALITAT DE CATALUNYA. 2007. Secretaria per a la Immigració. *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

GOBIERNO DE ARAGÓN. 2006. *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención*. Gobierno de Aragón.

INTER-AFRICAN COMMITTEE. 2000. *Report on follow-up Symposium for Religious Leaders and Traditional Leaders on violence against women with emphasis on FGM*. Tanzania: Arusha.

KAPLAN, A.; LÓPEZ, A. 2010 *Mapa de las Mutilación Genitales Femenina en España 2009*. Barcelona: Serveis de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona.

KAPLAN, A.; TORÁN, P.; MORENO, J.; CASTANY, M.; MUÑOZ, L. 2009. «Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competente». *BMC Health Services Research*, 9:11.

KAPLAN, A.; CANO, F.; MORENO, J.; PÉREZ, M.J. 2008. «From Local to Global: Female Genital Mutilation in Diaspora», en *Journal on Female Genital Mutilation and Other Harmful Traditional practices*, nº 1, IAC, Ginebra/Adis Abeba.

KAPLAN A.; BEDOYA, H. 2006. «Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica», en LUCAS, J. de (coord.) *Europa: derechos, culturas*. Editorial Tirant lo Blanch.

KAPLAN, A.; PÉREZ JARAUTA, M. J. (Coord.) 2006. *Mutilació genital femenina: prevenció i atenció. Guia per a professionals*. Institut Català de la Salut.

KAPLAN, A.; TORÁN, P.; BEDOYA, M. H.; BERMÚDEZ, K.; MORENO J.; BOLIBAR, B. 2006. «Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria», en *Atención Primaria*;38 (2): 122-6.

KAPLAN, A.; TORÁN, P.; BERMÚDEZ, K.; CASTANY, M. J. 2006. «Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales», en *Migraciones* nº 19, 189-217

KAPLAN, A.; RISLER, S. 2004. *Iniciación sin Mutilación* [Video documental]. Barcelona: 26'Ovideo Producciones.

KAPLAN, A. 2002. «Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género», en LUCAS, J. de, *Multiculturalidad y Justicia*. Madrid: Cuadernos de derecho judicial, Consejo General del Poder Judicial.

KAPLAN, A. 1998. *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. X Premio Rogeli Duocastella. Barcelona: Fundació "La Caixa".

LEVIN, T.; ASSAH, A. (Eds). 2009. *Empathy and Range. Female Genital Mutilation in African Literature*. Inglaterra: Ayebia Clarke Publishing Ltd.

MEDICUS MUNDI ANDALUCÍA. 2008. *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

MORENO, J; CASTANY, M. J. 2002. «Els Professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina», en *Primaries*, 14-15.

MORISON, L.; SCHERF, C.; EKPO, G.; PAINE, K.; WEST, B.; COLEMAN, R.; WALRAVEN, G 2001. «The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey», en *Tropical Medicine and International Health*, 6 (8): 643-53.

MORITZ, A. 2005. «Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation», *AM J Psychiatry* 162:1000-02.

PÉREZ, M. J.; ECHAURI, M.; ANCIZU, E.; CHAOCARRO, J. 2006. *Manual de educación para la salud*. Pamplona: Ed. Gobierno de Navarra.

SHELL-DUNCAN, B.; HERNLUND, Y. (Eds.). 2000. *Female «circumcision» in Africa: Culture, controversy and change*. Londres: Rienner publishers.

SHERF, C. 2000. «Women in Africa have many other problems besides FGM», en *British Medical Journal* (BMJ) nº 321:571. Londres.

TURNER, R. 1992. «Gambian religious leaders teach about Islam and family planning», en *International Family Planning Perspectives*, nº 4.

UN AGENCIES PLATFORM FOR ACTION. Diciembre 2008. *Towards the abandonment of FGM/C. A matter of gender equality*.

UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. 2008. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. World Health Organization.

UNFPA. 2008. *Global Consultation on FGM/C*. Technical Report, Nueva York.

UNICEF ?CENTRO DE INVESTIGACIONES INNOCENTI?. 2005 *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. Siena: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

VVV.A.A 2006 *Enfermería Comunitaria III*. Madrid, Mc Graw-hill Interamericana

WALRAVEN, G. *et al.* 2001. «The burden of reproductive-organ disease in rural women in The Gambia, West Africa», en *The Lancet*, vol. 257. Londres.

Proyecto marco del manual

El GIPE / PTP es un grupo de investigación interdisciplinar de la Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento, Parc de Recerca UAB-Santander vinculado al Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona. Está compuesto por diferentes profesionales implicados en la atención en salud, educación y trabajo social, en contacto directo con la población migrante. En la línea de los estudios pioneros de 1987 de la investigadora principal en el campo de las migraciones senegambianas y la salud, los miembros del equipo han realizado viajes de formación al Senegal y Gambia, para acercarse a los aspectos etnográficos de la región, a las migraciones, la cooperación internacional y, en particular, aquellos temas relacionados con las prácticas tradicionales perjudiciales. El grupo también desarrolla la actividad educativa/formativa a través de talleres y el diseño de materiales multimedia, principalmente orientados a reforzar las intervenciones en atención primaria.

La apuesta metodológica, innovadora, propone una investigación circular dentro del espacio transnacional de las migraciones y, al mismo tiempo, longitudinal en el desarrollo de los procesos de aculturación e integración social, en aspectos relacionados con la alimentación y la salud sexual y reproductiva, tanto en los países de origen como en los de destino de la población migrante subsahariana.

El objetivo es el desarrollo de un programa de investigación aplicada que permita iniciar la implantación en Gambia y en España de una estrategia integral para el abordaje de la mutilación. Como resultado de esta larga trayectoria, nace el OBSERVATORIO TRANSNACIONAL DE INVESTIGACIÓN APLICADA A NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS, con base en Gambia y en España.

Este programa se basa en la investigación, la sensibilización, la prevención y la capacitación, para que sean las mujeres africanas y sus comunidades quienes sostengan las propuestas alternativas para evitar la mutilación. Pretende proteger el derecho fundamental de las mujeres a la integridad física y mental, la conciliación de esta perspectiva con el respeto a la tradición, el derecho a la intimidad y la libre circulación de personas.

Las actividades centrales son:

1. Investigación aplicada: registros clínicos, mapas de población en riesgo, estudios de prevalencia, análisis de barreras, grupos focales y cuestionarios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas entre profesionales de atención primaria y entre la población afectada, tanto en Gambia como en España.

2. Educación: Formación a estudiantes y profesionales de atención primaria a través de talleres específicos y programas de estudios, asesoramiento y actividades de promoción en ámbitos multidisciplinares (sociales, sanitarios, educativos, judiciales, policiales, políticos y de la comunidad). Creación e implementación de un currículum académico para medicina, enfermería y salud pública de la Universidad de Gambia.

3. Diseño de vídeos educativos multimedia, documentales, guías, manuales de atención y prevención, folletos para trabajo con familias, compromiso preventivo de no mutilación, etc.

4. Propuesta metodológica de ritual alternativo: la «Iniciación sin mutilación». Promoción de un rito de paso alternativo, que conserva la función cultural de otorgar identidad étnica y de género, así como pertenencia social, pero excluye la mutilación de los genitales.

Anexos

Compromiso preventivo

Ficha de control de casos

Declaración de Barcelona

Declaración de Brufut

Declaración de Nairobi

Ficha de control de casos

Logo of the Ministry of Health and Family Welfare of the Government of the Republic of Cuba (MINSIT) and the University of Medicine of Bayamo (UMB).

1. Datos generales del paciente (M)

2. Datos de contacto

3. Datos de diagnóstico

4. Datos de evolución

5. Datos de tratamiento

6. Datos de seguimiento

7. Datos de alta

8. Datos de fallecimiento

9. Datos de otros

10. Datos de otros

11. Datos de otros

12. Datos de otros

13. Datos de otros

14. Datos de otros

15. Datos de otros

16. Datos de otros

17. Datos de otros

18. Datos de otros

19. Datos de otros

20. Datos de otros

21. Datos de otros

22. Datos de otros

23. Datos de otros

24. Datos de otros

25. Datos de otros

26. Datos de otros

27. Datos de otros

28. Datos de otros

29. Datos de otros

30. Datos de otros

31. Datos de otros

32. Datos de otros

33. Datos de otros

34. Datos de otros

35. Datos de otros

36. Datos de otros

37. Datos de otros

38. Datos de otros

39. Datos de otros

40. Datos de otros

41. Datos de otros

42. Datos de otros

43. Datos de otros

44. Datos de otros

45. Datos de otros

46. Datos de otros

47. Datos de otros

48. Datos de otros

49. Datos de otros

50. Datos de otros

51. Datos de otros

52. Datos de otros

53. Datos de otros

54. Datos de otros

55. Datos de otros

56. Datos de otros

57. Datos de otros

58. Datos de otros

59. Datos de otros

60. Datos de otros

61. Datos de otros

62. Datos de otros

63. Datos de otros

64. Datos de otros

65. Datos de otros

66. Datos de otros

67. Datos de otros

68. Datos de otros

69. Datos de otros

70. Datos de otros

71. Datos de otros

72. Datos de otros

73. Datos de otros

74. Datos de otros

75. Datos de otros

76. Datos de otros

77. Datos de otros

78. Datos de otros

79. Datos de otros

80. Datos de otros

81. Datos de otros

82. Datos de otros

83. Datos de otros

84. Datos de otros

85. Datos de otros

86. Datos de otros

87. Datos de otros

88. Datos de otros

89. Datos de otros

90. Datos de otros

91. Datos de otros

92. Datos de otros

93. Datos de otros

94. Datos de otros

95. Datos de otros

96. Datos de otros

97. Datos de otros

98. Datos de otros

99. Datos de otros

100. Datos de otros

Continuation of the COVID-19 case control form from page 108.

1. Datos generales del paciente (M)

2. Datos de contacto

3. Datos de diagnóstico

4. Datos de evolución

5. Datos de tratamiento

6. Datos de seguimiento

7. Datos de alta

8. Datos de fallecimiento

9. Datos de otros

10. Datos de otros

11. Datos de otros

12. Datos de otros

13. Datos de otros

14. Datos de otros

15. Datos de otros

16. Datos de otros

17. Datos de otros

18. Datos de otros

19. Datos de otros

20. Datos de otros

21. Datos de otros

22. Datos de otros

23. Datos de otros

24. Datos de otros

25. Datos de otros

26. Datos de otros

27. Datos de otros

28. Datos de otros

29. Datos de otros

30. Datos de otros

31. Datos de otros

32. Datos de otros

33. Datos de otros

34. Datos de otros

35. Datos de otros

36. Datos de otros

37. Datos de otros

38. Datos de otros

39. Datos de otros

40. Datos de otros

41. Datos de otros

42. Datos de otros

43. Datos de otros

44. Datos de otros

45. Datos de otros

46. Datos de otros

47. Datos de otros

48. Datos de otros

49. Datos de otros

50. Datos de otros

51. Datos de otros

52. Datos de otros

53. Datos de otros

54. Datos de otros

55. Datos de otros

56. Datos de otros

57. Datos de otros

58. Datos de otros

59. Datos de otros

60. Datos de otros

61. Datos de otros

62. Datos de otros

63. Datos de otros

64. Datos de otros

65. Datos de otros

66. Datos de otros

67. Datos de otros

68. Datos de otros

69. Datos de otros

70. Datos de otros

71. Datos de otros

72. Datos de otros

73. Datos de otros

74. Datos de otros

75. Datos de otros

76. Datos de otros

77. Datos de otros

78. Datos de otros

79. Datos de otros

80. Datos de otros

81. Datos de otros

82. Datos de otros

83. Datos de otros

84. Datos de otros

85. Datos de otros

86. Datos de otros

87. Datos de otros

88. Datos de otros

89. Datos de otros

90. Datos de otros

91. Datos de otros

92. Datos de otros

93. Datos de otros

94. Datos de otros

95. Datos de otros

96. Datos de otros

97. Datos de otros

98. Datos de otros

99. Datos de otros

100. Datos de otros

Declaración de Barcelona

1. Damos la bienvenida al apoyo del gobierno catalán y español para desarrollar y promover la prevención de la Mutilación Genital Femenina.
2. Manifestamos nuestra preocupación por la retención de pasaportes y la prohibición de viajar a las niñas y también la revisión de sus genitales cada seis meses hasta que alcancen los 18 años. Esto es una violación de los derechos básicos de privacidad e intimidad.
3. Apoyamos una legislación más humana, que evite la humillación de las comunidades africanas inmigradas.
4. Creemos que la orientación y la formación, la información y la comunicación deberían ser asumidas para implicar de manera efectiva a los/as profesionales sanitarios, del trabajo social, educadores, etc.
5. Ponemos énfasis en la importancia de la investigación en esta área para diseñar intervenciones efectivas a nivel comunitario, religioso y político.
6. Apelamos a la comunidad internacional para que considere el día 6 de Febrero como Día Internacional de Tolerancia Cero a la MGF.

*Barcelona, 31 de Julio de 2004.
Forum Mundial de las Mujeres*

Declaración de Brufut

Foro Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales

DECLARACIÓN de BRUFUT

Los/las participantes en el Foro Internacional sobre Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP) celebrado en Brufut, República de Gambia, del 5 al 7 de mayo de 2009, nos hemos reunido para explorar estrategias y buenas prácticas en los esfuerzos para promover el abandono de las prácticas tradicionales perjudiciales y, en particular, de la mutilación genital femenina (MGF).

Expresamos nuestra sincera y profunda gratitud a Wassu Gambia Kafo y la Universitat Autònoma of Barcelona (UAB) en España por organizar esta conferencia patrocinada por la Obra Social de la Fundación “la Caixa”, y al Gobierno de Gambia, por apoyar esta iniciativa,

Estamos de acuerdo en:

- a) La MGF es una cuestión global y, en consecuencia, el movimiento de varias décadas para terminar con las PTP es ahora cada vez más activo, tanto en África como en la diáspora africana.
- b) Las PTP y, en particular, la MGF, erosionan los derechos humanos y la dignidad de las mujeres y niñas, y afectan de manera adversa las perspectivas de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que requieren estrategias multisectoriales.
- c) La religión suele interpretarse erróneamente para justificar el mantenimiento de las PTP y la MGF.
- d) Las organizaciones y todos los agentes implicados en el trabajo para terminar con la MGF aún tienen muchos desafíos y obstáculos por delante
- e) El conocimiento científico es fundamental para la formulación y aplicación de políticas para el abandono de las PTP y la MGF.

Instamos a:

a) Los expertos de la religión debidamente informados, a que se impliquen activamente en el movimiento para el abandono de la MGF y otras PTP, desmintiendo los argumentos erróneos sobre los que se fundamentan algunas prácticas de la fe.

b) Las universidades, a que ejerzan un liderazgo intelectual dirigido a promover la investigación científica en los esfuerzos para terminar con la MGF y otras prácticas tradicionales perjudiciales.

c) Los/las responsables políticos y las instituciones donantes, a que basen sus decisiones en las conclusiones de un conocimiento científico riguroso y apoyen el fin de la MGF fomentando propuestas y proyectos orientadas al bienestar de las mujeres y niñas, con una mención especial a las PTP y a la MGF.

d) La sociedad civil y los gobiernos, a que inicien y/o fortalezcan las iniciativas comunitarias con un fundamento educativo y de derechos humanos, en un esfuerzo por explorar alternativas a la MGF (por ejemplo, la iniciación sin mutilación, donde sea apropiado) y con un compromiso de evitar la estigmatización de las personas no circuncidadas en el seno de sus comunidades, así como de la población inmigrada en general.

a) Todos los implicados, a que fomenten una cooperación más estrecha entre la diáspora y los países de origen, construyendo redes y coaliciones basadas en un enfoque que huya de la confrontación y se centre en estrategias de prevención para facilitar un compromiso de cambio real, personal y colectivo, evitando así procedimientos que generan dependencia en las personas.

Finalmente, la Declaración de Brufut, insiste en que:

La información es poder, y las personas deben empoderarse propor-

cionándoles información.

Los/las profesionales de la salud, la educación, los servicios sociales, así como mediadores y facilitadores comunitarios, tienen un papel fundamental en los esfuerzos por abandonar la MGF y, por ello, deberán formar parte de este proceso.

Los gobiernos, los socios en proyectos de desarrollo y otras instituciones donantes deben aumentar sus asignaciones presupuestarias y la financiación de los esfuerzos para terminar con la MGF y otras PTP.

Brufut, Gambia, 7 de mayo de 2009

Declarac ión de Nairobi

FINAL DECLARATION OF THE REGIONAL WORKSHOP FOR HEALTH PROFESSIONALS ON ENGAGING HEALTH WORKERS IN THE CAMPAIGN TO REACH ZERO TOLERANCE TO FGM/CHILD MARRIAGE HELD IN NAIROBI, KENYA AT THE SIX-EIGHTY HOTEL 28 -30TH OCTOBER 2009

Twenty-eight member countries (practicing FGM and Child marriage) from Anglophone and Francophone speaking African countries participated at the regional workshop organized by the Inter-African Committee on Traditional Practices (IAC) in collaboration with SETAT Kenya, sponsored by the Royal Netherlands Government from MDG3 grant.

- Considering the importance of the engagement of medical personnel in ending FGM;
- Considering the progress that has been achieved;
- Recalling that FGM and Child marriage violate the fundamental human rights of children and women especially in Africa;
- Recollecting the physical and psychological effects of these practices on the survivors;
- Recognizing the adoption of the Maputo Protocol on 11 July 2003 and its entry into force in November 2005, whose provision on FGM and child marriage marks a significant milestone towards the abandonment of these practices;
- Emphasizing that concerted action is needed in sectors such as education, finance, justice and women's affairs as well as the health sector;
- Affirming the importance of involving governments, international organizations, NGOs and other agencies;
- Regretting the fact that traditional practitioners are downing their tools, medical personnel are substituting them;
- Deeply concerned by the persistence of these harmful traditional practices;

- Lamenting the slow reactions from some development partners in the fight against FGM;
- Considering the importance of fighting effectively and efficiently FGM and Child marriage;

The participants have committed themselves through the creation of a Regional Medical Personnel Network to continue with the campaign to end these practices;

INVITE all member states:

- To adopt the Convention on the Rights of the Child;
- To seriously intensify actions to eliminate these harmful practices;
- To incorporate FGM and child marriage in the curriculum of all educational institutions;
- To make registration of births compulsory to enable governments monitor ages of girls being given in marriage;
- To advocate and mobilize political will and commitment to give priority to the elimination of FGM/child marriage in all countries;
- To emphasize on the role of Religious and Traditional leaders (TRLs) in the fight against FGM and child marriage;
- To remind countries to ratify and domesticate the African Union Protocol (Maputo Protocol);
- To remind governments which have signed the Maputo Protocol to immediately implement it;
- To harness existing data to come up with sound database for FGM and child marriage and have a network for exchange of information by all countries.

In conclusion, we strongly hope that the ideas that we have come up with in our three day workshop in Nairobi will be implemented in our respective IAC national levels.

On behalf of the participating countries, we wish to extend our sincere thanks and appreciation to IAC, SETAT Kenya, UN partners, the sponsors and to all those who contributed to making it a success.

Coordinación de la guía:

Adriana Kaplan Marcusán (IP) - antropóloga
Juana Moreno Navarro - enfermera de pediatría
María José Pérez Jarauta - médico de salud pública

Autoras:

Ana Aguilar Margalejo - médico de familia
María Helena Bedoya Muriel - jurista
Kira Bermúdez Anderson - pedagoga y mediadora
Margarita García Canela - trabajadora Social
Victoria Gómez Márquez - licenciada en comunicación
Isabel González Castillos - educadora en salud sexual y reproductiva
Aurelia Llorens Fores - pediatra
Aina Mangas Llompart - enfermera y antropóloga
Montserrat Masamunt Paris - médico de familia
Núria Miranda Grima - educadora social
Gemma Molera Farre - pedagoga
Laura Nieto Márquez - médico de familia
María Rosa Pous Bruguera - ginecóloga
María Àngels Serena Montserrat - pediatra
Luz Terán del Ejido - trabajadora social

Colaboradores

Eva Bojang
Montse Verdún
Albert Millán
Pepi Soto
Francesc Sais
Silvia Simoes
M^a José Castany
Lola Ruiz
Victoria Fernández

Foto portada:

Ran-el Cabrera (Ran-el.com)

