

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA MANUAL PARA PROFESIONALES

Esta publicación forma parte del Proyecto "La prevención de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España" apoyado por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MEYSS) y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la opinión del MEYSS.



© Fundación Wassu 2017
Edifici Mòdul de Recerca A (MRA)
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Barcelona) – España
<http://www.mgf.uab.es>
fundacion.wassu@uab.cat

Diseño gráfico y maquetación:
Víctor Àvila Morera

Impresión:
Gamma, S.L

ISBN: 978-84-697-8639-0
DL: B 29974 - 2017

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Manual para profesionales

Dirección:

Adriana Kaplan Marcusán (IP) Antropóloga

Coordinación:

Neus Aliaga Figueras Antropóloga

Nora Salas Seoane Psicóloga

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales:

Anna Aguilar Margalejo Médico de familia

Lourdes Franco López Médico de familia

Isabel González Castillos Educadora en salud sexual y reproductiva

Tamara Jiménez Pascua Médico de familia

Antonio López Gay Demógrafo

Aina Mangas Llompart Enfermera y Antropóloga

Montserrat Masamunt Paris Médico de familia

Anna Moyà Martínez Pediatra

Colaboradores

Montserrat Antón i Rosera Pedagoga

Lourdes Aramburu Oztazu Trabajadora social y psicóloga

Luz García Álvarez Jurista

Cristina Seoane Hening Psicóloga clínica

Presentación	7
Prefacio	11
1. Introducción	15
1.1. Mutilación Genital Femenina.....	15
1.2. Geografía y Prevalencia.....	16
1.3. Tipología.....	26
1.4. Consecuencias para la salud.....	30
1.5. Origen.....	33
1.6. Una mirada antropológica.....	34
2. El rol profesional para la atención y prevención de la MGF.....	39
2.1. Abordaje de la MGF.....	40
2.2. Intervención preventiva	42
2.3. Escenarios	49
2.4. Construcción del diálogo intercultural	51
2.5. Materiales para la intervención con familias.....	56
2.6. Cuestiones éticas y dilemas profesionales.....	57
3. Intervención desde los servicios de salud	61
3.1. Tipos de intervención desde los servicios de salud.....	61
3.2. Pediatría.....	62
3.3. Medicina y enfermería de familia y comunitaria.....	71
3.4. Salud sexual y reproductiva.....	72
3.5. 10 propuestas para la atención primaria de la MGF en salud.....	81
4. Intervención desde los servicios sociales	83
4.1. El rol del/la profesional en los servicios sociales.....	83
4.2. Niveles de intervención y coordinación.....	85
4.3. Aproximación psicológica	88

5. Intervención desde el medio escolar	93
5.1. El papel de la escuela	93
5.2. Cómo aproximarse a la MGF.....	95
5.3. Identificación de situaciones y apoyo a las niñas y a sus familias en la escuela	96
6. Marco jurídico	101
6.1. Derechos Humanos y MGF	101
6.2. Marco jurídico en África	103
6.3. Marco jurídico en España.....	105
6.4. Derecho de asilo en España.....	109
7. Bibliografía	113
8. Anexos	121
Anexo 1. Tratados internacionales	121
Anexo 2. Mapamundi de la MGF.....	122

A decorative border on the left side of the page, consisting of a repeating pattern of stylized, light-colored zig-zag or chevron shapes with small circular accents.

P

PRESENTACIÓN

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 produce 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 de las niñas. Al amparo de estas directivas, la mayoría de los países occidentales, y algunos gobiernos africanos, han aprobado en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas. Estas iniciativas legislativas crean el marco desde el cual trabajar, pero por sí solas no han conseguido el impacto esperado, 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 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 Fundación Wassu - UAB, 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. Podrán llegar a influir también en las posiciones hacia la MGF en África, mediante las sinergias surgidas desde las comunidades de inmigrantes como generadores de opinión y modelos de referencia en sus países de origen.

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 en 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 texto, *Mutilación Genital Femenina: Manual para Profesionales*, viene a completar y actualizar los aportes de las guías anteriores publicadas en Cataluña: *Guía para Profesionales* (Associació Catalana de Llevadores, 2004), *Mutilación genital femenina: Prevenció i atenció* (Institut Català de la Salut, 2006) y *Mutilación Genital Femenina: Manual para profesionales* (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales UAB, 2010).

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/as 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, 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

Cátedra de Transferencia Social del Conocimiento
Directora de Fundación Wassu
Universitat Autònoma de Barcelona

A decorative border on the left side of the page, consisting of a repeating pattern of stylized, interlocking geometric shapes in a lighter shade of orange.

P

PREFACIO

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. Las mujeres son objeto de prácticas como la quema de la novia, el infanticidio femenino, la violación, la mutilación genital femenina, asesinatos de honor, el matrimonio precoz y forzado y muchos más, en escala normativa. Las creencias tradicionales y los valores son interpuestos como justificación para perpetuar las prácticas tradicionales perjudiciales (PTP).

El proceso de socialización que moldea las actitudes de las niñas y las mujeres las prepara para aceptar el dolor y el sufrimiento como parte inevitable de la vida de una mujer; y como una obligación a cumplir para ser aceptadas en sus respectivas sociedades.

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica que viola los derechos humanos fundamentales de las mujeres a la vida y el bienestar general. Las madres y las abuelas insisten en la ablación de sus hijas y nietas para prepararlas para su elegibilidad en matrimonio, la única garantía de status social en su comunidad. Es desde el amor y la preocupación por el futuro de sus hijas que las madres insisten en este rito de paso.

En los últimos 30 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 el frente africano, las organizaciones no gubernamentales, distintos organismos de Naciones Unidas y algunos gobiernos están comprometidos en la lucha para liberar a las mujeres de la MGF.

El Comité Interafricano (IAC) ha estado implementando programas de educación, información, formación, promoción y *advocacy* regional en los 28 países de África donde tiene filiales, así como en el plano internacional en colaboración con otras organizaciones. La educación y la información son las principales intervenciones para estimular el cambio de comportamiento deseado y duradero. Nuestras campañas buscan promover un enfoque holístico e integrado, respaldado por la legislación pero con un rostro humano.

El IAC apoya plenamente la Declaración de Barcelona sobre la MGF, aprobada el 31 de julio de 2004, donde se rechazan las prácticas discriminatorias y persecutorias a las familias de origen subsahariano, al chequeo de las niñas africanas cada seis meses, reteniendo pasaportes y prohibiendo a los padres viajar con sus hijas.

La educación de profesionales de atención primaria y la orientación a los padres de la aplicación de la ley pueden ser herramientas más eficaces, sobre todo si se basan en el conocimiento y el respeto. También es indispensable construir puentes entre las sociedades africanas quienes trabajan con familias migrantes, con el fin de fomentar la colaboración y las sinergias de acción.

Con una estrategia común bien definida y con acción, la tolerancia cero puede ser lograda en África, así como en los países de la diáspora donde viven.

En este esfuerzo común, el papel de los y las profesionales de atención primaria es fundamental. 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 africana, les otorga potencial para transformarse en agentes eficaces de cambio.

Apoyamos plenamente el trabajo llevado adelante por la Fundación Wassu aportando conocimiento, formación y propuestas metodológicas. Damos la bienvenida a este Manual para Profesionales.

Berhane Ras-Work

Ex Directora Ejecutiva y Fundadora
Inter African Committee



1

1.1. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA


La **Mutilación Genital Femenina (MGF)** es una práctica tradicional perjudicial con fuertes raíces ancestrales y socioculturales. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos” (OMS, 2016).

La MGF está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia, y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con los movimientos migratorios, **lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial** (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre otros). Se estima que 200 millones de mujeres han sufrido una MGF y que 3 millones de niñas están en riesgo cada año (UNICEF, 2016).

En la esfera internacional, se reconoce la MGF como una forma de violencia de género y una violación de los derechos humanos, con graves implicaciones sanitarias y psicosociales: viola los derechos de mujeres y niñas a la integridad física y psicológica, afectando directamente a su salud sexual y reproductiva, perpetuando las desigualdades de género. Existen diversos tratados internacionales¹ y regionales que regulan la protección de los derechos humanos vulnerados, que deben ir acompañados de un trabajo de sensibilización y educación.

La práctica de la MGF es un acontecimiento vital profundamente arraigado en la cultura de importantes grupos de mujeres. En ocasiones, se trata de un rito de paso de la infancia a la edad adulta dentro del proceso de socialización infantil, arropado por un complejo entramado de simbolismos sociales y religiosos que otorgan estatus, identidad étnica y de género, así como reconocimiento social y pertenencia al grupo. **Se practica a niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación** (Kaplan, 1998). La presión cultural y la estructura social que mantienen esta práctica

¹ Consultar Anexo I: Tratados internacionales.



son fuertes, ya que se arraigan en una tradición ancestral, en la experiencia previa de madres y mujeres mayores en sociedades altamente gerontocráticas, así como en mensajes religiosos confusos (Kaplan, et al., 2006b).

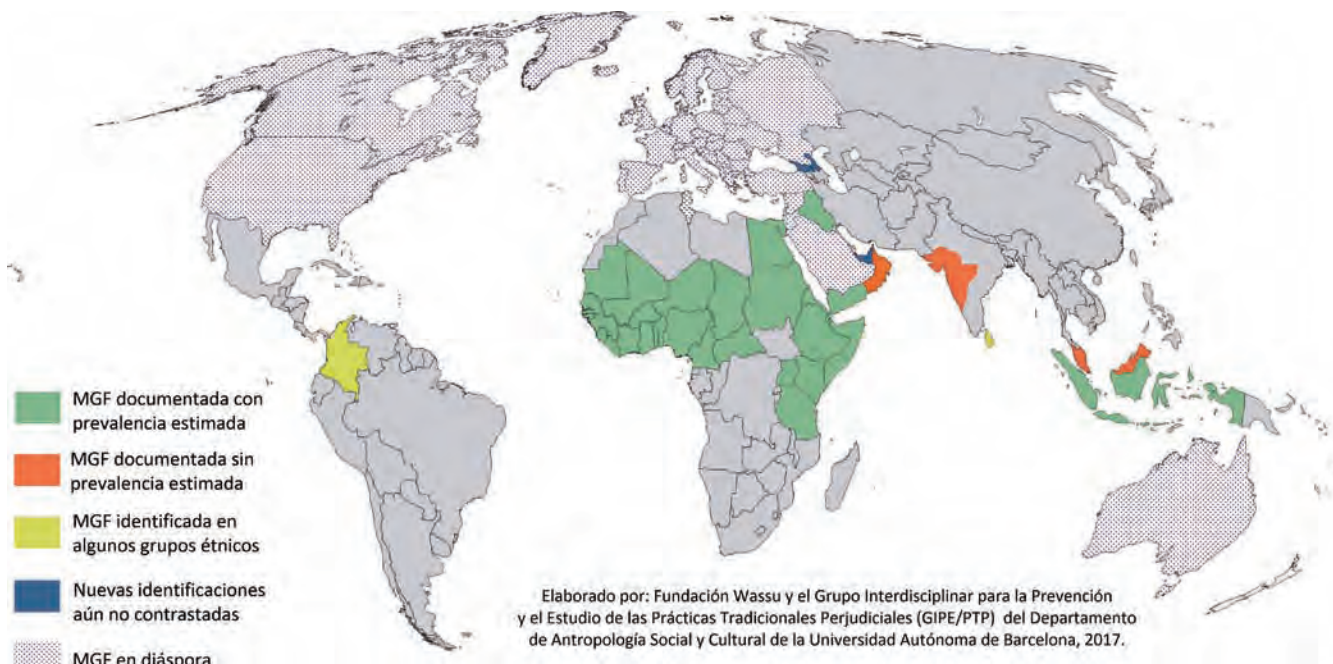
Las razones principales que aducen las mujeres que mantienen viva esta tradición tienen que ver con cuestiones relacionadas con la higiene, la estética, la reproducción, el control sexual, la cohesión social y la buena salud. Se alude también a razones religiosas. Sin embargo, a diferencia de la circuncisión masculina, que tiene carácter preceptivo en el mundo musulmán, la circuncisión femenina es una sunna, es decir, forma parte de la tradición y sólo tiene carácter recomendatorio, pero no obligatorio. La MGF es una práctica preislámica y el Corán no hace alusión a ella en ninguno de sus versículos.

I.2. GEOGRAFÍA Y PREVALENCIA

16

La MGF es un fenómeno que acompaña a los movimientos migratorios de las personas a nivel mundial. Por este motivo, aunque está presente en 30 países del África subsahariana, Oriente Medio y Asia, es una práctica que viaja y se encuentra presente también en los países del continente europeo, de América del Norte, de Australia y de Arabia Saudí, territorios que reciben mujeres migrantes de los países donde originalmente se realiza la MGF. El siguiente mapa refleja la presencia de la práctica en el mundo.

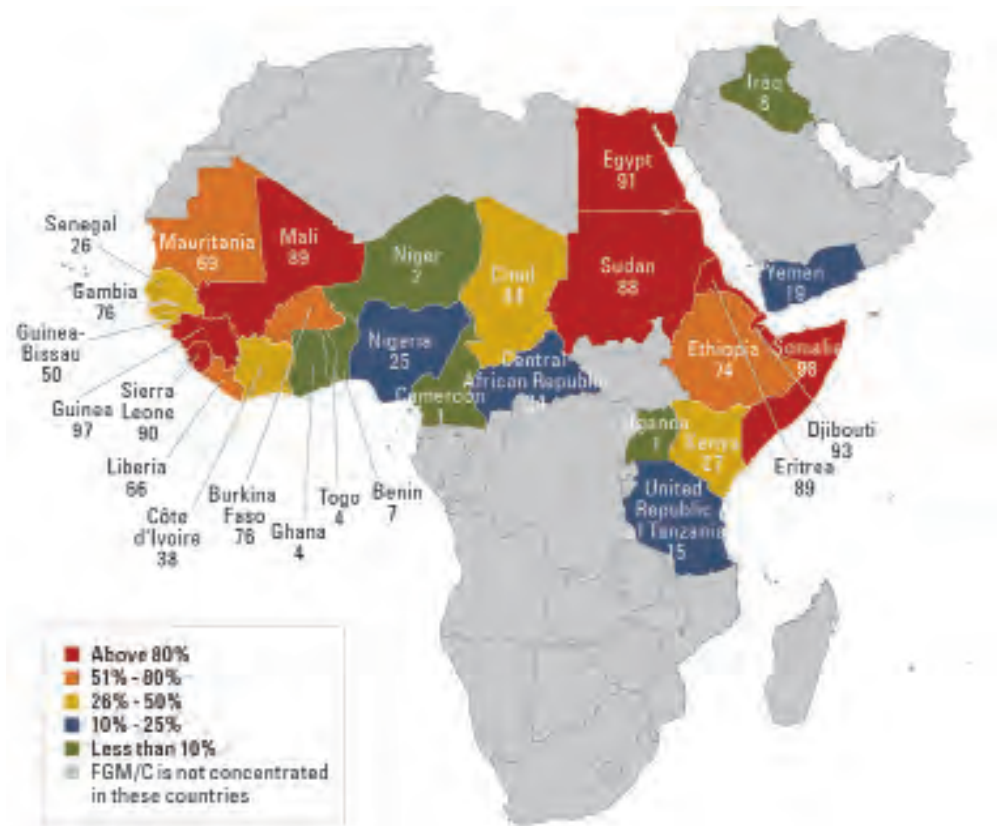
Mapa 1. Mapamundi de la MGF



En África, la práctica ha sido documentada históricamente y las agencias internacionales del sistema de Naciones Unidas han trabajado en la medición de su prevalencia. El Mapa 2 muestra los territorios en los que la MGF se practica y sus índices de prevalencia.

² Consultar Anexo 2: Mapamundi de la MGF.

Mapa 2. Porcentaje de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años que han sido sometidas a MGF, por país, en África y Oriente Medio



Fuente: UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF.

Es importante señalar que **no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todas las etnias practicantes, siguen el mismo procedimiento.** Por ejemplo, Gambia tiene una mayor prevalencia (76,6%) que Senegal (26%), país vecino en el que está geográficamente inserto. Esto se debe a que el grupo étnico de los *mandinka*, que constituye el 42% de la población de Gambia, presenta una prevalencia del 96,7%, mientras que, en Senegal, los *wolofs*, que no practican la MGF, constituyen el 42% de la población senegalesa. En Kenia, los tipos I y II son los más prevalentes, aunque entre las somalíes kenianas se registra un 13,4% de tipo III. Existen diferencias en la tipología practicada, en la edad, tanto entre los distintos grupos étnicos que componen esta población, como dentro de los mismos.

La prevalencia de la MGF también se ha estimado en países de Oriente Medio como **Iraq** (WADI, 2010), **Irán** (Ahmadi, 2015) o **Yemen** (USDS, 2001) y en un país asiático, **Indonesia** (Budiharsana, 2003). En estos territorios se han registrado datos que confirman que la práctica se realiza en distintas áreas y regiones, y en Indonesia, se confirma el supuesto de que la MGF está medicalizada (la practican los propios profesionales de la salud en hospitales o centros de salud).

Aunque la prevalencia no se haya estimado, **la MGF también se ha detectado en Malasia** (Dahlui, 2010), donde el procedimiento, igual que en Indonesia, está medicalizado y en **Omán** (Al Hinai, 2014), donde estudios a pequeña escala sugieren una prevalencia generalizada de la práctica.

La MGF también ha sido **identificada y contrastada en algunos grupos étnicos de Sri Lanka** (OFPR, 2015), entre los *Emberá-Chamí* y los *Nasa* de **Colombia** (FNUAP-Colombia, 2011), y entre la comunidad de los *Dawoodi Bohra* de la **India** (Sahiyo, 2016). Recientemente, **se han reportado casos** de MGF (aunque no han sido contrastados) en tribus locales de los **Emiratos Árabes** (Marzouqi, 2011), en un pueblo de **Jordania** limítrofe con **Israel** (Charkasi, 2012), en **Siria** (Geraci, et.al., 2016), en cinco áreas montañosas del **Daguestán** al norte de la región del Cáucaso, en Rusia (según el informe de *Russian Justice Initiative*) y por parte del grupo étnico de los Avar, ubicados al este de **Georgia** (IWPR, 2017).

En España, ante la ausencia de datos epidemiológicos o de prevalencias de MGF, la antropóloga Adriana Kaplan diseña una metodología pionera, que da como resultado el primer *Mapa de MGF en España*, en 2001, con el objetivo de realizar una cartografía de la práctica para dar apoyo a la elaboración y ejecución de programas locales y al diseño de políticas públicas de prevención y atención de la MGF. La metodología se basa en la explotación de los datos del padrón para situar geodemográficamente a la población procedente de países donde se practica la MGF que residen en España. La población femenina se agrupa de 0 a 14 años (mayor edad en riesgo de padecer la práctica) y de 15 años en

adelante. El Mapa de la MGF en España se actualiza cada cuatro años (2002; 2006; 2010; 2013; 2017). Diversas comunidades autónomas y organismos lo utilizan y han replicado la metodología.

En algunos países europeos, se han realizado estudios posteriores que han producido estimaciones del número de mujeres sometidas a la MGF, como es el caso de Bélgica (Dubourg, et al., 2011), Francia (Andro y Lesclingand, 2007) e Italia (Istituto Piepoli, 2009).

A continuación, se muestra una tabla con la población femenina por países de origen MGF y grandes grupos de edad que residen en España:

Tabla 1. Población femenina de origen MGF, según país de origen y grandes grupos de edad, 2016

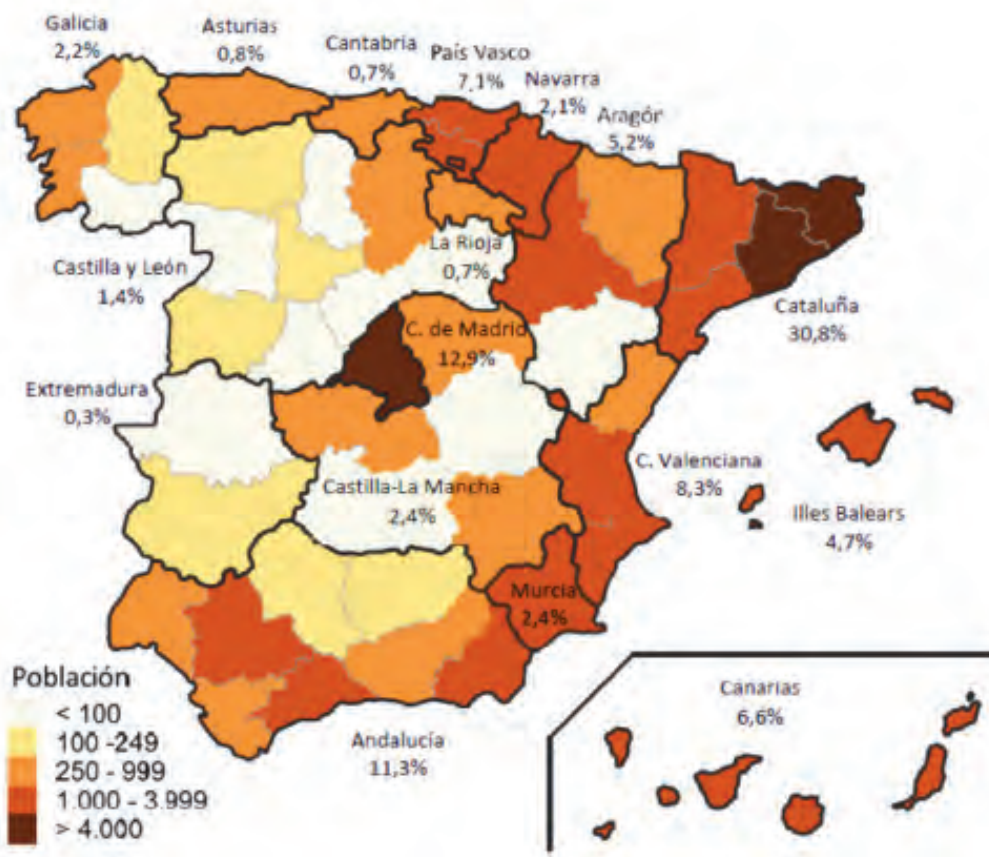
País origen	0-14	15-24	25-39	40-54	55+	Total
Nigeria	5.116	906	10.114	2.933	179	19.248
Senegal	4.092	1.625	5.790	3.089	584	15.180
Gambia	1.576	799	1.720	1.199	91	5.385
Guinea	1.024	547	1.597	779	608	4.555
Ghana	1.179	467	1.554	986	132	4.318
Malí	1.496	362	1.511	189	17	3.575
Mauritania	740	319	801	662	184	2.706
Camerún	463	327	1.019	537	151	2.497
Etiopía	1.295	208	219	145	25	1.892
Egipto	390	177	531	282	343	1.723
Guinea-Bissau	207	307	502	360	76	1.452
Kenia	46	62	617	302	103	1.130
Costa de Marfil	230	163	414	196	40	1.043
Indonesia	75	71	366	199	321	1.032
Iraq	91	76	248	202	184	801
Burkina Faso	100	66	151	68	11	396

País origen	0-14	15-24	25-39	40-54	55+	Total
Malasia	30	35	115	99	93	372
Sierra Leona	63	28	113	75	29	308
Liberia	12	15	60	118	28	233
Tanzania	8	27	108	36	35	214
Togo	29	24	72	48	5	178
Sudán	38	19	61	26	12	156
Somalía	17	40	58	24	16	155
Benín	25	17	48	35	10	135
Uganda	9	7	46	30	14	106
Níger	17	7	46	11	2	83
Rep. Centroafricana	5	6	26	13	10	60
Yemen	16	6	18	12	5	57
Eritrea	-	7	21	20	-	55
Chad	-	-	14	9	-	29
Djibouti	-	-	-	-	-	10
Sudán Del Sur	-	-	-	-	-	2
Total	18.396	6.723	27.966	12.686	3.315	69.086

Fuente: Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

En el mapa siguiente, podemos observar la distribución del porcentaje de población por comunidades autónomas a nivel estatal:

Mapa 3. Distribución territorial en España de la población femenina de las nacionalidades en las que se practica la MGF



Fuente: Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

Cataluña es la comunidad autónoma donde reside más población femenina de estos orígenes (30,8%), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y Andalucía (11,3%). La región que ha experimentado un crecimiento más elevado de la población femenina de origen MGF desde 2012 ha sido el País Vasco. El número de mujeres ha pasado de 3.300 a casi 5.000. En el Principado de Asturias, en Galicia y en la Comunidad de Navarra, el crecimiento de este colectivo también ha sido notable, superior al 10% desde 2012. El de Cataluña y Aragón ha rondado el 5%. En cambio, la población femenina de origen MGF ha disminuido ligeramente en la Comunidad de Madrid, en la Comunidad Valenciana y en Canarias.

En Cataluña predominan mujeres de origen senegalés, gambiano y nigeriano, mientras que en la Comunidad de Madrid, en la Comunidad Valenciana y en el País Vasco casi la mitad son originarias de Nigeria. En Andalucía y en Illes Balears las mujeres de Nigeria y Senegal se reparten el papel protagonista. En Canarias predominan las mujeres de origen senegalés y mauritano, mientras que en Aragón residen mayoritariamente mujeres de Senegal, Gambia, Ghana y Guinea. La Tabla 2 nos muestra a la población femenina según comunidad autónoma y país de origen. La Tabla 3 nos muestra a la población femenina de 0 a 14 años, con mayor susceptibilidad de estar potencialmente en riesgo de padecer la MGF, según comunidad autónoma y país de origen.

Tabla 2. Población femenina según comunidad autónoma de residencia y país de origen, 2016

	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Cataluña	3.107	5.410	4.273	1.882	1.713	1.495	319	616	511	572	1.400	21.298
Madrid, C.	3.941	906	71	586	239	243	101	499	342	352	1.611	8.891
Andalucía	2.404	1.912	80	217	490	233	310	157	150	213	1.654	7.820
Com Valen.	2.425	990	89	335	153	241	145	234	151	207	778	5.748
País Vasco	2.202	755	39	156	253	183	398	338	69	30	467	4.890
Canarias	744	1.460	64	314	155	53	1.103	37	43	51	554	4.578
Aragón	415	681	626	481	509	348	73	118	23	49	245	3.568
Balears, Illes	1.186	1.192	29	137	119	184	58	88	23	37	205	3.258
Murcia, R.	603	353	35	70	186	119	22	32	65	22	140	1.647
Castilla - La Mancha	701	164	7	77	54	242	39	76	75	37	168	1.640
Galicia	337	472	8	47	66	17	41	29	293	30	148	1.488
Navarra, C.	564	286	-	78	173	101	26	78	17	32	100	1.458
Castilla y León	204	214	44	34	72	43	38	38	42	30	225	984
Asturias, P.	178	193	-	33	19	-	17	19	24	32	68	585
Rioja, La	72	-	12	84	97	62	-	22	15	14	99	506
Cantabria	133	111	-	15	18	-	6	102	35	10	51	485
Extremadura	-	51	-	8	-	7	6	-	-	-	81	213
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	29
Total general	19.248	15.180	5.385	4.555	4.318	3.575	2.706	2.497	1.892	1.723	8.007	69.086

Fuente: Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

Tabla 3. Población femenina de 0 a 14 años según comunidad autónoma de residencia y país de origen, 2016

	Nigeria	Senegal	Gambia	Guinea	Ghana	Malí	Mauritania	Camerún	Etiopía	Egipto	Otros	Total
Cataluña	828	1.652	1.246	483	484	670	111	106	385	134	196	6.295
Madrid, C.	1.068	223	15	100	54	98	24	102	151	71	222	2.128
Andalucía	573	455	18	51	121	98	90	23	80	40	192	1.741
Com Valen.	670	274	23	61	55	96	45	40	105	47	85	1.501
País Vasco	701	193	12	43	75	70	98	76	50	7	53	1.378
Canarias	215	277	14	65	30	20	275	-	32	-	56	995
Aragón	103	196	208	89	134	119	23	18	20	15	44	969
Balears, Illes	278	335	8	41	23	79	21	19	15	-	25	846
Murcia, R.	193	109	9	21	46	49	5	-	55	-	22	515
Castilla - La Mancha	186	48	-	23	18	104	-	14	58	16	27	504
Galicia	52	119	-	-	14	7	16	-	231	9	22	479
Navarra, C.	139	75	-	16	49	34	-	16	12	13	8	369
Castilla y León	30	47	11	-	28	18	10	6	34	7	29	225
Rioja, La	19	10	7	17	35	30	-	-	13	7	25	167
Asturias, P.	36	43	-	-	7	-	5	-	17	8	9	131
Cantabria	21	27	-	-	-	-	-	24	29	-	8	118
Extremadura	-	9	-	-	-	-	-	-	7	-	-	30
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Total general	5.116	4.092	1.576	1.024	1.179	1.496	740	463	1.295	390	1.025	18.396

Fuente: Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

1.3. TIPOLOGÍA

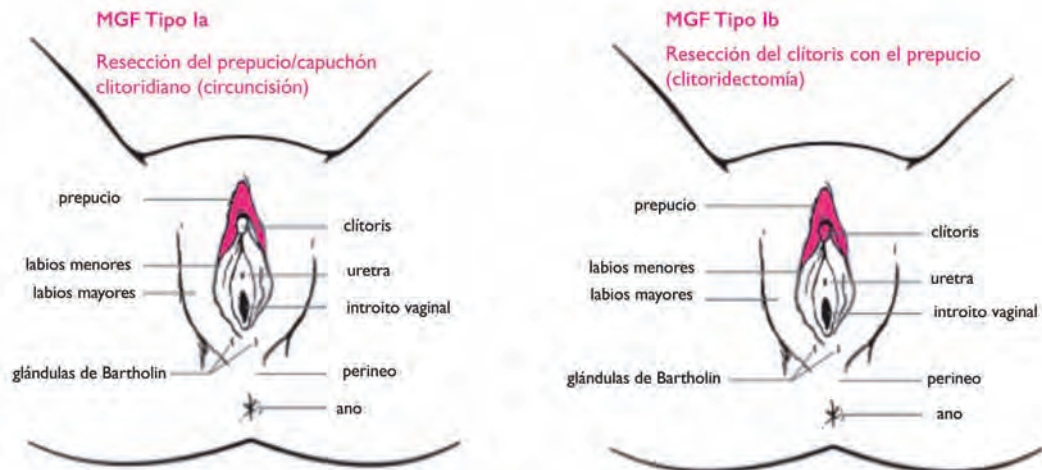
La OMS (2016)³ establece cuatro tipos de MGF.

Tipo I

La **circuncisión** (del griego “incisión”) es definida como “la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin amputación parcial o total del clítoris”. En la literatura médica, es denominada “**clitoridectomía**”. En la cultura islámica, se conoce como **sunna** (tradición) y suele equipararse a la circuncisión masculina.

- **Tipo Ia:** Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión)
- **Tipo Ib:** Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía)

Figura 1. Anatomía tipo Ia y Ib



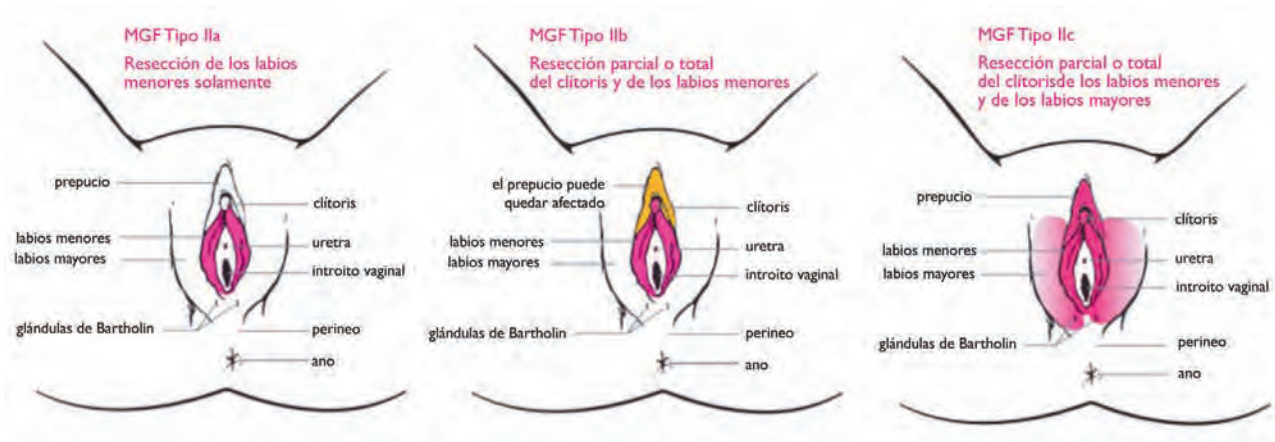
³ World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Suiza. Traducido por Fundación Wassu (2017).

Tipo II

La **escisión** (del griego, “corte”) implica “la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios mayores y menores”.

- **Tipo IIa:** Resección de los labios menores solamente.
- **Tipo IIb:** Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
- **Tipo IIc:** Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

Figura 2. Anatomía tipo IIa, IIb y IIc

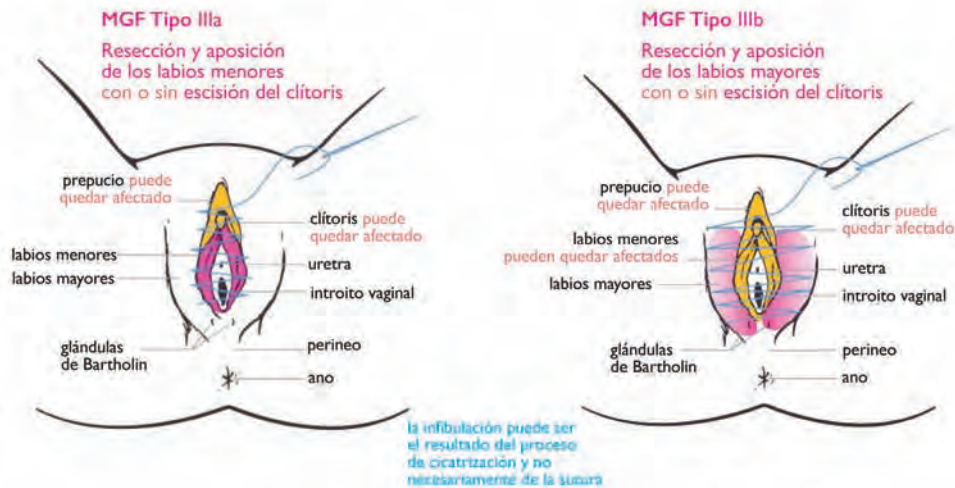


Tipo III

La **infibulación** (o circuncisión faraónica, del latín “fibula”, pinza) consiste en “el estrechamiento o sellado de la apertura 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.

- **Tipo IIIa:** Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.
- **Tipo IIIb:** Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

Figura 3. Anatomía tipo IIIa y IIIb



Tipo IV

“Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica” como, por ejemplo:

- Punción, piercing o incisión en el clítoris y/o los labios;
- elongación del clítoris y/o los labios;
- cauterización (burning) del clítoris y del tejido adyacente;
- raspaduras (cortes tipo angurya) del orificio vaginal o corte (cortes tipo gishiri) de la vagina;
- introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o hierbas en la vagina con la intención de estrecharlo (dry sex o introducción de cocaína en la vagina);
- cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición de MGF.

Las estimaciones de la OMS (2017) indican que **aproximadamente el 90% de los casos de MGF incluyen los tipos I o II. Un 10% de los casos son de tipo III.** Cabe destacar que a veces es difícil clasificar un procedimiento que hacen las mujeres mayores con cuchillos o hojas de afeitar y posiblemente con problemas de visión, propios de la edad.

La **desinfibulación** hace referencia a la **técnica que consiste en practicar un corte para abrir la abertura vaginal sellada, de una mujer previamente sometida a infibulación** (OMS, 2017). A menudo, es necesario realizar la desinfibulación antes de las primeras relaciones sexuales, para facilitar el parto o simplemente para mejorar la salud y el bienestar de la mujer. La **reinfibulación** consiste en **coser de nuevo el orificio vaginal de una mujer después de que haya sido desinfibulada** (por ejemplo, después del parto), con el fin de volver a estrecharlo. También se conoce como re-sutura.

La **Cirugía Genital Cosmética (CGC)** no consta en esta clasificación de la MGF, puesto que la OMS todavía no la ha incorporado como tal, pese a las presiones de las organizaciones para que se incluya. La CGC es un fenómeno que ha aumentado de forma inquietante en los últimos años, principalmente **en Europa y Estados Unidos**. La Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Estética (ASAPS) registró en 2015 unas 400 jóvenes menores de 18 años que se sometieron a una labioplastia, lo que representa un aumento del 80% con respecto a las 222 menores intervenidas en 2014. Por su parte, un informe británico de 2013 desveló que el número de labioplastias realizadas por el Servicio Nacional de

Salud se había quintuplicado en una década⁴. Estas operaciones se llevaron a cabo principalmente por razones estéticas y no médicas. Esta práctica preocupa a los y las profesionales de la salud por dos motivos: la falta de información sobre las consecuencias a largo plazo y la realización en clínicas privadas a menores de 14 años, previo consentimiento de los padres. El equipo de investigación del University College Hospital de Londres, liderado por la Dra. Creighton, denuncia el hecho de que no haya límite de edad mínima para dicha cirugía. Si bien se debaten diferencias significativas con la MGF, como la edad en la que se realiza y el consentimiento, vale la pena reflexionar sobre el caso del Reino Unido, donde en 2012 se habían practicado 343 operaciones a menores de 14 años en el Sistema Nacional de Salud, posiblemente por razones estéticas, para conseguir la llamada “vagina de diseño” (Mangas, 2017).

1.4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD⁵

Tanto la OMS como diversos estudios desde el ámbito de la salud y la antropología⁶ coinciden en concluir que la MGF comporta complicaciones físicas y psicológicas para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas a corto y a largo plazo. Hay que tener presente que la región vulvar es una zona muy vascularizada e inervada. El corte del clítoris y los labios menores ocasiona un dolor intenso que suele acompañarse de sensación de miedo y angustia. Por otro lado, y no de menor importancia, se está interviniendo en el aparato sexual, zona íntima y profundamente sensible para la mujer.

Entre las complicaciones agudas destacan el dolor intenso, las hemorragias y las infecciones, con un posible riesgo vital para la niña. Entre las consecuencias a largo plazo, que se desarrollan generalmente en la edad adulta, existe el aumento del riesgo de complicaciones durante el parto y para la salud psicosexual de la mujer.

⁴ El Mundo, ed. (2012). La Cirugía estética vaginal se pone de moda entre las niñas británicas. El Mundo, 23 de noviembre de 2012 [en línea] <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/11/23/internacional/13536>. [Consultada, el 23 de noviembre de 2012].

⁵ World Health Organisation (2016). WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Ginebra, Suiza.

⁶ Dareer (1982:27-50), Dualeh Abdalla (1982:21-28), Cloudsley (1984:117), Njie-Saidy (1986), Skramstad (1990:45), Dorkenoo y Elworthy (1994:140-146), Toubia (1994) y Kaplan (1998; 2006; 2011; 2013).

CONSECUENCIAS AGUDAS Y SUBAGUDAS

Hemorragia	Puede presentarse anemia posteriormente cuando ésta es importante.
Shock	Hemorrágico/hipovolémico (si existe sangrado importante) o séptico (por la diseminación de la infección de los tejidos lesionados).
Complicaciones urinarias	Infecciones de orina, retenciones de orina agudas, lesión del meato urinario por proximidad del corte.
Lesiones del tejido	Lesiones por la realización de la MGF o secundarios a la inflamación o infección de la zona.
Infecciones	Producidas por el mismo corte o por la afectación de tejidos adyacentes. Se pueden producir abscesos, o incluso sepsis si se disemina esta infección. Debido a los utensilios utilizados, en ocasiones, se pueden contraer infecciones como el tétanos, o enfermedades infecciosas como VIH, VHB o VHC.
Fracturas intervención	Debidas, en ocasiones, a la resistencia de las niñas presentada durante la intervención.
Dolor severo	
Sepsis	
Problemas o retraso en la cicatrización	
Estrés traumático, miedo, ansiedad	
Muerte	

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Genitourinarias	Infecciones urinarias de repetición, micción dolorosa, incontinencia urinaria, infecciones genitales crónicas, problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, dificultad en el paso de la sangre menstrual), picores vaginales, dolor crónico en el tejido genital, secreción vaginal a raíz de infecciones, hematócolpos, salpingitis, inflamación pélvica, insuficiencia renal.
Sexuales	Estenosis introito-vaginal, dispareunia, disminución de la satisfacción sexual, reducción del deseo y la excitación sexual, disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales, dificultades en llegar al orgasmo o anorgasmia, modificación de la sensibilidad sexual, vivencias anómalas de la sexualidad.
Obstétricas	Dificultades durante el parto (dilatación), partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, episiotomías, hemorragias post parto, desgarros, fístulas, largas estancias hospitalarias por maternidad, sufrimiento fetal, muerte neonatal temprana, reanimación del recién nacido en el parto.
Reproductivas	Infertilidad.
Salud mental	Trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, sentimientos de humillación, vergüenza, terrores nocturnos, entre otros.
Cicatrización anómala	Queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc.

No cabe duda de que todos estos factores, asociados a la práctica de la MGF, perjudican gravemente a la salud, ponen en riesgo la supervivencia de mujeres y niñas, afectan a su salud psicosexual y reproductiva, y perpetúan las desigualdades y la discriminación por motivos de género.

1.5. ORIGEN

El origen de esta tradición es impreciso, aunque **se cree que empezó en el antiguo Egipto**. El primer autor que habla de la clitoridectomía es Estrabón (geógrafo griego que visitó Egipto el año 25 a.C.), en un momento en que Egipto hacía tres siglos que estaba bajo dominio griego. **Posiblemente la MGF ya se practicaba antes de la llegada de los griegos y fue vista** no como un procedimiento médico per se, sino quizás **como un rito religioso asociado a la vida del templo**. Seguramente, la coexistencia de razones médicas, clínicas y curativas con otras, como los rituales sociales y morales, favorecieron la continuación, la expansión y la difusión de la práctica (Knight, 2001).

Herodotus hace referencia a la **higiene y la limpieza como razones principales** por las cuales los egipcios practicaban esta costumbre. Philo Judaeus cita cuatro razones en su obra “De specialibus legibus” para **la circuncisión masculina, que Knight (2001) equipara a la femenina**: 1) la higiene; 2) la prevención de enfermedades; 3) hacer que los órganos sexuales (que generan vida material), igual que el corazón (órgano que permite tener una vida espiritual a través de lo divino), no tengan ningún elemento que los obstruya; 4) y el incremento de la fertilidad (en el caso de los hombres, bajo la creencia que el prepucio dificulta el paso del semen) (Knight, 2001).

Otras fuentes indican que la introducción de la MGF sucedió durante el comercio de mujeres esclavas negras que entraban en las sociedades árabes antiguas, en algunas tribus sub-saharianas (previo a la llegada del Islam) o por parte de algunos grupos étnicos que lo introdujeron como ritos de pubertad.

Una importante referencia sobre este ritual la encontramos en el mito de la creación del pueblo Dogón, en Mali: *“Ama, el dios del cielo estaba solo y quiso unirse a la tierra representada en forma de cuerpo femenino. Su sexo era un hormiguero y su clítoris se erguía como un termitero. Dios se acercó, el termitero se alzó, le impidió el paso y mostró su masculinidad. Ella era del mismo sexo que él, entonces se produjo el primer desorden del universo. La unión no tuvo lugar. No obstante, Dios todo poderoso abatió al termitero rebelde y se unió a la tierra sometida a la escisión. Dios tuvo relaciones con su mujer y, esta vez, nada turbó su unión, ya que la escisión había hecho desaparecer la causa del primer desorden”* (Griaule, 1987).

Marilyn Strathern (1987) también postuló una teoría de androginia para explicar las modificaciones genitales entre los Hagen de Papua Nueva Guinea. Según la autora, su cosmovisión explica que las personas nacen “completas”, es decir, cada individuo contiene elementos masculinos y femeninos al nacer. **En este contexto, la iniciación tiene como finalidad “deconstruir” a las personas en mitades para que sean capaces de reproducirse.**

1.6. UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA

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

La MGF tiene un gran significado simbólico para las comunidades que la practican. En África, se vincula con dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos. En algunas sociedades, la práctica sigue formando parte de ceremonias de iniciación a la edad adulta, influyendo directamente en la **construcción de los roles y el estatus de las mujeres, otorgando identidad étnica y de género.** Transmite un sentimiento de orgullo y de pertenencia al grupo, y se convierte en la **prueba física que garantiza la feminidad de la niña** y la obtención del conocimiento necesario para poder pertenecer a la comunidad y al mundo secreto de las mujeres (Kaplan, 1998; Kaplan, et al., 2013a).

Cuando se indagan los motivos para continuar con la práctica, aparecen diversas razones: la tradición, la religión o la preservación de la identidad étnica y de género. Se mencionan cuestiones de higiene (“es más limpio”) y estéticas (“puede crecer demasiado, como el pene”) y creen que protege la feminidad, la pureza y la virginidad, evita la promiscuidad y garantiza el “honor de la familia”, asegurando el matrimonio. También se promueve la fertilidad y previene el nacimiento de niños muertos en las mujeres primigrávidas, ya que es una creencia extendida que, si el recién nacido ha tocado con su cabeza el clítoris al nacer, puede morir o padecer algún trastorno mental (Kaplan, 1998).

- “Lo dice la tradición”

Con el fin de garantizar que las niñas se preparen para la vida adulta y para el matrimonio, sin ser excluidas de la comunidad, las familias continúan ejerciendo esta práctica como una tradición que, a veces, se vive como un rito de iniciación organizado por madres y abuelas para presentar a las niñas en sociedad, con la intención de ofrecerles la mejor educación e integración. Hay variaciones del momento en el que se realiza (desde los siete días después del nacimiento hasta la pubertad), aunque se suele hacer antes de la primera menstruación (en función del grupo étnico al que se pertenece). Actualmente, se está observando una reducción de la edad en la que se practica, dando más importancia al “corte” y no tanto al “ritual” (Kaplan, et. al., 2015).

- “Lo dice la religión”

La MGF se practica en comunidades musulmanas, cristianas coptas y judías falasha (en Egipto y Etiopía,

por ejemplo). El desconocimiento de sus orígenes ha derivado en el vínculo de ésta con la religión, aunque no se menciona ni en la Biblia ni en El Corán. En el caso de la circuncisión masculina, la Biblia sí lo hace para los hombres en el Antiguo Testamento (Génesis, Levítico, Deuteronomio, Éxodo, etc.). En el Islam, la práctica en las mujeres responde a una obligación social o *sunna*, es decir, una tradición religiosa que se traduce como “todo lo que es bueno para Dios”. Aun así, escuelas y autoridades islámicas han demostrado su actitud positiva frente al abandono y condenan la práctica cuando se les presenta la oportunidad de expresar su opinión (Gomaa, 2013)⁷.

- **“Es más limpio”**

Algunas comunidades practicantes perciben los genitales externos de las mujeres como partes del cuerpo que son “sucias” antes de circuncidarlas. El hecho de modificarlos hace que a las niñas se las considere “limpias” y se entiende como la eliminación de los “elementos masculinos” que las conforman, como el clítoris. En determinadas sociedades, ingerir la comida preparada por una mujer no circuncidada es un tabú, porque a través de su impureza contamina los alimentos (Kaplan, 1998; Johndotter y Essén, 2010). A los hombres también se les 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 se confiere a cada una de ellas.

- **“Es más bello”**

Se considera que los genitales externos femeninos son partes “antiestéticas”, y en algunas comunidades, se cree que el clítoris podría alcanzar las dimensiones del pene si no es escindido. La infibulación se realiza para “alisar” los genitales y así conseguir que la mujer/niña cumpla con el estándar de belleza de su comunidad. También existe la creencia de que la MGF incrementa el deseo sexual de los hombres.

- **“Preserva la virginidad, el honor de la familia y previene la promiscuidad”**

En algunas sociedades, la virginidad femenina es un requisito previo e indispensable para contraer matrimonio del cual depende el honor de la familia. Existe la creencia que la MGF garantiza la virginidad de la niña “manteniendo el calor bajo”, controlando los impulsos sexuales y evitando la promiscuidad.

- **“Incrementa la fertilidad y potencia la fecundidad”**

Algunas comunidades creen que, si el bebé toca con la cabeza el clítoris de la madre en el momento de nacer, puede provocar su muerte (mortalidad en primigrávidas) o le puede producir deformidades físicas o mentales.

⁷ Fatwa emitida en el Coloquio con Imams y Ulemas de África del Oeste en Mauritania (organizado por FNUAP, UNICEF, ONU Mujeres y GIZ), durante la presentación de los resultados de los estudios clínicos sobre MGF de la Dra. Kaplan y su equipo. http://www.mgf.uab.cat/esp/novedades_2011_09_12-15.html

LA MGF COMO RITO DE PASO

En términos culturales y sociales, la “circuncisión”, tanto femenina como masculina, a menudo forma parte del rito de paso a la edad adulta, siendo este ritual imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos. **Los ritos de iniciación**, 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 (Kaplan, 1998).

Como en muchas culturas, el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres están claramente definidos y diferenciados. **La circuncisión es una “marca” que llevan de por vida, y simboliza que la unión al grupo también será de por vida.** Se trata de una cuestión de cohesión social y pertenencia: estar dentro o estar fuera de la comunidad.

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.

De acuerdo con **Van Gennep (1960)**, el rito de paso consta de **tres fases**: separación, marginación y agregación.

- 1. La separación:** es una fase física donde las niñas son apartadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior; la infancia, está marcada por la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.
- 2. La marginación:** es una fase cultural con una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de las iniciadas. En el caso del corte del prepucio del pene, suele tratarse 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, los alimentos, 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, que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo.

3. La agregación: es una fase social en la que se celebra una gran fiesta de “graduación” donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevos miembros, con sus nuevos roles y estatus, 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, entrarán 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 como custodias de la tradición. Durante la iniciación los niños y las niñas deben pasar seleccionadas pruebas y enseñanzas morales y sociales. Se les transmiten, con firmeza y severidad, las normas de comportamiento respecto los mayores, los ancianos, y las formas de relación entre los géneros.

Ngnangsimbah: significa madre/padre de los iniciados, es un anciano/a que encabeza el grupo y cumple la función de supervisión y guía espiritual; es quien realiza la operación y quien será responsable del ordenamiento, desarrollo y cumplimiento del ritual. Es una de las personas más respetadas y temidas de la aldea, a quien se atribuyen poderes sobrenaturales, es decir, que suele ser *kufanungte*, cabeza grande, aquella que puede captar la presencia de malos espíritus.

Los iniciados/as aprenden 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 (Kaplan, 1998).

Dentro de las enseñanzas hay un importante contenido de lenguaje no verbal que sólo podrá ser interpretado por alguien perteneciente al mismo grupo secreto, como los gestos, el lenjengo (las danzas) y el *kijo* (percusión). Es lo que Mallart (1993) llama la diferenciación de los saberes y Bourdieu (1991) “cumplir y vivir de conformidad con su esencia social”.

En la actualidad, en algunas culturas y sobre todo en las zonas más urbanas, el acto de la circuncisión femenina se realiza individualmente, sin celebraciones y a una edad cada vez más temprana, convirtiéndose en un acto privado e incluso secreto –consecuencia de las sanciones penales impuestas en los países donde se practica y de las campañas internacionales contra la MGF– (Hernlund, 2000).



2

EL ROL PROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MGF

La incorporación a nuestra sociedad de familias procedentes de entornos geográficos, históricos, sociales y culturales diversos, donde la realización de la MGF tiene un fuerte arraigo identitario, nos enfrenta a este tipo de prácticas tradicionales que son perjudiciales para las mujeres y niñas de aquellas comunidades que emigran, nacen y viven en nuestro país. Se trata, por tanto, de un problema de salud que trasciende el marco puramente asistencial, en el que confluyen la vulneración de derechos humanos de las mujeres y las niñas (derecho a la integridad física, a la salud y a la igualdad de oportunidades) y la necesidad de un abordaje transcultural de cuestiones íntimamente ligadas a la identidad de las personas.

Los/las profesionales que trabajan en atención primaria en salud, servicios sociales y educación, por su proximidad a las familias y por la posibilidad de un abordaje longitudinal a lo largo del ciclo vital, se ubican en uno de los entornos mejor situados para la prevención de la MGF. Se hace pues imprescindible una tarea interdisciplinar, de carácter preventivo, que permita diseñar estrategias encaminadas a promover el abandono de la MGF. Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación, sensibilización y coordinación, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante (Kaplan, et. al., 2006c).

Los servicios de atención primaria, por sus propias características, se presentan como un entorno privilegiado y clave para la prevención en las niñas y la atención de las consecuencias de la MGF ya realizada.

- **Accesibilidad:** constituye el primer contacto de la población con el sistema de salud.
- **Continuidad:** permite la relación entre profesionales y familias en diferentes momentos de la vida y por motivos diversos, favoreciendo una relación de confianza y proximidad, necesaria para abordar el tema de la MGF.
- **Intersectorialidad:** existen espacios de coordinación entre servicios y profesionales implicados en el territorio (pediatría, ginecología, servicios sociales, técnicos municipales, profesorado, entidades sociales, etc.).
- **Atención a la familia:** genera un conocimiento de la composición de esta y de las relaciones familiares.
- **Atención comunitaria:** proyectos comunitarios que permitirían elaborar un plan de salud integral para la prevención de la MGF en el territorio, además de sensibilizar, informar sobre derechos humanos, consecuencias sanitarias y consecuencias legales de la práctica.

2.1. ABORDAJE DE LA MGF

Abordar un tema extremadamente sensible y complejo, y **proponer un cambio en la perspectiva que las mujeres tienen sobre la MGF, supone acceder a una de las vivencias más íntimas y dolorosas que han podido vivir.** No es fácil abrirse y compartir con otras personas esta experiencia profundamente imbricada con su identidad y pertenencia al grupo. Supone 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. **Es un nuevo lugar desde el cual pensarse:** no es el de su origen, pero tampoco puede ser el de la mujer occidental. Este lugar y el camino para llegar deben trazarlo ellas mismas, entre ellas, con otras, con sus parejas, con tiempo y con libertad para no ser ni asimiladas ni segregadas, sino ellas mismas (Kaplan y Bermúdez, 2005).

El acompañamiento durante el proceso de cambio en espacios socio-sanitarios y educativos, **sólo es posible si se tiene en cuenta la necesidad de diálogo, reflexión y aprendizaje conjunto.** Debemos tener presente que hay elementos y valores que las personas podemos cambiar y negociar cuando nos encontramos y nos confrontamos con el otro.

Modificar la práctica de la MGF supone romper con la norma establecida en la sociedad de origen, transgredir los límites de unos valores de referencia, de un marco cultural y de la pertenencia a una comunidad o sociedad. Para las mujeres migrantes, la obligación de cambio les viene dada por un marco jurídico que se inserta en un contexto de desigualdad social y la relación histórica entre dominante-dominado. Confrontarse con la diferencia, no obstante, se puede vivir como una oportunidad de aprendizaje y de transformación de conflictos cuando hay un diálogo “libre” de etnocentrismos, prejuicios, estereotipos, preconcepciones, imposición de valores y modelos de vida.

Se propone que el/la profesional incorpore el tema de la MGF en su práctica profesional como un tema más a tratar desde la educación para la salud. El objetivo es, a través de esta relación de confianza generada, y de la legitimidad adquirida como profesional que cuida del bienestar biopsicosocial de las familias, realizar abordajes que empoderen con conocimiento y respeto. A través de aproximaciones empáticas y conocedoras de la realidad sociocultural de la práctica, **los/las profesionales pueden desarrollar un abordaje preventivo en las niñas, y atender las potenciales consecuencias con las que estén conviviendo las mujeres.** La familia debe ser la protagonista del cambio, considerando a sus miembros como sujetos activos de su propia vida. Transmitimos conocimiento desde nuestra posición profesional, a través de la construcción de un clima de confianza y tolerancia, desde la flexibilidad, la cercanía y paridad, más que de la distancia y superioridad, para que los padres y madres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijas.

Para crear este clima, son importantes actitudes como:

- **Aceptación:** consiste en aceptar a la otra persona como sujeto, teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona (psicológicos, sociales, culturales, tradicionales, religiosos, familiares, etc.).
- **Valoración positiva:** considerar a la persona que tenemos delante como valiosa y con capacidad de actuar de una manera constructiva; darle valor; confiar en él o en 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 propios, comprenderlos, darles una respuesta afectiva y estar en disposición de ayudarla.
- **Congruencia:** implica coherencia y autenticidad.

Por este motivo, es preciso que **los/las profesionales vayan adquiriendo competencias interculturales para incorporarlas en su práctica profesional**. Cabe destacar que cada vez son más profesionales comprometidos con la prevención y es crucial que sean debidamente formados para poder ofrecer una atención coordinada e integral sobre el tema.

2.2. INTERVENCIÓN PREVENTIVA

La intervención preventiva de la MGF se refiere a cualquier acción de educación para la salud que los y las profesionales puedan emprender, **con el propósito de generar actitudes positivas que fomenten el abandono de la práctica**. El objetivo de esta intervención es impedir que se realice una MGF, contribuir a una mejora en su salud psicosexual y reproductiva, y ofrecer acompañamiento a quienes la hayan padecido, en caso necesario. **Las intervenciones preventivas se realizan en el marco de los servicios de salud, servicios sociales, educación y otros servicios relacionados con la atención a las personas**, desde un enfoque amplio de educación para la salud. Principalmente se llevan a cabo entre profesionales y las mujeres (madres o posibles futuras madres de niñas), pero también con los hombres (incluyéndolos cuando sea posible), jóvenes, la familia y la comunidad extensa.

42

La prevención supone afrontar **nuevos retos de intervención que requieren de una sensibilización, formación y capacitación específica en materia de MGF** de los y las profesionales implicados. Las intervenciones deben enfocarse en el empoderamiento y en la transferencia del conocimiento, desde el respeto y la sensibilidad. Se debe implicar al entorno familiar de las niñas en riesgo o afectadas, así como a las comunidades de personas procedentes de países donde se realiza la práctica y que viven en España, ya que **la intervención tiene un impacto en las comunidades que residen en los países de origen**.

Compete específicamente a los servicios del ámbito de la salud la atención a las múltiples consecuencias y complicaciones de la MGF sobre la salud de niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas. 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, lo favorecen. Pero no únicamente, ya que en ocasiones la detección y oportunidades de prevención surgen en los servicios sociales o en el ámbito educativo. Los siguientes capítulos sobre intervenciones desde la salud, servicios sociales y educación focalizan en el papel de cada ámbito con mayor profundidad.

Las intervenciones preventivas se deben llevar a cabo a lo largo de la vida de las niñas, a través de las relaciones que construimos con las familias que asisten a las consultas de los distintos servicios. Se trata de ir creando relaciones de confianza dentro de la atención y el acompañamiento más amplio que les brindamos, para una mejora de su salud biopsicosocial. **Deben evitarse las tensiones que se crean frente a la inmediatez de un viaje al país de origen.** A través de conversaciones a lo largo de los años en contextos no amenazadores, será viable reemprender y reforzar el tema en la eventualidad de un viaje. **Es importante realizar los abordajes con el tiempo necesario para hablar del tema desde la tranquilidad.**

Lamentablemente, cuando los/las profesionales de la salud, servicios sociales y educación descubren que una familia está a punto de viajar a su país de origen y creen que hay riesgo de que se produzca una MGF, puede ser demasiado tarde para hacer un trabajo preventivo serio que permita crear confianza con las personas y concienciarlas de las consecuencias de estas prácticas tradicionales perjudiciales para la integridad física y psíquica de las niñas. **Es necesario 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.**

A continuación, se presentan algunas **situaciones durante la práctica profesional en los ámbitos de la salud, servicios sociales y educación, en las cuáles se puede detectar una MGF:**

- Durante un control de embarazo.
- Durante una revisión ginecológica.
- Consulta a un médico de familia por problemas de salud.
- En una revisión pediátrica 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.
- 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.

En estas situaciones, y en caso que se considere pertinente, dependiendo del nivel de confianza y el momento, se podrá empezar a hablar del tema, por ejemplo, preguntando a la mujer si en su cultura se realiza la práctica y si ella ha pasado por ésta. A partir de aquí, se puede empezar a realizar un trabajo de prevención ajustada a cada caso concreto.

Factores de riesgo de la MGF

- Pertenecer a una etnia que practica la MGF.
- Pertenecer a una familia donde a la madre y/o las hermanas mayores, se les ha realizado la práctica.
- Pertenecer a una familia donde el mito del retorno al país de origen está 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.
- Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a la MGF.

VALORACIÓN DEL RIESGO:

Es muy importante tener en cuenta que se trata de **factores que deben ponernos en alerta, pero que no necesariamente implican la realización de la MGF de forma inminente**. Estos factores se deben contrastar con la familia y realizar una valoración al respecto, si es necesario, en coordinación con otros/as profesionales de referencia de la familia. Es pertinente conocer los antecedentes de la MGF en la familia, el posicionamiento de la madre y del padre, así como las posibles presiones para su realización por parte de la familia extensa en origen.

El Compromiso Preventivo

Resultan **prioritarias las intervenciones preventivas eficaces, que incidan sobre las familias y los entornos comunitarios, tanto en el país de acogida como en el de origen** y antes 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 ha dado óptimos resultados en la prevención de la práctica, es la carta de "Compromiso preventivo".

En 1998, Adriana Kaplan participa en el reto de un acompañamiento preventivo con una familia, con el fin de evitar que su hija fuera sometida a una MGF durante sus vacaciones en Gambia. A pesar de que los padres querían proteger a la niña, no podían confrontar a sus mayores en su comunidad de origen, ya que en sociedades gerontocráticas son las ancianas, como custodias de la tradición, quienes tienen la última palabra en cualquier decisión que concierne a los miembros de la comunidad. En respuesta, Kaplan diseña la **Carta de Compromiso Preventivo como herramienta de soporte a las familias** en sus viajes a los países de origen, elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. **Permite fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la MGF y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.** Esta herramienta fue validada en Gambia, mediante la contrastación empírica de 11 casos en 6 pueblos diferentes, siempre con excelentes resultados.

En 2006, el Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, GIPE/PTP, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autónoma de Barcelona, elabora para el Institut Català de la Salut (ICS), máximo proveedor de salud de Cataluña, la Carta de Compromiso Preventivo con el formato jurídico y el logo de la institución, para ser implementado principalmente en las consultas de pediatría, acompañado de una guía de utilización⁸ y otros materiales como: la guía para profesionales *Mutilació Genital Femenina. Prevenció i Atenció*⁹, el desplegable para trabajar con familias y una guía de bolsillo para profesionales.

La Carta de Compromiso Preventivo ha sido adoptada e integrada en el Protocolo Común para la actuación Sanitaria ante la MGF a nivel estatal, en todos los protocolos autonómicos sobre la MGF¹⁰ y municipales, como, por ejemplo, el Ayuntamiento de Bilbao, diferentes proveedores de salud en Cataluña, como el ya mencionado Institut Català de la Salut (ICS), y Badalona Serveis Assistencials (BSA) en 2010¹¹, y en el País Vasco por Osakidetza en 2013. Además de difundirse en la Asociación Española de Pediatría y en todas las guías para profesionales de España.

⁸ http://www.mgf.uab.cat/esp/recursos_para_profesionales.html

⁹ Institut Català de Salut (2006).

¹⁰ Cataluña (2002, [2007-2009]), Aragón (2011), Navarra (2013), etc.

¹¹ En el marco del convenio firmado entre el Ayuntamiento de Badalona, la Fundación Wassu-UAB y el proveedor de salud Badalona Serveis Assistencials (BSA), para la elaboración y despliegue del Programa de Prevención y Atención de la MGF en Badalona Algunas claves para su uso.

Figura 4. Modelo de Carta de Compromiso Preventivo

Compromiso informado para la prevención de la mutilación genital femenina

Datos de la niña

Apellidos / nombre	NIF / pasaporte	Edad
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección		
Código postal	Población	Teléfono

Datos de la persona responsable de la niña

Apellidos / nombre	NIF / pasaporte	Vinculación con la niña
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Dirección		
Código postal	Población	Teléfono

Datos del profesional de medicina o enfermería que atiende a la niña

Apellidos / nombre	Número de colegiado/a
Centro	

Marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español

- La mutilación genital femenina se considera un atentado contra los Derechos Humanos y está asociada a riesgos sociosanitarios y psicológicos.
- En el Estado español, esta intervención se considera un delito de lesiones en el artículo 149.2 del Código penal, aunque la operación se haya llevado a cabo fuera del país (por ejemplo en Gambia, Senegal, Mali, etc.), según la modificación de la Ley orgánica del poder judicial 3/2005.
- La pena de prisión es de 6 a 12 años para los progenitores o responsables, la retirada de patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de protección de menores.

Declaraciones

Certificación del profesional de medicina o enfermería sobre los datos sanitarios de la niña

- Certifico que la niña anteriormente referida es una niña sana, que ha seguido los controles establecidos en el "Protocolo del niño sano" y que se le han administrado las vacunas correspondientes a su edad.
- He comprobado que sus genitales están íntegros y no presentan ninguna lesión.

Certificación del profesional de medicina o enfermería en relación con la información a la persona responsable de la niña

Declaro haber informado a la persona responsable de la niña anteriormente referida, de los siguientes aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud:

- Riesgos sociosanitarios y psicológicos que supone la práctica de la mutilación genital femenina.
- Marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español (según la información anteriormente indicada).
- Compromiso de pedir hora para una revisión general de salud, inmediatamente después del regreso del viaje que se haga al país de origen de la familia.
- Dirección y teléfonos de los Centros de Vacunación Internacional (ver anexo).

Compromiso informado de la persona responsable de la niña

- Declaro haber sido informada, por el profesional de medicina o enfermería que atiende a mi hija/la niña de quien soy responsable, de los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina y al cuidado de su salud especificados en el apartado anterior.
- Considero que he entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **Me comprometo a cuidar la salud de mi hija/la niña de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital.**

Y para que conste leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

Firmas

Padre/Madre/Persona responsable de la niña

Profesional de medicina o enfermería que le atiende

Lugar y fecha

Fuente: Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Universitat Autònoma de Barcelona www.mqf.uab.es. Teléfono de contacto: (34) 93 586 89 19

email:fundacion.wassu@uab.cat

Algunas claves para su uso

- La obtención del compromiso preventivo **no es una finalidad en sí misma**. Se trata de una herramienta al alcance de los/las profesionales de atención primaria, como resultado de un proceso de abordaje de la MGF y de apoyo a las familias ante un viaje al país de origen.
- Como cualquier otro compromiso, su aceptación ha de ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.
- 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.
- El compromiso preventivo es propiedad de los padres o tutores de la menor y ellos deciden el uso que han de hacer de él. No tiene implicaciones legales.
- 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/las profesionales.
- La existencia del compromiso preventivo debería ser el registro que demuestra que los/las profesionales, conociendo una situación de riesgo, han realizado 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 sanitarias, sociales y educativas.

Algunos criterios de aplicación

- Una de las situaciones de riesgo habitual de sufrir una MGF es la proximidad de un viaje de la niña a África, aunque **es mejor que la firma del compromiso preventivo no sea el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias**.
- **La obtención de este compromiso será la culminación de un proceso** que garantice que los padres y madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al tema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen. **Este proceso debe asegurar la presencia de los siguientes elementos:**

1. Identificación, por parte de los/las 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 la MGF.
 4. Asegurar una buena comprensión idiomática.
 5. Información a los padres y/o madres sobre:
 - Riesgos y problemas físicos.
 - Riesgos y problemas psico-afectivos.
 - Riesgos y problemas legales.
 - 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 otras medidas judiciales** a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, cuando hay un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

2.3. ESCENARIOS

Presentamos las situaciones posibles más frecuentes y unas breves reflexiones sobre estos escenarios para acompañar el abordaje profesional en cada una de ellas. **En todos los escenarios expuestos, es necesario explorar las posibles complicaciones para la salud que puedan estar presentes en la niña o mujer que ha padecido una MGF y valorar el ofrecer acompañamiento o, en caso necesario, derivación a algún servicio.**

1. Mujeres adultas que llegan a España con una MGF practicada.

Que a la mujer se le haya realizado una MGF puede considerarse un factor de riesgo en caso que tenga o vaya a tener hijas. Sería indicado trabajar con ella y la familia para prevenir una potencial realización de la práctica en las niñas.

2. Niñas que llegan a España por reagrupación familiar con una MGF practicada.

NO es pertinente realizar actuaciones legales (consultar capítulo 6, Marco Jurídico). Que a una niña se le haya practicado la MGF se consideraría un factor de riesgo para las hermanas y, por lo tanto, sería recomendable emprender acciones de intervención preventiva con la familia.

3. Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres, existiendo o no consentimiento de éstos.

En este caso debemos realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a fiscalía de menores. Nos encontramos delante de un dilema profesional si no se ha tratado el tema anteriormente con la familia en España.

4. Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan con una MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.

Estrictamente, según la ley, este también sería un escenario para comunicarlo al juzgado. Aunque consideramos que se debería valorar el contexto en cada situación y los factores que pudieran estar interviniendo.

5. Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos.

No se tiene conocimiento de que la MGF se practique en territorio español desde los años 90. En caso que así fuera, con una valoración previa, se actuaría como en el caso del escenario 3.

6. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no.

Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar y que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, han decidido no continuar con la realización de la práctica a sus hermanas nacidas en España. En este caso, es importante tener en cuenta los sentimientos de

culpabilidad, rabia o traición que se puedan generar, tanto en la madre, como entre las hermanas. En algunos casos, se puede ofrecer un acompañamiento psicológico o derivar a la familia a otro servicio para tratar estos temas.

7. Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

Los padres adoptivos desconocen en general este hecho. Cuando desde pediatría se descubre que la niña de origen africano ha sufrido una MGF, suelen vivirlo con angustia. Se recomienda un acompañamiento profesional a estas familias.

2.4. CONSTRUCCIÓN DEL DIÁLOGO INTERCULTURAL

Entramos en 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. **El contexto cultural y social en el que se inserta la MGF marca seriamente la intervención sociosanitaria y educativa.** Es un ambiente propicio para conflictos que, aun siendo inherentes a la relación intercultural, causan malestar en las dos partes e impiden realizar una labor en común.

Al abordar el tema de la MGF, se presentan dos cuestiones: por un lado, ninguna de las partes domina la lengua del otro, hecho que dificulta tener una conversación fluida con los matices necesarios para tratar temas sensibles y delicados. Por otro, se añade la dificultad de no disponer de herramientas para comprender el mundo de “la otra” y controlar los límites que no deben traspasarse cuando se intenta ofrecer apoyo y acompañamiento en los procesos de cambio de normas, valores y costumbres.

Aspectos clave para un diálogo intercultural

• Habilidades comunicativas de los/las profesionales

El/la profesional debe servirse de su sentido común y de las habilidades comunicativas adquiridas a lo largo de su vida profesional en atención directa con familias. Debemos ser conscientes de nuestros propios prejuicios para intentar escuchar con la mente abierta y disponible hacia quien tenemos delante. Esta persona tiene un universo psicológico, emocional, social y cultural que debe ser tenido en cuenta y respetado. Plantear preguntas abiertas y mantener una escucha activa y empática, que deje espacio para las opiniones y sentimientos del otro/a es crucial.

En cualquier acto de relación interpersonal es preciso cuidar el entorno, pero ante un tema tan delicado como éste, resulta fundamental, en la medida de lo posible.

Algunos factores facilitadores de la comunicación son:

- Cuidar el espacio físico, evitando interrupciones.
- Adecuar los horarios y proveerse del tiempo suficiente para la intervención. Tener en cuenta la situación sociolaboral de la familia para facilitar la asistencia a la visita.
- Valorar con quién es adecuado intervenir (con la mujer sola, con el hombre, con ambos).
- El idioma puede generar problemas en la comunicación. No se recomienda utilizar terceras personas como intérpretes, especialmente menores.

Cuando alguien con quién intentemos plantear el tema de la MGF se niegue a hablar sobre ello, no debemos obligarle. Es conveniente posponerlo e intentarlo en otro momento.

• Sensibilización, formación y capacitación profesional en prevención y atención de la MGF

Los y las profesionales deben haberse sensibilizado y formado en materia de MGF. Es crucial adquirir una mirada antropológica de la práctica y conocer las razones que la sustentan: "lo dice la tradición, la religión", "una mujer circuncidada es una mujer limpia", "preserva la virginidad", "una mujer circuncidada es más fértil". A veces resulta útil buscar ejemplos en su entorno que permitan plantear a las familias

que no es un precepto religioso, como el hecho de que existan otras mujeres musulmanas que no lo practican. Resulta de apoyo a la intervención, conocer argumentos que deconstruyan la legitimidad de la práctica y poder informar con conocimiento sobre las consecuencias para la salud y legales de la MGF.

- **Relación de confianza con la familia**

Es conveniente un conocimiento y una relación previa con la familia para poder entrar en materia de MGF. Una vez esta haya sido construida, se puede preguntar sobre la práctica con más naturalidad. Con frecuencia, existe más tabú por parte de los/las profesionales respecto a este tema, que por parte de las mujeres mismas, ya que para ellas es habitual, aunque íntimo y enmarcado dentro del mundo secreto de las mujeres. Podemos preguntar directamente por ser esta familia procedente de países donde se practica la MGF, o a causa de un problema de salud detectado en relación a ésta. También, en base a un potencial viaje al país de origen, aunque se debe procurar haber tratado este tema antes de que esto suceda y a lo largo de la vida de la niña.

Es prioritario construir la relación desde la confianza y el diálogo intercultural, evitando actitudes culpabilizadoras y amenazantes, posturas agresivas y actitudes de juicio y control, siendo cuidadosos y respetuosos al plantearlo. Es importante tener claro que se trata de 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.

Se deben evitar tensiones creadas ante la inmediatez de un viaje. La atención se debe poner en las obligadas medidas de prevención de la salud que han de seguirse en todos los viajes al país de origen que la familia hace habitualmente (profilaxis de la malaria, vacunas, agua, etc.). En este contexto general, tenemos el punto de encuentro con las familias y la posibilidad de diálogo en torno a otros riesgos para la salud de las niñas, como por ejemplo la MGF.

Es importante tener en cuenta el valor africano de pertenencia a la comunidad. En este sentido, es crucial implicar a los hombres desde su lugar de esposos y padres en la toma de decisión. Aunque la práctica forme parte del mundo secreto de las mujeres, no significa que los hombres no puedan ser influyentes. De hecho, los hombres pueden jugar un rol importante en la prevención, ya que una vez sensibilizados sobre la temática, se abre una barrera importante que permite hablar con las mujeres de un tema de mujeres y tener un rol activo en la decisión de no mutilar a sus hijas (Kaplan et al., 2013a).

- **Empoderar con conocimiento**

Es necesario empoderar con conocimiento a las familias. Esto es posible si se conocen bien los problemas de salud que ocasiona la MGF, las razones socioculturales por las cuáles se practica, la vulneración de los derechos humanos, las leyes que la prohíben, las campañas de prevención en los países de origen; es decir, cuanta más información del tema, más argumentos se tienen a la hora de plantear la prevención con las familias. En este sentido, debemos resguardarnos en la figura del/de la profesional legitimado que cuida de la salud biopsicosocial de las personas y las familias para abordar el tema.

- **Respeto y conocimiento de la cultura y la tradición**

A su vez, es conveniente resaltar aspectos positivos de la cultura de origen que sean 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 remarcarlo, ayuda a aumentar el grado de confianza y cercanía con las personas recién llegadas.

Las diferencias culturales existen y son importantes: la percepción del cuerpo, el concepto de salud/enfermedad, violencia o maltrato, es diferente dependiendo de las culturas a las que cada persona pertenece. Es necesario señalar que han decidido vivir en un país donde hay una serie de prácticas tradicionales que están prohibidas por la ley. Nuestra actitud ha de 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 autoresponsabilidad.

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

- **Cómo nombrar la MGF con las familias/comunidades**

Se recomienda que, para tratar el tema con las familias, se usen otro tipo de términos que pueden ser de mayor entendimiento y mejor recibidos que la MGF. Se puede hablar de “corte”, circuncisión o “*sunna*”. También se puede preguntar directamente cómo nombran la práctica en la lengua local de su comunidad.

Numerosas comunidades musulmanas se refieren a la MGF como *Sunna* (palabra árabe que significa “tradición” o “recomendación”) o utilizan el término acuñado en las lenguas locales. Los *mandingas*, un grupo étnico que vive en el África Occidental, utilizan *ñyaka* y, en Somalia, el término empleado es *gudhiin gadbahaada*. En el marco de las intervenciones preventivas destinadas a fomentar el abandono de la práctica por las comunidades, el uso de los términos locales, que tienen una carga más simbólica y menos emocional, resulta menos estigmatizante, además de ser interpretado como una muestra de respeto hacia sus culturas.

- **Implicar a la comunidad**

Es recomendable contar como elemento de apoyo en la intervención preventiva con mediadoras culturales o agentes de salud. Se acude a éstos en caso de intervenciones pre-viaje, así como cuando existen sospechas de MGF realizada. Muy a menudo, el/la profesional no cuenta con esta estructura, de aquí la necesidad de promover la creación de grupos de trabajo y de un abordaje multidisciplinar.

Deberíamos implicar a las mujeres, hombres y líderes religiosos o 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.

SUNNA
"CUIDAD A VUESTRAS HIJAS
Y NO LAS DAÑEIS"

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

UNB FUNDACIÓN WASSU UAB WassuKato GANBEJA

Con la colaboración de:
Obra Social "La Caixa"

http://www.mgf.uab.cat/es/indice.html

¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)?

La Mutilación Genital Femenina (MGF) consiste en la eliminación o el daño de los órganos sexuales femeninos con fines culturales o religiosos, o para controlar la fertilidad o el embarazo. Se trata de una práctica que se realiza en algunas culturas y religiones, y que puede tener graves consecuencias para la salud física y mental de las mujeres.

¿DÓNDE SE PRACTICA?

La MGF se practica en más de 80 países, principalmente en África Occidental y del Sur, Asia del Sur y del Suroeste, y algunas partes de Asia Central y del Este. El mapa muestra la distribución geográfica de la MGF por países.

LA MGF TIENE CONSECUENCIAS LEGALES

En España, la MGF es un delito según el Código Penal (artículo 147.2):

- Los padres pueden ir a la cárcel entre 6 y 12 años.
- Los padres pueden perder la custodia de sus hijos.
- Las niñas pueden ingresar en un centro de protección de menores entre 4 y 6 años.
- Podrán ir a la cárcel las personas que la practiquen, colaboren o la permitan.

Según la Ley Orgánica 1/2014 de 13 de marzo 2014 (modificación de LO 3/2002) se procesará a la persona que haya realizado la MGF. Se dará también traslado de la denuncia a la persona que haya realizado el delito, si resulta habilitado en España, o si la víctima tiene nacionalidad española o residencia habitual en España.

¿POR QUÉ SE PRACTICA?

SE CREE QUE...

- Se son castabanas y tradiciones.
- La religión así lo exige.
- Se asegura el bien de las niñas y mujeres.
- Es más limpio.
- El cuerpo muestra el estado de moralidad.
- Protege la virginidad.
- Se quieren tener más hijos.

PERO LA REALIDAD ES QUE...

- Cuando la gente entiende que ciertas prácticas afectan contra los derechos humanos y ponen en peligro la vida y la salud de las personas, las tradiciones pueden cambiar sin dejar los aspectos significativos de su cultura.
- En China no hubo referencias a la mutilación genital femenina ni a la ablación femenina.
- La MGF provoca complicaciones a lo largo de toda su vida, desde infancia, adolecencia, así como complicaciones en su sexualidad.
- La MGF puede provocar infecciones crónicas y graves: ligadas, hepatitis, hepatitis, SIDA, cáncer severo y un embarazo más difícil.
- A lo largo de su vida le causará el dolor hasta el parto si no se le realiza el parto.
- La virginidad puede ser protegida mediante educación sexual, no se necesita la mutilación.
- La MGF puede provocar complicaciones durante el parto, así como el riesgo de la muerte del bebé o de la madre.

Tipo I: Eliminación del prepucio o parte del clítoris.
Tipo II: Corte parcial o total del clítoris, los labios menores y a veces, de los labios mayores.
Tipo III: Abolición del clítoris, los labios menores y mayores, con sutura o enhebramiento de los labios de la vulva.

2.5. MATERIALES PARA LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS

La intervención preventiva puede ir acompañada por materiales que apoyen estas acciones. Por ejemplo, el desplegable para familias y la miniguía para profesionales, diseñados por la Fundación Wassu (http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html).

El **desplegable para familias** ha sido diseñado para apoyar el abordaje preventivo de la MGF con información sobre los países donde se practica, las razones que la sustentan y su deconstrucción, las consecuencias para la salud y las implicaciones legales. Se puede utilizar situándolo en un lugar visible en la consulta para poder "jugar" con él en la atención directa con las familias. Está disponible en dos idiomas, castellano e inglés, facilitando la comunicación entre profesionales en España y migrantes anglofonos.

La **miniguía para profesionales** resume de forma breve y esquemática información de contexto sobre la MGF: definición, tipología, geografía y prevalencia, razones por las cuáles se practica, consecuencias para la salud, implicaciones legales y el rol de los/las profesionales.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
Guía para profesionales

FUNDACIÓN WASSU UAB WassuKato GANBEJA

UNB Obra Social "La Caixa"

Con la colaboración de:
Obra Social "La Caixa"

www.mgf.uab.cat

2.6. CUESTIONES ÉTICAS Y DILEMAS PROFESIONALES

Las experiencias de trabajo y abordaje en materia de MGF, tanto en prevención como en atención a las consecuencias, así como algunos estudios llevados a cabo (Kaplan, 2004; 2006), nos permiten plantear algunas dificultades y dilemas que es conveniente conocer, tanto entre las familias como entre los/las profesionales:

Tabla 4. Dificultades y dilemas para el abordaje de la MGF entre las familias y los/las profesionales

Entre las familias

- Existen **conflictos de lealtades respecto a sus mayores en las sociedades gerontocráticas de origen**, donde el poder lo ostentan los/las ancianos/as que representan y legitiman la reproducción de la tradición. Es difícil enfrentarse a sus mayores para la no realización de la MGF y existe una gran presión social.
- La **incertidumbre respecto a su estabilidad jurídico-administrativa** en España. Percepción de que la MGF no es un problema prioritario en sus vidas.
- El **mito del retorno** está presente e incide directamente en el proceso de socialización infantil y de construcción de la identidad étnica y de género, en el que la MGF es una parte importante.
- **Consideran que no se tienen en cuenta otros problemas** que para las familias son prioritarios, 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 sobre la MGF.

Entre los/las profesionales

- **Desconocimiento de la significación de la práctica.** Hay demanda de formación y asesoramiento para trabajar desde la prevención y el abordaje transcultural.
- **Sentimientos de temor y culpa** por tratar un asunto que puede generar problemas en el entorno familiar y miedos/temores personales por hablar de un tema en relación a la sexualidad. En ocasiones se generan actitudes paternalistas y de superioridad.
- **Debate entre estigmatización-criminalización versus integración**, que poco contribuye a un proceso de enculturación selectiva a través del diálogo, que daría lugar a una reflexión más profunda sobre el futuro de las niñas, tanto por parte de las propias familias como de los/las profesionales directamente implicados en su prevención.
- Se generan **dilemas profesionales de primera magnitud, ante la inminente partida de las niñas hacia África de vacaciones**, la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno.
- **Dilemas profesionales y éticos sobre la intervención o no intervención.**
- **Barrera idiomática** entre familias y profesionales.
- **Escasos recursos para la mediación.**
- **Sobrecarga asistencial** y necesidad de tiempo para abordar situaciones complejas.

Fuentes:

Kaplan, A. (2004). *Informe de las mutilaciones genitales femeninas en Cataluña*. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona (Documento no publicado, presentado en el Parlament de Catalunya).

Kaplan, A.; Torán, P.; Bedoya, M. H. et al. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. En *Revista Migraciones* N° 19, Madrid. pp. 189-217.



3

Los servicios de atención primaria en salud son cruciales para realizar intervención preventiva de la MGF con familias, detectar y atender las consecuencias y complicaciones de las distintas tipologías de la práctica que se puedan presentar en niñas, adolescentes y mujeres.

Las intervenciones más frecuentes se dan en tres ámbitos:

1. *Pediatría de los centros de atención primaria*
2. *Medicina y enfermería de familia y comunitaria*
3. *Servicios de atención a la salud sexual y reproductiva*

3.1. TIPOS DE INTERVENCIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. **Prevención específica sistemática** “de largo recorrido”, que se desarrolla con mayor frecuencia en pediatría, durante las visitas de niñas desde su nacimiento y puede iniciarse en los servicios de salud sexual y reproductiva, en los controles del embarazo con las mujeres. (Ver apartado de pediatría y salud sexual y reproductiva de este mismo capítulo).
2. **Prevención “oportunista”**, que se realiza de forma habitual 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 con mujeres adultas), para hablar del tema, dar información y consejos, relacionar la complicación actual con la MGF e indagar 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 de España.

3. Atención a las complicaciones derivadas de la MGF. El primer paso es la valoración del grado de afectación física, psíquica y sexual para poder iniciar los tratamientos correspondientes y/o derivación a otros servicios. 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 priorizaría la educación sanitaria para prevenir la MGF.
- **Ofrecer apoyo psicológico** (ver el apartado de aproximaciones psicológicas en el Capítulo 4), con la derivación a los correspondientes servicios de salud mental, es otro aspecto fundamental a tener en cuenta en los casos de:
 - Mujeres con la MGF practicada que presentan complicaciones tanto físicas como psicológicas.
 - Madres en las que puede existir un sentimiento de culpa por posicionarse en contra de la práctica en la actualidad, pero que previamente han practicado la MGF a sus hijas mayores.
 - Adolescentes, que han sufrido una MGF y que suelen sentirse entre dos culturas con valores diferentes. Necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos los aspectos de su salud y de su sexualidad, incluida la posibilidad de la reconstrucción genital.

4. Prevención comunitaria. Se busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres con hombres, mujeres y jóvenes, y otras en las que participen figuras clave de la comunidad. La información proporcionada debe adecuarse a las creencias, costumbres y 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 apartado de Medicina y enfermería en este mismo capítulo).

3.2. PEDIATRÍA

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 MGF en la edad pediátrica.

Actualmente, estas actividades se realizan de acuerdo a los protocolos de medicina preventiva en la infancia (el *Protocolo del Niño Sano*, que va desde los 0 meses hasta los 14 años). En algunas comunidades autónomas, como Cataluña, existe un apartado específico relativo a la prevención de la MGF, tal y como recomienda UNICEF, ya que estas prácticas influyen en el desarrollo físico y psíquico de las niñas afectadas, y se les asocian problemas de salud que pueden surgir a lo largo de su vida.¹²

Los/las profesionales del ámbito asistencial que trabajan con población africana procedente de países donde se practica la MGF, especialmente en pediatría, **han de disponer de conocimientos en materia de MGF, abordajes para la intervención preventiva de la práctica, así como para la atención de sus consecuencias para la salud.** 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. Los/las profesionales han de estar capacitados/as para entender y convivir con las diferentes culturas, lo que contribuye a un mejor entendimiento y respeto mutuo (para ampliar esta información, consultar el 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 traductor en un tema tan delicado como el de la MGF.

ABORDAJE EN LA CONSULTA

- **Primera visita**

En la primera visita del recién nacido, se llevan a cabo todas las exploraciones que están recogidas dentro de los protocolos del Niño Sano y la anamnesis correspondiente. **La exploración genital es imprescindible en la evaluación de todo recién nacido, para verificar su normalidad y descartar malformaciones.** Las alteraciones leves y relativamente frecuentes como la sinequia de labios menores podrían dar lugar a confusión en futuras exploraciones. Por ello, es importante registrarlos en la historia clínica.

Los procedimientos, referentes a la exploración, de un/a niño/a africano/a no han de ser diferentes a los de cualquier otro/a que acuda a la 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 de un determinado origen.

¹² Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica. Consultable en: http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3663/protocol_salut_edat_pediatria.pdf (pág. 119).

Para tener una visión global, es importante la recogida de datos referentes a la menor y a su entorno familiar y social, así como sobre el embarazo, el parto y el período neonatal. Es recomendable contar con **vías de comunicación con los servicios de ginecología, quienes pueden recoger información sobre si la madre tiene una MGF practicada** (factor de riesgo para las niñas recién nacidas). En el apartado de la historia clínica donde se recogen los problemas de salud, deben quedar registrados estos y otros factores de riesgo, así como la constatación de MGF realizada si fuera el caso.

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

Cuando se constatan factores de riesgo inminente en esta primera visita, se puede abordar la MGF. Si no es urgente la intervención preventiva, se espera la oportunidad en visitas sucesivas

- **Visitas sucesivas**

Se recomienda que, **durante el primer año de vida**, se hayan hecho las **revisiones genitales que corresponden** según el protocolo del Niño Sano, **y al menos, una intervención indagatoria y preventiva respecto a la MGF.**

En cuanto a la construcción de una relación que facilite el abordaje del tema, la visita entre los 6-12 meses puede ser uno de los momentos oportunos para su abordaje. Si la niña acude a consulta desde recién nacida, existirá un vínculo de conocimiento y confianza con la familia que permita indagar sobre la práctica y el posicionamiento de los padres con respecto a la misma.

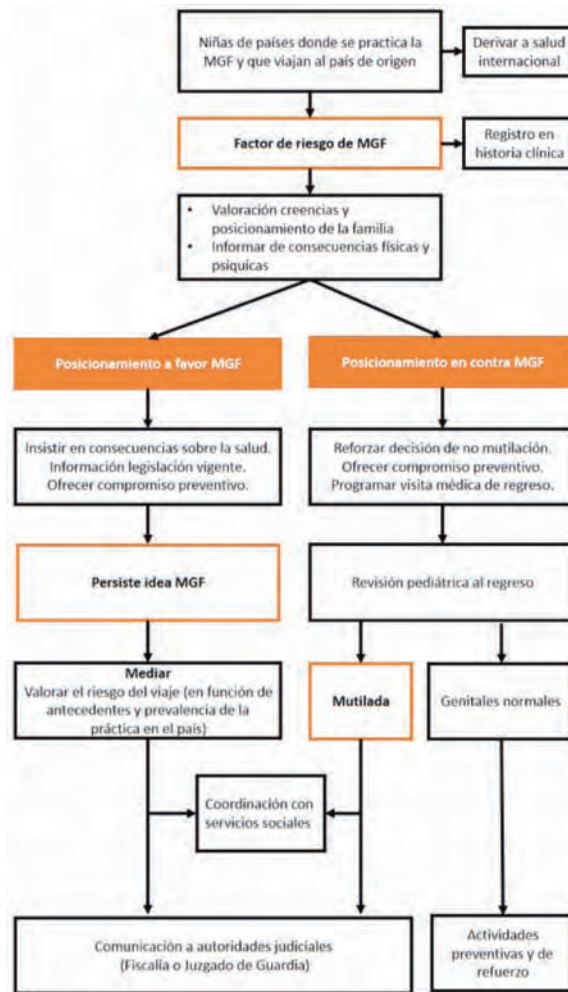
Aquí se aplican los abordajes para la prevención de la MGF y las herramientas tratadas anteriormente (ver capítulo 2), para facilitar el acercamiento respetuoso a los familiares en la explicación de las consecuencias a corto y largo plazo en la salud de sus hijas. Respecto a la MGF, no sólo es fundamental la explicación de las consecuencias para la salud que conlleva la práctica, sino también las leyes existentes en España 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.**

En el caso de consultas previas a un viaje al país de origen (ver figura 7), se realizará una revisión general, se informará sobre asuntos de salud e higiene y se hará un recordatorio sobre la MGF. En esta instancia, **se les ofrece a los padres cumplimentar la Carta de Compromiso Preventivo** (ver Capítulo 2) y se pacta una cita para el regreso del viaje. En la historia clínica y 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. También pueden llevar, si lo han firmado, la Carta de Compromiso Preventivo. **Debe quedar claro que previo a cualquier viaje a África, las familias deben pasar por la consulta de pediatría.** No sólo hay que abordar el tema de la MGF, que idealmente ya se habrá tratado con anterioridad, sino que hay que repasar el calendario de vacunaciones y actualizarlo si es preciso, hacer prevención de la malaria y otras enfermedades tropicales, tratar temas de higiene y cuidados, alimentación, etc.

Como refuerzo durante su estancia en África y para facilitar un seguimiento es recomendable poner en contacto a estas familias con organizaciones que trabajen en el país de origen sobre la MGF y que puedan apoyarlos en su decisión de no realización de la práctica.

El temor o la frustración del profesional a que algunas de estas niñas se queden en África y por tanto no vuelvan a la consulta NO han de cambiar la intervención preventiva/educativa encaminada a evitar la MGF. Algunos profesionales en Cataluña han alertado de la disminución del número de niñas, con respecto de los niños, así como la percepción de la masculinización en las reagrupaciones familiares. Estos hechos podrían estar relacionados, en parte, con actuaciones punitivas, lejos de un abordaje preventivo, en los que incorpore a la familia en el proceso de abandono de la práctica (Mangas, 2017).

Figura 5. Algoritmo de actuación ante viajes al país de origen



Es importante destacar que el algoritmo anterior puede guiar la intervención, pero nunca ser usado de forma rígida, ya que cada caso es distinto y hay que estar atento/a a las subjetividades.

- **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 en niñas, habrá que valorar las complicaciones y el tratamiento adecuado o derivación a profesionales especializados en cada caso.

- *Adolescentes*

Según recoge la Ley de Autonomía del Paciente¹³, en caso de adolescentes a las que se les haya practicado una MGF en los que el/la profesional constata madurez y capacidad de decidir, se podrá abordar el tema directamente con la menor.

- *Adopciones*

Las adopciones internacionales han hecho y hacen que lleguen a las consultas familias que no presentan factores de riesgo, con niñas procedentes de países donde es frecuente la práctica. 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.). Otras veces existe desconocimiento por parte de los padres y es el servicio de salud o el servicio de pediatría quien informa.

En estos casos, no cabe hacer denuncia como parte de lesiones. Se debería de registrar en la historia clínica y llevar a cabo las intervenciones habituales de información, atención y derivación (si procede) ante una MGF practicada.

¹³ Consultable en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

ACTUACIÓN ANTE CASOS DE MGF

Podemos encontrarnos con dos situaciones típicas:

- **Niña reagrupada**

Al realizar la primera revisión médica y al igual que el resto de niños y niñas que acuden por primera vez a pediatría, se explorarán los genitales. Si la niña no fuera lactante y encontramos resistencia a la exploración, podemos dejarlo para más adelante, cuando ya tenga más confianza en el/la profesional.

Si cuando se explora se verifica una MGF realizada, y (casi seguro) completamente curada, indagaremos, en primer lugar; **la posibilidad de secuelas físicas** (infecciones de orina, vaginitis de repetición, molestias de varios tipos...) (ver capítulo 1). Las psicológicas requerirán mayor tiempo de confianza, pero también hay que abordarlas. Se procederá a tratar todas las complicaciones, si las hay, según su gravedad y urgencia.

Si existen dudas para verificar una MGF y existe confianza con la familia, preguntar abiertamente. Si es la primera visita y no existe confianza, abordar en visitas sucesivas. Generalmente, si se trata el tema con respeto, la familia explica abiertamente el hecho.

Es muy importante realizar el registro en la historia clínica de la usuaria sobre si se ha detectado una MGF o si existen factores de riesgo. Esto permite evitar intervenciones repetitivas en la familia y facilitar el acceso a estos datos por parte de otros/as profesionales.

En este caso **no procede realizar ninguna denuncia**, aunque sí preguntar si hay hermanas más pequeñas a las que aún no se les haya realizado la intervención, para iniciar cuanto antes la prevención de la MGF en ellas.

- **Niña que regresa de un viaje de vacaciones o estancia más larga en el país de origen pero que ya vivía en España anteriormente.**

Si antes del viaje no existía una MGF y al realizar una exploración de genitales posterior a éste se detectase la práctica en la niña, **en primer lugar se deberán explorar las posibles complicaciones para la salud de la niña y atenderlas. Debemos primar la salud de la menor por encima de todo. Será más sencillo detectar las consecuencias físicas, las psicológicas necesitarán más tiempo.**

Es de suma importancia cerciorarse con seguridad que la MGF no fue practicada con anterioridad. Es necesario contrastar esta información con la familia y con los/las profesionales de referencia del caso del ámbito educativo y de servicios sociales, así como con otras áreas sanitarias vinculadas a la familia, ya que **es preciso un abordaje multidisciplinar**. Es pertinente conocer si se habían realizado abordajes preventivos con la familia y de si ésta conocía que la práctica es ilegal en nuestro país. De lo contrario, es delicado denunciar a esta familia.

Si la MGF ha sido practicada, puede acarrear consecuencias legales para la familia y los/las profesionales tendrían que comunicarlo a las autoridades judiciales pertinentes.

Como sostén para las familias en esta etapa, es importante contar con el apoyo de miembros relevantes en su comunidad –líderes religiosos y comunitarios– que se hayan posicionado en contra de la práctica. A la vez, estas actuaciones pueden acarrear en los/las profesionales implicados/as dilemas éticos y morales de gran magnitud, por lo que se es recomendable contar con redes de apoyo dentro y fuera de la institución (Ver capítulo 2, Dilemas Éticos y capítulo 6, Marco Jurídico).

A continuación, se presenta una tabla con ejemplos de indicios de una MGF practicada en niñas. Cabe destacar que son solo ejemplos de indicios, y que por sí solos, no demuestran que se haya realizado la práctica. Es necesario contrastar bien la información ya que nos encontramos ante una situación que puede acarrear consecuencias muy graves para la familia y la menor:

Indicios de una MGF practicada

Cambio de comportamiento de la niña a la vuelta de vacaciones: tristeza, desconfianza, retraimiento.

Alteraciones en el estado de salud de la niña: anemia producida por sangrado post mutilación, molestias en zona genital, infecciones de orina.

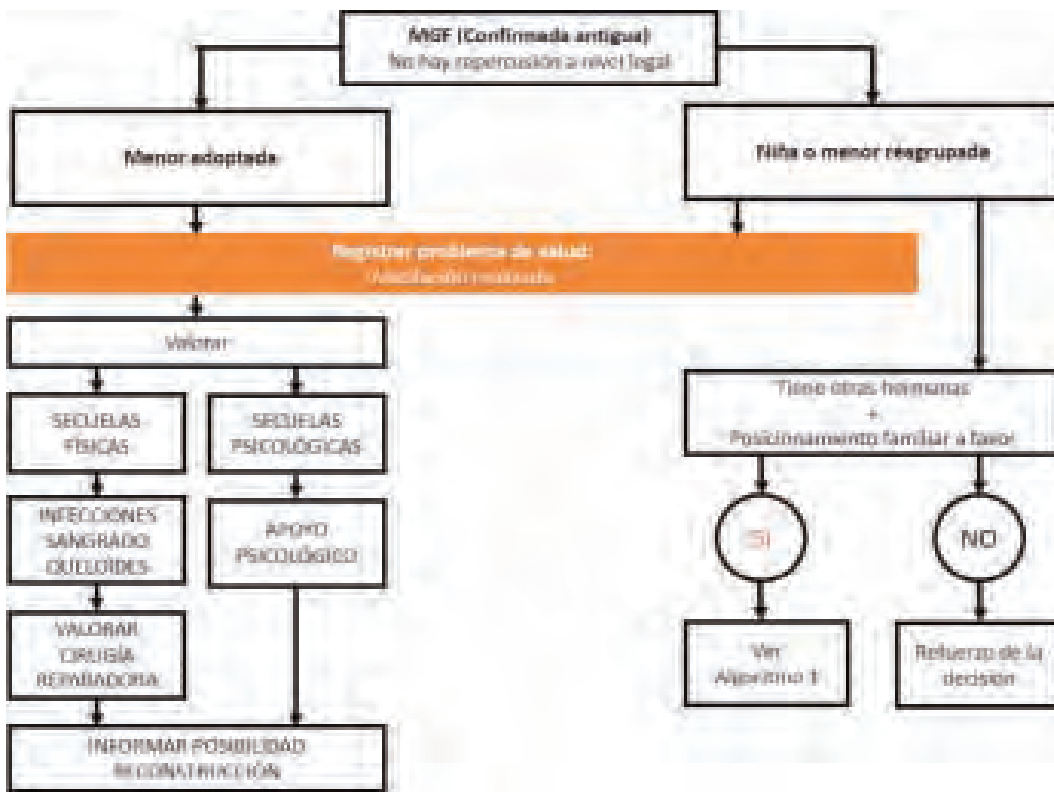
Absentismo escolar alegando motivos de salud.

Incumplimiento de la visita pactada post-viaje en pediatría.

Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica.

Seguidamente, presentamos el algoritmo de actuación ante casos de MGF que pueda servir como guía (nunca para ser aplicado con rigidez):

Figura 6. Algoritmo de actuación ante casos de MGF



Fuente: Kaplan, A., Moreno, J., Pérez Jarauta, M.J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra.

3.3. MEDICINA Y ENFERMERÍA DE FAMILIA 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, se tratarán las complicaciones asociadas a los distintos tipos de MGF.

La mayor efectividad se obtiene mediante un trabajo interdisciplinar y comunitario basado en el respeto y con un enfoque en el que se incluya la MGF dentro del conjunto global de actividades preventivas habituales y no como un problema de salud aislado.

ABORDAJE EN LA CONSULTA

Antes de abordar directamente el tema de la MGF es preciso realizar una anamnesis completa, con el objetivo de conocer antecedentes personales y familiares.

Un buen momento para tratar el tema de la MGF puede ser **durante el embarazo, con el objetivo de prevenir así posibles problemas que puedan aparecer durante el parto** si la mujer tiene realizada una MGF. Se aprovecha 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 tanto, más dispuestos a modificar actitudes que sean perjudiciales en el futuro.

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...) que pueden estar relacionadas con una MGF practicada.

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

Es importante **preguntar sobre el tema y realizar un registro en la historia clínica de la información obtenida sobre si la MGF se ha practicado o si hay factores de riesgo**. Esto permite evitar intervenciones reiteradas sobre el tema y facilita el acceso a los datos por parte de otros profesionales. Además, permite al profesional conocer mejor a la persona que tiene delante, y favorece la creación de un clima de confianza, imprescindible para abordar esta cuestión.

ABORDAJE COMUNITARIO

Es interesante que los equipos de salud puedan formar parte de **programas en los que se incluya la sensibilización, la formación, el asesoramiento, acompañamiento y la coordinación de profesionales desde una mirada amplia e integral en el territorio, principalmente con profesionales de salud, servicios sociales, educación y mediación.**

Para un abordaje comunitario, se debe **tener en cuenta el individuo, la familia, la comunidad, y los factores que determinan la salud.** Los servicios de salud, los servicios de educación y los servicios sociales tienen que coordinarse entre sí y con las asociaciones locales que trabajen la prevención de la salud, directa o indirectamente (centros cívicos, centros de formación profesional, escuelas de educación infantil, asociaciones de madres y padres...). Por último, sería interesante englobar a los técnicos encargados de dinamizar los planes de desarrollo comunitario que hay en algunos municipios.

3.4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La consulta ginecológica o de obstetricia es el ámbito donde se pueden detectar consecuencias de la MGF en jóvenes o mujeres. Es un espacio clave para su atención y para el trabajo preventivo. En estos servicios **se constatan las lesiones producidas y se trabaja en la recuperación de la salud física** (ámbito gineco-obstétrico) y psicosexual (vida sexual).

Buena parte de los efectos negativos a corto y largo plazo de la MGF en la salud de la mujer pueden ubicarse en el ámbito sexual y reproductivo (ver Capítulo 1; Tabla 3: Consecuencias de la MGF a largo plazo).

ABORDAJE EN LA CONSULTA

Los canales de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva son, bien por embarazo, planificación familiar, o derivación desde servicios de la salud o servicios sociales. El acceso, en el caso de las mujeres migrantes, se ve en ocasiones dificultado por las barreras idiomáticas, la relación cultural con los horarios pactados, y el desconocimiento de los recursos sanitarios a su disposición, entre otros. Esto puede suponer un reto especialmente para los servicios de atención ginecológica, que deben contar con dispositivos facilitadores como la presencia de una mediadora cultural.

Una MGF ya practicada, en sí misma, no suele ser motivo de consulta por iniciativa de la mujer, ya que se consideran prácticas normales en sus comunidades. **La primera visita puede 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 o de un probable antecedente de MGF.

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

Conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y confianza que facilite la continuidad en las visitas y por tanto el conocimiento de la historia individual de la mujer (origen, procedencia, etnia, etc.), valorando la normalización de las preguntas sobre la MGF, como parte importante de la salud sexual y reproductiva. 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.

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: se introducen propuestas de mejores cuidados en la salud, se realiza educación sexual y reproductiva en general, planificación familiar, y se hace prevención de prácticas como la MGF en particular. Hay que tener en cuenta que existe cierta resistencia en este colectivo de mujeres a las actividades grupales abiertas por tratarse la MGF de un tema íntimo y del mundo secreto de las mujeres. Conviene formas alternativas de educación para la salud, en pequeños grupos o en la intimidad de la visita.

- **Consulta Ginecológica**

Se puede abordar aquí el tema de una probable MGF **a través de la indagación sobre episodios clínicos eventualmente ocasionados** por la misma: dismenorreas, vaginitis de repetición, cistitis, partos anteriores con dificultades, dispareunia. Si las preguntas se realizan en un marco de confianza, respeto y privacidad, suelen ser contestadas con normalidad. Es importante **relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una MGF con naturalidad**, pero con firmeza, transmitiendo elementos que permitan y faciliten el replanteamiento de 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**, como universo central en la vida de las mujeres africanas.

Se puede sospechar la existencia de una MGF cuando se plantee una exploración ginecológica y ésta sea respondida con actitudes evasivas. **Siempre se debe obtener el consentimiento explícito para realizar la exploración.**

La apariencia de los genitales externos de una mujer con una MGF practicada puede provocar en el/la profesional reacciones de sorpresa o desagrado (ver figuras Capítulo I), que de ser percibidas favorecen 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 “apariciencia 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/la profesional se puede encontrar 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 migrantes. En ocasiones, una MGF tipo II puede parecer una de tipo III si se ha producido una sinequia.

- **Embarazo**

El control y el seguimiento del embarazo se realizan según los protocolos vigentes, como con 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 del mismo, 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, si se constata una MGF, quede registrada debidamente en la historia clínica de la paciente.

Si se encuentra una MGF tipo I o II, se debe informar y tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación durante el parto. En estos tipos, que presentan menores

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.

En el caso de la 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. Es en estos casos cuando se plantea la intervención desinfibuladora.

- **Desinfibulación**

Según la OMS (2016), **esta intervención es imperativa en el caso de una MGF tipo III**, en la que sólo se ha dejado un pequeño orificio en el introito y, por tanto, el parto sin desinfibulación implicaría un desgarro total de periné con una alta morbilidad fetal. No obstante, la mujer infibulada tiene que firmar el consentimiento informado donde se explicita su conformidad para que se le realice la intervención. **Se le habrá informado con detalle del porqué de la intervención y de los beneficios** en el desarrollo del parto, para la salud del bebé y de la madre, la mejora en la micción, la menstruación y en sus relaciones sexuales. Asimismo, **es aconsejable explicar concretamente en qué consiste la intervención y dejar claro que no se reinfibulará tras el parto, ante la posible petición de la mujer o el marido.**

La intervención desinfibuladora 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 la semana 20 y 28 de la gestación; si esto no es posible, se lleva a cabo en el momento del parto.

El procedimiento quirúrgico que se precisa para realizar la desinfibulación es bastante simple y en la mayoría de casos, puede hacerse con anestesia local. La desinfibulación puede implicar volver atrás en el tiempo y hacer recordar el momento en que la mujer fue infibulada, implicando un trauma psicológico. Es importante ofrecer acompañamiento psicológico durante este proceso. Además, será **más apropiado utilizar anestesia general a corto plazo o anestesia epidural**. Cualquier profesional que sepa cómo realizar una episiotomía en un parto, puede realizar la desinfibulación, sin complicaciones (ver figura 9).

Paso I:

Realizar un lavado cuidadoso de los genitales con antisépticos, nunca utilizar derivados iodados en embarazadas. A veces, no es posible limpiar el interior de la vagina debido al estrechamiento de la apertura vaginal.

Paso 2:

Cuando se trata de anestesia local, se infiltra una aguja fina a 45° en pequeñas dosis bajo la piel a ambos lados de la cicatriz, en abanico. Posteriormente, se infiltra anestesia en el tejido grueso de la misma zona, en sentido longitudinal y utilizando una aguja intramuscular a 45°. Se debe vigilar que no se cause ningún daño en las estructuras debajo de la cicatriz (uretra, labios menores y clítoris). Con el tipo III de la MGF, estas estructuras se encuentran en la mayoría de casos intactas. Una vez la anestesia local ha hecho efecto, se introduce un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a desinfibular. Normalmente, el dedo entra fácilmente debajo de la piel cicatrizada. Si la apertura es demasiado pequeña para que pueda entrar un dedo, se pueden utilizar fórceps y abrir para posibilitar una división inicial desde la parte posterior de la parte cerrada permitiendo que el dedo pueda entrar. Palpar la zona del clítoris para determinar si está el clítoris bajo la cicatriz.

Paso 3:

Para la incisión, se introduce el dedo índice en dirección al pubis y luego se corta con tijeras de punta curvada siguiendo la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible. No se debe hacer una incisión por encima de la uretra. Extender la incisión puede causar una hemorragia difícil de controlar. Al mismo tiempo, se tiene que vigilar no hacer una incisión en el clítoris debajo de la piel cicatrizada y extremar el cuidado en esta zona debido a la hipersensibilidad del clítoris.

Paso 4:

Después de dividir los labios mayores que estaban cerrados, a veces se ha encontrado un clítoris y unos labios menores intactos, protegidos por la cicatriz. Se tienen que coser los bordes del recorte utilizando suturas para prevenir la formación de adherencias. El proceso de recuperación puede ser de una semana aproximadamente, dependiendo de cada caso.

Cuidado postoperatorio:

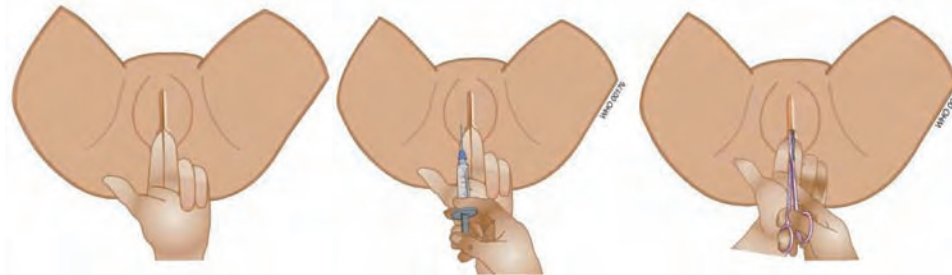
La desinfibulación puede realizarse en un día. Los analgésicos postoperatorios son importantes y pueden ser infiltrados debajo de la herida con un 1% de lidocaína, seguido de analgésico las primeras 48 horas. **Es importante hacer un seguimiento de las pacientes después de un procedimiento de desinfibulación.**

Algunas mujeres informan de que **su sensibilidad en la zona de la vulva ha aumentado** (la que antes estaba cubierta por la piel cicatrizada) después de 2 a 4 semanas. También pueden informar de no sentirse cómodas por tener los **genitales húmedos** y la **sensación de que les entra aire en la vulva**. Se tiene que preparar a las mujeres para estas experiencias, explicándoles que habrá cambios en sus genitales y que verán incrementada su sensibilidad, asegurando que se acostumbrarán a sentir sus genitales húmedos y que la sensibilidad desaparecerá con el tiempo.

Se le puede sugerir que tomen baños de sal de tres a cuatro veces al día, con un secado pertinente del área de la vulva. También se puede recomendar el uso de una crema calmante las primeras 2 semanas. Se aconseja hablar con la mujer y con el marido para recomendar el momento en que se pueden volver a tener relaciones sexuales (normalmente después de 4 a 6 semanas) para adecuar el tiempo de cicatrización. Dar recomendaciones sobre temas sexuales requiere sensibilidad y debe adaptarse a cada paciente, según lo que se considere culturalmente apropiado.

Es de gran importancia ofrecer un seguimiento y un asesoramiento sobre las expectativas de la mujer en relación a la sexualidad después de la cirugía. La **desinfibulación suele generar grandes expectativas y a la vez, decepciones si éstas no se cumplen**.

Figura 7. Procedimiento de desinfibulación



dedo(s) debajo la cicatriz infiltrando anestesia local al área de la cicatriz abrir la cicatriz con un corte

Fuente: Kaplan, A., Hechavarría, S.Y., Puppo, N. (2017) *Manual on Female Genital Mutilation/Cutting for health professionals*, The Gambia. UAB, Bellaterra, Spain (3rd edition).

- **Abordaje durante el 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, es de especial importancia la actitud tranquilizadora y de apoyo de los/las profesionales que acompañan en este proceso, así como la capacidad de gestionar reacciones adversas a la apariencia 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, por tratarse de un asunto “de mujeres” 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 dejar la episiotomía para casos de extrema necesidad.

Las **complicaciones habituales** que se pueden encontrar son las siguientes: dificultades durante el parto (dilatación), partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, episiotomías, hemorragias post parto, desgarros, fístulas, largas estancias hospitalarias por maternidad, sufrimiento fetal, muerte neonatal temprana, reanimación del recién nacido en el parto.

- **Post Parto**

Tras el parto, las **actuaciones sanitarias en las mujeres con MGF** se centran en:

- Explicar, si es necesario, la cura y el cuidado de algún desgarro producido en el parto.
- Aconsejar no reiniciar relaciones sexuales hasta la completa cicatrización de heridas, utilizando lubricantes en un inicio si es necesario y otros aspectos relacionados con la higiene y cuidados del aparato genital post parto.
- Coordinarse con los servicios de pediatría con el fin de hacer prevención de la MGF en las niñas recién nacidas.

- **Abordaje psicológico en la vida sexual**

El impacto de la MGF en la vida sexual de las jóvenes y las mujeres es a menudo minimizado y no se tiene lo suficientemente en cuenta en la intervención. Es un tema difícil de abordar con el tiempo y la calidad que se requiere, además de que conlleva abrir heridas dolorosas en la mujer. Es necesario abrir un diálogo sobre temas de sexualidad para poder acompañar a las mujeres en una mejora de su salud psicosexual.

También es difícil obtener datos para la investigación al respecto. **Los estudios** disponibles sobre las consecuencias psicosexuales de la práctica, **mencionan disfunciones sexuales debido a la extirpación del clítoris y los labios menores, así como dificultades en la penetración, dificultades de estimulación y dolor en las relaciones.** La excitación de las mujeres es diferente según el tipo de intervención que hayan sufrido y cómo vivan su sexualidad en términos psicoemocionales.

Los daños físicos y psicológicos, junto con el dolor, pueden **dificultar que se disfrute de una vida sexual satisfactoria** (falta de deseo sexual y menor placer sexual, ansiedad ante la penetración, dificultades en la lubricación, mayor dificultad para conseguir al orgasmo, menor frecuencia de orgasmos, etc.). A su vez, **se pueden dar cuadros de ansiedad y depresión crónica** por la preocupación del estado de los genitales, por dismenorrea intratable, por el dolor que se siente durante las relaciones sexuales, y por el miedo a la infertilidad. Además, las mujeres a las que se les ha realizado una MGF, que viven en sociedades donde esta práctica no es habitual, pueden llegar a tener **problemas en el desarrollo de su identidad sexual y sentimientos de culpabilidad y traición** por no tener unos genitales normales con los que puedan disfrutar de su vida sexual. La presión social por un pleno disfrute sexual en sociedades occidentales puede conllevar conflictos psicológicos que impliquen dificultades añadidas, en particular a las adolescentes y mujeres jóvenes.

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 una vez dilatada la abertura que ha quedado después de la MGF y, en algunos casos, es necesaria la práctica de una incisión para hacer posible la penetración.

- **Reconstrucción del clítoris**

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), en función de los daños ocasionados. La intervención

consiste en hacer desaparecer el tejido cicatrizado después del corte, **localizar y exteriorizar lo que queda de clítoris, preservando los vasos y los nervios, y anclar el órgano a su posición original.**

El resultado de la intervención es una apariencia anatómica de naturalidad en los genitales femeninos; **se evitan problemas de salud relacionados con la MGF, pero, sobre todo, y en algunos casos, dependiendo de la gravedad de la intervención, 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 vida de la mujer.

Es importante remarcar; que **la reconstrucción supone una nueva intervención que puede aflorar alteraciones psicológicas** ligadas a una “nueva mutilación”. El placer sexual, como muchas otras emociones, están mediatizadas por la cultura y se percibe de formas distintas. Por este motivo no debemos ver la sexualidad de las mujeres africanas desde los parámetros occidentales.

Es necesario y deseable que, antes de que una mujer decida someterse a la intervención de reconstrucción, se realice **una valoración psicológica conjunta y de acompañamiento en la toma de decisión con profesionales cualificados** al respecto, tanto del ámbito médico como del ámbito psicológico. La mujer tiene que conocer bien en qué consiste la intervención y qué efectos podrá tener en su vida. Es necesario considerar las repercusiones de la MGF en su vida sexual y los beneficios que pueden darse con la cirugía, tanto a nivel funcional, de apariencia anatómica de sus genitales externos, y por supuesto, en su vida psicosexual y reproductiva en general.

• **Cirugía Genital Cosmética**

La cirugía genital cosmética o técnicas de “rejuvenecimiento vaginal” implican la **modificación de los genitales femeninos con un propósito estético y no médico.** Es un fenómeno que ha aumentado inquietantemente en los últimos años.

Se presentan como **técnicas para “mejorar” el aspecto de los genitales externos femeninos y mejorar la satisfacción sexual,** tanto de la mujer como del hombre. Las intervenciones más frecuentes son la remodelación de los músculos vaginales o vaginoplastia, y la reducción de los labios menores, o labioplastia. La labioplastia vaginal es una operación que consiste en modificar el tamaño de los labios vulvares cuando se consideran excesivamente grandes o asimétricos.

Estos procedimientos son una nueva tendencia alarmante dentro de la población femenina general de países llamados “desarrollados”, **asociada a influencias agresivas de marketing y de la moda, así como ideales de una imagen de feminidad que puede ser quirúrgicamente mejorada para ser más joven y bella.** Cabe destacar que esta cirugía no tiene indicaciones terapéuticas y afecta a las mismas partes y

funcionalidades que la MGF. La diferencia radica en que ésta se realiza con el “consentimiento” de las niñas –o de sus madres– jóvenes o mujeres.

3.5. 10 PROPUESTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MGF EN SALUD

- 1 Crear programas para capacitar, sensibilizar y formar a los/las profesionales en la detección, atención a las consecuencias y prevención de la MGF.
- 2 Conocer a la población femenina procedente de países donde se practica la MGF en el territorio donde se interviene.
- 3 Incluir la MGF como un tema más de educación para la salud en los servicios de atención primaria.
- 4 Acordar criterios de intervención y validar abordajes, mecanismos y herramientas para la prevención y atención de la MGF.
- 5 Fomentar el desarrollo de habilidades interculturales entre profesionales para poder intervenir con las familias desde la sensibilidad, el conocimiento, el respeto, el diálogo, la no estigmatización y la no culpabilización.
- 6 Promover el empoderamiento de mujeres, hombres, jóvenes, familias y comunidades con origen en países donde se practica la MGF sobre las complicaciones físicas y psicológicas de la práctica, así como el marco legal en España, para promover actitudes hacia su abandono.
- 7 Utilizar la herramienta del Compromiso Preventivo como apoyo a las familias que realizan viajes a sus países de origen para reforzar la decisión de no practicar la MGF.
- 8 Incluir el tema de la MGF en los circuitos de coordinación y de participación comunitaria ya existentes en el territorio.
- 9 Establecer espacios de reflexión y asesoramiento interdisciplinar para la intervención preventiva frente a casos de MGF.
- 10 Coordinar estrategias de abordaje desde los diferentes servicios de atención primaria en salud, servicios sociales y educación, además de las entidades y asociaciones existentes en el territorio.

Fuente: 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. *Migraciones*, 19, 189-217.



4

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 (trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, psicólogos/as, etc.). El objetivo principal de los servicios sociales es promover mecanismos de prevención e intervención con personas, familias y grupos sociales, orientados a favorecer su autonomía, mejorar sus condiciones de vida, acompañar y facilitar procesos de cambio que permitan eliminar situaciones de injusticia social y favorecer la inclusión social, especialmente si se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad social.

El ámbito de la salud se sitúa como el eje principal de intervención preventiva en materia de MGF, como hemos señalado en el capítulo anterior. Sin embargo, **el abordaje de la MGF debe plantearse desde una perspectiva multidisciplinar, aunando esfuerzos desde los distintos servicios e instituciones.** En este sentido, los/as profesionales de servicios sociales **juegan un papel importante en la prevención de la práctica y son elementos facilitadores de dinámicas de coordinación y trabajo en red entre profesionales.**

4.1. EL ROL DEL/LA PROFESIONAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES

El/la profesional de los servicios sociales tiene un rol primordial en la intervención preventiva de la MGF mediante abordajes de sensibilización, empoderamiento y educación de las familias a las que atiende, procedentes de países donde se practica la MGF. El/la profesional puede detectar casos de MGF practicada en niñas o mujeres, generalmente a través de comunicaciones orales por parte de estas u otros familiares o personas de referencia, y casos de riesgo en niñas o jóvenes.

Los/las profesionales de los servicios sociales suelen centrar su intervención individual en un contexto familiar. 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**. Sin embargo, proponer una intervención con enfoque familiar no significa que las intervenciones tengan que hacerse sobre el grupo familiar desde el principio. Más bien al contrario, **se recomienda plantear el tema individualmente, generalmente con la madre a solas** (o acompañada por alguna mediadora, si así se valora). Más adelante, se podrá incorporar al padre en las intervenciones y los potenciales compromisos al respecto.

La intervención suele plantearse en familias procedentes de países donde se practica la MGF con las que ya se está trabajando para abordar otras dificultades o necesidades.

Algunas de las funciones vinculadas a los/las profesionales de servicios sociales en materia de MGF son:

- Identificar los **núcleos familiares o de convivencia que provienen de países donde se practica la MGF y que tienen niñas** –especialmente menores de edad– o pueden tenerlas en un futuro próximo. Estos núcleos pueden ser foco de futuras intervenciones preventivas de la MGF.
- **Planificar y realizar intervenciones preventivas de la MGF** con estas familias a través de la sensibilización, el empoderamiento y la educación para la salud sobre las consecuencias negativas para las niñas o jóvenes que aún no han pasado por esta práctica para caminar hacia la no realización de ésta.
- Valorar la **necesidad de atender a mujeres con consecuencias físicas o psicológicas de la MGF** y poder derivarlas a un/a médico/a o psicólogo/a de referencia.
- **Seguir los protocolos de prevención y atención** de la MGF, cuyo primer nivel es la prevención.
- **Impulsar proyectos comunitarios y programas transversales**, especialmente los que buscan la inclusión y la participación social de mujeres y hombres, las familias y las unidades de convivencia. Es importante que la intervención se realice tanto con las mujeres como con los hombres (a valorar si conjuntamente, o por separado, etc.).
- **Fomentar la comunicación y coordinación entre los/las profesionales de los diferentes ámbitos** que intervengan en la atención a las familias en riesgo de MGF para facilitar un abordaje integral (sanitario, educativo, social...).

4.2. NIVELES DE INTERVENCIÓN Y COORDINACIÓN

1. *Intervención preventiva de la MGF.*
2. *Intervención preventiva específica de la MGF.*
3. *Intervención en caso de riesgo de MGF.*
4. *Intervención en caso de detectar una MGF practicada.*

1. *Intervención preventiva de la MGF*

El objetivo es sensibilizar y empoderar con conocimiento en materia de MGF a las familias procedentes de países donde se realiza la práctica para contribuir a la no realización de ésta. Se trabajará el tema desde la confianza, el respeto, la no estigmatización y la no culpabilización. Se trata de introducir la MGF como un aspecto más de prevención para una buena salud psicosocial de la familia. **Es crucial que el/la profesional haya recibido formación en la materia, pueda hablar con conocimiento socioantropológico de la práctica y conozca abordajes y herramientas para la intervención preventiva.**

El/la profesional tiene que haber construido un buen vínculo con la familia previo a hablar de la MGF. Se puede preguntar si es una tradición en su país de origen, y si hay miembros de la familia que se adhieren a ella. Se pueden usar herramientas de apoyo a la intervención preventiva como soporte, como el desplegable para familias de Wassu (ver Capítulo 2) (http://www.mgf.uab.es/esp/recursos_para_profesionales.html).

Se informará a las familias sobre las consecuencias para la salud de la MGF en las mujeres y las niñas subrayando las consecuencias a largo plazo. Se informará asimismo **sobre el marco legal en España**. Se puede incidir en las **razones por las cuáles se realiza la práctica**, intentando deconstruirlas conjuntamente con la familia. Es preferible empezar a trabajar el tema con las mujeres, al ser la MGF una práctica ligada al género femenino. Se podrá trabajar posteriormente con los hombres, valorando cada caso concreto. Todo esto se debería hacer a lo largo de varias sesiones con la familia, intentando encontrar el momento más adecuado.

Se podrá **valorar la conveniencia en cada territorio de organizar sesiones de sensibilización a nivel comunitario con mujeres, hombres y jóvenes**, en colaboración con asociaciones de población procedente de países donde se practica la MGF. Se podrá contar con la figura de un/a mediador/a comunitario, dependiendo de cada contexto.

2. Intervención preventiva específica de la MGF

La intervención en este nivel se activará **en caso de que el/la profesional conozca la existencia de un viaje al país de origen de la familia - en caso que haya niñas.**

- **Si el/la profesional conoce a la familia y ha trabajado el tema de la MGF con ésta**, como indica el nivel anterior; puede preguntarle si se ha tratado también desde salud. En caso negativo, derivará a la familia a pediatría, coordinándose previamente con el/la pediatra de referencia. Si la familia le comenta que ya se ha abordado el tema, será el/la profesional quien decida si hace falta coordinarse con pediatría. En este momento, se puede reforzar la decisión de no realización de la práctica, preguntando, por ejemplo, si reciben presión desde su país de origen para realizarla.
- **Si el/la profesional conoce a la familia, pero no han hablado nunca de este tema**, podrá introducirlo de forma respetuosa y con cautela. Se recomienda coordinarse con pediatría para conocer si se ha realizado ya un abordaje.
- **En caso que no se tenga suficiente nivel de confianza con la familia y no se haya trabajado nunca el tema**, el/la profesional se puede coordinar directamente con pediatría/medicina de familia para conocer si se han realizado intervenciones preventivas. De lo contrario, el/la profesional derivará a la familia para que inicie el seguimiento pediátrico, al igual que el resto de niños y niñas.

Mediante la coordinación con salud (pediatría o medicina de familia), ambos profesionales valorarán la intervención más adecuada. En caso necesario, se pueden plantear entrevistas conjuntas entre salud y servicios sociales, escenificando ante la familia que los servicios están coordinados y tienen una misma mirada frente a este tema.

3. Intervención en caso de riesgo de MGF

La intervención en caso de riesgo de MGF se realiza **cuando hay indicios por parte de la familia de aprobar la realización de la MGF en su/s hija/s** o la familia no colabora en las propuestas indicadas en el nivel anterior de intervención.

En este caso, **es necesaria una valoración del riesgo por parte de los/las profesionales** referentes en salud, servicios sociales y en algunos casos, educación (ver factores de riesgo en el capítulo 2). Es muy importante hacer una buena valoración del riesgo y calibrar las posibles consecuencias de la actuación si se deriva el caso a la Fiscalía de Menores y/o al Juzgado de Guardia.

Si se valora que la niña está en riesgo, se informará de la situación a la Fiscalía de Menores y/o Juzgado de Guardia, para que tomen las medidas necesarias de protección de la menor.

4. Intervención en caso de MGF practicada

Existen dos tipos de intervención al respecto:

- **Niñas reagrupadas que llegan con una MGF practicada**

Si el/la profesional atiende a una familia en la cual conoce la situación de una niña que llega reagrupada y con una MGF practicada, **es importante valorar muy bien la intervención, ya que las consecuencias de ésta para la niña y la familia pueden ser devastadoras.** Las niñas que llegan reagrupadas con una MGF ya realizada generalmente no han tenido la oportunidad de participar en intervenciones preventivas familiares. En sus países de origen les han realizado una práctica que es considerada una norma social y a veces un mandato religioso. Por lo tanto, si ponemos la situación en conocimiento del juzgado, la familia puede ir a la cárcel y la niña, recién llegada a un país extranjero, acabar tutelada por la administración pública en un centro de menores. **Las consecuencias para la niña serán dobles: ya ha padecido la MGF y ahora será separada de su familia.**

En primer lugar, se tiene que atender a la niña y realizar una intervención educativa con la familia. **En este caso, convendría valorar en equipo o con una supervisión técnica la decisión más favorable para la niña.**

Las niñas pueden ser doblemente víctimas, de la tradición y de la ley.

4.3. APROXIMACIÓN PSICOLÓGICA

La investigación sobre los aspectos psicológicos, psicosociales y psicosexuales de la MGF es aún escasa, con estudios que están focalizados específicamente en las consecuencias psicológicas de la práctica, según Mulongo et al. (2014). Sin embargo, las experiencias narradas por niñas y mujeres a quienes se les ha realizado una MGF, muestran que **esta práctica puede llegar a ser una experiencia traumática no sólo en lo psicológico y emocional, sino también en lo psicosexual**. La mayoría de estudios afirman sin duda que la MGF tipo III es la que conlleva mayor experiencia traumática, aunque también existen consecuencias derivadas de las MGF tipos I y II. Las niñas suelen estar despiertas durante la realización de la intervención, por lo que, además del dolor físico, emerge un gran miedo y confusión acerca de lo que les está pasando. En pocas ocasiones se les explica lo que les va a suceder, hecho que potencia el florecimiento de sentimientos de desconfianza y traición.

Las **consecuencias psicológicas** que se mencionan en los estudios realizados y consultados¹⁴ derivados de los relatos de mujeres, con consecuencias **negativas a largo plazo**, son las siguientes: estrés postraumático, insomnio y/o desórdenes del sueño, pesadillas y memorias recurrentes, falta de apetito con posible aumento o pérdida de peso, falta de autoestima, dificultades para la concentración y el aprendizaje, depresión, ansiedad, ataques de pánico, somatizaciones, fobias, sentimientos de humillación y traición, terror, sentimientos de sentirse incompleta, sentimientos de rabia, miedo, dolor, apatía, inhibición, vergüenza, fatiga, tristeza, etc.

Según varios de los estudios anteriores, entre el 16% y el 45% de las mujeres que habían padecido una MGF sufrían algún grado de estrés postraumático, porcentaje comparable a los de abuso sexual infantil. Por ejemplo, en Senegal (Behrendt & Moritz, 2005) encontraron una alta prevalencia de estrés postraumático y síntomas psiquiátricos en mujeres con MGF a diferencia de mujeres sin MGF. Resultados similares fueron encontrados en Ghana (Abor, 2006). Esto se suma, a que, en algunas culturas, a las niñas y mujeres no les está permitido expresar 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. También puede suceder que estos eventos traumáticos pasen a formar parte del inconsciente como contenidos reprimidos que puedan emerger en forma de otros trastornos o síntomas.

¹⁴ Abor, P.A. (2006); Andro, A., Cambois, E., Lesclingand, M. (2014); Behrendt, A., Moritz, S. (2005); Berg, R.C., Denison E., Fretheim, A. (2010); Moritz, A. (2005); Mulongo, P., Hollins, C.M. Mc Andrew, S. (2014); Pereda, M.N., Arch, M., Pérez-González, A. (2012); Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., Muijsenbergh, M. (2013).

Teniendo en cuenta el contexto cultural y psicosocial de las menores a las que se les ha practicado una MGF, cabe pensar que **el impacto emocional para las niñas es mayor cuando éstas viven en países occidentales y se les realiza una MGF durante un viaje al país de origen.** El hecho de vivir en un entorno donde esta práctica no existe y está penalizada, incrementa aún más su confusión ante los acontecimientos. En estos casos, además de la experiencia traumática, **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 destacar, además, dada la creciente sobrevalorización de la sexualidad en occidente, propiciada en gran parte por los medios de comunicación y los anuncios publicitarios, que estas niñas y jóvenes puedan sentirse incompletas y más débiles en la sociedad que las acoge.

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 MGF pueden ser objeto de desaprobación y burla por el resto de miembros. El efecto de la presión social tiene desde luego, un papel determinante en cómo la niña se va a sentir, le hayan practicado o no la MGF, viva en origen o en destino.

Debido a lo traumático de la práctica, además de la reparación física que permite la cirugía reconstructiva (ver apartado de Salud Sexual y reproductiva en el capítulo 3), **resulta preciso plantear la necesidad de un acompañamiento psicológico a la niña o a la mujer que ha sufrido una MGF.**

El hecho de entender las dinámicas personales y comunitarias de la aceptación de la MGF es importante, no sólo para desenterrar los desórdenes psicopatológicos existentes sino para también comprender, aunque no se compartan, las razones por las cuales se continúa practicando. Tal comprensión es básica para el diseño de los esfuerzos encaminados hacia su abandono. **La figura del psicólogo/a tendría que estar más presente en el trabajo en materia de MGF con niñas, jóvenes y mujeres. Es un tema a tratar desde una figura profesional femenina.** En la mayoría de los casos se tratan los síntomas físicos, pero no se tienen en cuenta las consecuencias psicológicas que esta práctica supone para quienes conviven con ella durante toda la vida.

Existe la **necesidad de desarrollar psicoterapias con perspectivas transculturales que tengan en cuenta las razones por las cuales se practica la MGF**, y los significados profundos que la tradición y la cultura de estas comunidades les otorgan. Es recomendable que los y las profesionales que trabajan con estos grupos de mujeres, hayan recibido formación al respecto para adquirir habilidades interculturales que faciliten su abordaje.

Posibles derivaciones

Los/las profesionales que valoren la necesidad de derivar a niñas, jóvenes o mujeres para acompañamiento psicológico, pueden hacerlo en los siguientes espacios:

- **Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) - de 0 a 6 años de edad.**
- **Centros de Servicios Sociales de Atención Primaria.**
- **Centros/Áreas de Salud Sexual y Reproductiva.**
- **Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil o de Adultos.**
- **Servicios de Atención a las Mujeres.**

Es difícil encontrar especialistas que hayan recibido una formación específica en el tema, aunque como profesionales formados en acompañar el malestar psicológico, pueden hacer un seguimiento de la persona durante el proceso.

A decorative border on the left side of the page, consisting of a repeating pattern of stylized, light-colored zig-zag lines with small circular accents.

5

5.1. EL PAPEL DE LA ESCUELA

El medio escolar comprende todos aquellos espacios en los que se transmiten directa o indirectamente valores, ideas y costumbres que pertenecen a un contexto sociocultural concreto. **Los/las profesionales que se dedican a la educación formal** (centros de educación infantil, primaria, secundaria...) **tienen un contacto privilegiado con las familias.** También profesionales de la educación no formal, como jardines de infancia (edad preescolar) o espacios familiares o de acompañamiento a la crianza de 0 a 3/6 años. Estos/as profesionales trabajan de forma cercana con las familias y construyen relaciones de confianza y apoyo para prevenir problemas psicosociales en los niños/as de temprana edad. De esta forma, se crean relaciones regulares en el tiempo, con espacios pensados para el intercambio de información y donde los profesionales tienen su rol bien definido y son legitimados por las comunidades donde inciden directamente (director/a del centro educativo; tutores; profesores; educadores; psicopedagogos; psicólogos, etc.).

La presencia en los distintos espacios educativos de personas que proceden de orígenes distintos y con grados diferentes de adscripción a sus propias culturas, ha puesto de manifiesto **la necesidad de partir de los casos individuales y de ser prudentes en la emisión de diagnósticos generales.** En este sentido, el acercamiento y la comprensión de la MGF no difiere del de otras prácticas culturales distintas.

Los/las profesionales del medio escolar pueden tener un papel fundamental tanto en la prevención de casos de MGF, como en el trabajo de sensibilización frente a la práctica. Aun así, para conseguir incidir de manera real en los cambios culturales, la escuela, por sí sola, presenta un papel limitado. Por este motivo, **es necesaria una coordinación general de los distintos profesionales que intervienen o pueden llegar a intervenir en casos de MGF.**

Algunas claves sobre el papel de la escuela en la prevención de la MGF:

- Aprovechar los **espacios de relación con las familias que potencien la escucha y el respeto para hablar de temas que preocupen**. Estos espacios permiten dialogar informalmente, con confianza y abiertamente sobre temas del ciclo vital. Es importante no tener un papel que juzgue o estigmatice a las familias por sus creencias. Es necesario ser consciente de los prejuicios de cada uno frente a otras culturas o prácticas desconocidas, como la MGF.
- Proponer un **trabajo preventivo, regular en el tiempo**, evidenciando la necesidad de mantener reuniones, entrevistas y/o charlas con las familias de forma individual y muy focalizada. La **tutoría individual** en el contexto escolar juega un papel determinante para generar confianza y posibilidad de diálogo para detectar la situación personal y familiar de la niña.
- Iniciar, regularizar y/o consolidar **reuniones de coordinación entre servicios** que atienden a la infancia (Pediatría, Servicios Sociales, CDIAP, CSMIJ, etc.).
- El **enfoque hacia la prevención de la MGF debe llegar de forma consensuada y lo más unificado posible a las familias**.
- Es muy importante no juzgar a las familias y **evitar actuaciones punitivas frente a la MGF sin haberse coordinado con otros servicios**.
- **Cuando las niñas son mayores**, la forma de intervención escolar debería centrarse en que **ellas tomen conciencia de las diversas formas de agresión en temas de género** que puede sufrir cualquier persona, de cualquier cultura y condición.

Sería útil para los/las profesionales de la educación, en primer lugar, leer este manual con detenimiento (especialmente los capítulos introductorios 1 y 2). Trabajar en el compendio de saberes que contiene, en sus recomendaciones generales, en los procesos concretos que dibuja y propone y en los interrogantes que genera. Desde ahí, es desde donde desarrollar, en el ámbito educativo, la sensibilización, y en su caso, la prevención de situaciones de MGF.

5.2. CÓMO APROXIMARSE A LA MGF

En primer lugar, es importante para el profesorado obtener formación en temas de diversidad cultural en general y de la MGF en particular. Es necesario familiarizarse con el contexto cultural de la MGF en los países de origen y con la situación actual en España. De esta forma, puede ser más sencillo aproximarse a las razones por las cuales se practica, identificar ciertos comportamientos de las niñas en el aula, en el patio o en cualquier situación escolar. Los equipos de soporte psicopedagógico también deberían tener una formación específica en MGF por su incidencia en los centros públicos y por la posibilidad de ser referentes de atención a las alumnas cuando presenten alguna alteración en su rendimiento escolar (comportamiento distinto del habitual, o dificultades en su mundo relacional).

La formación a profesionales podría darse en el marco de sesiones de coordinación de servicios. El espacio generado permitiría compartir las posibilidades de actuación de cada profesional desde su ámbito de referencia, con el compromiso de intercambiar información en el marco de la ética y la confidencialidad.

Es recomendable, si no se conoce, **averiguar si se ha trabajado el tema en el municipio al cual la escuela pertenece**, por ejemplo, a través de los Ayuntamientos. También es altamente recomendable **contactar con los centros de atención primaria en salud y servicios sociales del área** a la que pertenece la escuela. Es posible que los/as profesionales de estos servicios hayan estado en contacto y trabajando sobre el tema. Si no es así, **se puede contactar con la Fundación Wassu** para una primera aproximación (fundacion.wassu@uab.cat).

Es fundamental moverse con prudencia, discreción y con la máxima confidencialidad ante un posible caso de MGF. Tomar la decisión de hablar con la niña, con la familia, con la policía u otras iniciativas que pueden ser bienintencionadas, pueden llegar a ser temerarias y resultar totalmente contraproducentes si se llevan a cabo prematuramente y sin conocimiento.

Antes de tomar cualquier decisión para intervenir o actuar ante lo que se considere una niña en riesgo de que se le practique una MGF, debemos tener en cuenta dos factores:

- 1) Se debe **tener suficiente información para poder hacer una buena valoración de si hay o no indicadores de riesgo**. Para ello, el/la profesional tiene que tener conocimientos de la práctica de la MGF y tener claras sus competencias como profesional de la educación.
- 2) **Es necesario coordinarse con los/las profesionales referentes de la familia** en salud y servicios sociales y hacer una valoración conjunta del caso antes de intervenir.

5.3. IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES Y APOYO A LAS NIÑAS Y A SUS FAMILIAS EN LA ESCUELA

• ANTES DE QUE SE PRACTIQUE UNA MGF

Las familias que han decidido circuncidar a sus hijas suelen aprovechar una estancia de vacaciones en el país de origen para llevar a cabo la práctica. Ello no significa, tal y como confirman los datos disponibles, que todas las familias que vayan de vacaciones a África deseen “iniciar” a sus hijas y circuncidarlas.

Cuando una niña viaja al país de origen de su familia, conviene extremar la prudencia y no llegar a conclusiones precipitadas que puedan provocar intervenciones inoportunas. Es sabido que cada vez hay más familias con dificultades para tomar una decisión definitiva y se debaten entre transgredir la norma cultural renunciando a la MGF, o ceder a las presiones que ejercen las personas ancianas de su comunidad de origen, permitiendo que ésta se lleve a cabo. Nuestro papel debe ser más de acompañamiento y de apoyo que de denuncia.

Las niñas que van a ser iniciadas no suelen saberlo antes de viajar. Cuando son mayores, es posible que sí dispongan de alguna información, aunque, es poco probable que lo hablen con personas ajenas a su familia o a su comunidad.

Puede ocurrir que las niñas se muestren poco comunicativas y que no quieran hablar de su viaje inminente. Cuando aparecen estas actitudes negativas, pueden 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.

Los/las maestros/as y profesionales de la educación pueden ofrecer apoyo a las alumnas, si hay ya creada una buena relación de confianza. Puede ocurrir que la niña quiera sincerarse con el/la profesional o no. En todo caso, **si la sospecha parece fundada, los profesionales deberán ponerse en contacto con los servicios sociales o de la salud referentes de la niña antes del viaje**, con tiempo suficiente, si es posible, **para permitir una intervención preventiva adecuada.**

Se desaconseja una reflexión en el 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 la diversidad cultural de todas las personas que componen el grupo-clase.

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.


• DESPUÉS DE QUE SE PRACTIQUE UNA MGF

Si al regresar de un viaje de vacaciones, se observa un **cambio en el comportamiento de la niña**, este **se puede asociar con que se le haya practicado una MGF**. Una vez más, puede haber otros motivos que den como resultado este comportamiento, y hay que cerciorarse bien de la situación. El hecho de tener un secreto, una experiencia que no puede 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 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 *“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, por el horror vivido y la imposibilidad de superarlo por sí solas.

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 diferencia que existe entre la vida que llevan aquí en Europa y la que se vive allí. Otras, con la distancia existente entre la imagen idealizada de África que sus padres y madres les han transmitido y su experiencia directa.

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**.



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, a poder ser, de una terapeuta con los conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para intervenir en este tipo de situaciones.

Por ello, **se recomienda derivar a estas niñas para apoyo psicológico** y así obtener una ayuda adecuada a ellas y a sus familias (para una derivación psicológica, ver capítulo 4).



6

6.1. DERECHOS HUMANOS Y MGF

Uno de los principios que guía la **Convención de los Derechos de la Infancia es la consideración del “interés superior del/la menor”**. Los padres y madres que toman la decisión de realizar una MGF a sus hijas, perciben que los beneficios que ganan al realizar este procedimiento contrarrestan los riesgos que implica. De todas formas, esta percepción no puede justificar la violación de los derechos humanos fundamentales de mujeres y niñas.

La Convención de los Derechos de la Infancia se refiere a la capacidad del menor a tomar decisiones en relación a lo que le afecta. Aún en los casos donde hay un deseo aparente de las niñas a pasar por la MGF, en realidad es un resultado de la presión social, de expectativas familiares y de la aspiración de la niña a ser aceptada como miembro de la comunidad. Este es el motivo por el cual la decisión de que se practique una MGF no puede calificarse como “libre”.

La MGF casi siempre se realiza en menores y por este motivo supone una violación de los derechos de la infancia. La práctica también viola el derecho a la salud, la seguridad y la integridad física de la persona, el derecho a estar libre de la tortura y la crueldad, el trato inhumano o degradante y el derecho a la vida (al ser un procedimiento que puede provocar la muerte).

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA...) y la propia Unión Europea, se ha pronunciado en diferentes Foros, Convenciones y Declaraciones contra las MGF¹⁵, a las que considera prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas.

¹⁵ I. Convención para la eliminación de toda forma de violencia contra las mujeres, 54 período 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.

II. 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.

Por primera vez, el artículo 5 de la **Convención de Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer - CEDAW (1979)** determina y se compromete a *“modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”*.

En la misma línea, en el artículo 4 de la **Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer (1993) en Viena**, se explicita que *“los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”*.

En 1994 es la primera vez que se menciona la MGF en los documentos internacionales como en la **Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo) y en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)** (desde un enfoque basado en los derechos de la salud sexual y reproductiva) que se compromete a promover y defender los derechos humanos de mujeres y niñas, a adoptar medidas para eliminar su discriminación, implicar a los hombres en las acciones pensadas para garantizar la igualdad y defender los derechos humanos.

La **resolución de la Asamblea General 56/128 sobre Prácticas Tradicionales o Consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres y las niñas (2001)** afirma que *“la mutilación genital femenina es una práctica cultural que afecta profundamente a la salud física y mental de las niñas y las mujeres que son víctimas de ella”*.

Existen dos tratados regionales que refuerzan el derecho internacional sobre la MGF: por un lado, el **Protocolo de la Carta africana sobre Derechos Humanos de los pueblos (Carta Banjul)**; por el otro, el **Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio Estambul)**, cuyo objetivo es *“proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica; contribuir a eliminar toda forma de discriminación; concebir un marco global de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra las mujeres y violencia doméstica”*.

6.2. MARCO JURÍDICO EN ÁFRICA

Algunos gobiernos africanos han prohibido la MGF, aprobando en sus parlamentos leyes sancionadoras. Por el momento, no existe una legislación unificada al respecto. La promulgación de una ley que protege a mujeres y niñas de la MGF ofrece legitimidad a la policía, organizaciones de mujeres, grupos que defienden los derechos humanos, profesionales de la salud, servicios sociales y educación para poder intervenir; creando un marco jurídico desde el que poder trabajar.

Legislar no es suficiente para proteger a mujeres y niñas de la MGF. Existe el peligro de que el miedo a ser perseguidas, provoque que la población no pida ayuda en caso de que se produzcan complicaciones después de haber practicado una MGF. Por lo tanto, las leyes deben ir acompañadas de intervenciones de sensibilización, formación y educación en la comunidad sobre los efectos nocivos de la MGF para la salud.

A continuación, se muestra la tabla de legislación de la MGF en África: 24 de los 29 países donde la práctica está presente han emitido legislaciones específicas.

Tabla 8. Países africanos que han legislado contra la MGF

País	Legislación	Prevalencia MGF
Benin	2003	13%
Burkina Faso	1996	76%
Camerún		1%
República Centroafricana	1966, 1996, 2006	24%
Chad	2003	44%
Costa de Marfil	1998	38%
Djibouti	1995, 2009	93%
Egipto	1996, 2008	91%
Eritrea	2007	89%
Etiopía	2004	74%
Gambia	2015	76%
Ghana	1994, 2007	4%
Guinea	1965, 2000	96%
Guinea Bissau	2011	50%
Kenia	2001, 2011	27%
Mauritania	2005	69%
Níger	2003	2%
Nigeria	2015	27%
Senegal	1999	26%
Somalia	2012	98%
Sudán	2008	88%
República Unificada de Tanzania	1998	15%
Togo	1998	4%
Uganda	2010	1%

Fuente: UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF

6.3. MARCO JURÍDICO EN ESPAÑA

La MGF, cualquiera que sea el tipo practicado, constituye un Delito de Lesiones en el Código Penal, de acuerdo con la reforma introducida en la *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) N° 234 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 6 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 6 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 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.

La inclusión explícita se motivaba por la existencia de formas directivas surgidas de prácticas contrarias a nuestro ordenamiento jurídico y como una práctica que debe combatirse con la máxima firmeza, sin que pueda en absoluto justificarse por razones pretendidamente religiosas o culturales.

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, y comprende:

- a) La integridad corporal o física la cual puede entenderse como el estado del cuerpo en su concreta plenitud anatómico/funcional interna y externa. Ésta 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 personal, tanto física como mental del ser humano, según la definición de “salud” de la OMS.
- d) Desarrollo psíquico y físico del menor.



El 8 de julio de 2005, el Congreso de los Diputados, aprueba por unanimidad, la Ley Orgánica del Poder Judicial 3/2005 de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, en la que se añade un nuevo epígrafe al apartado 4 del artículo 23 «relativos a la MGF y su persecución extraterritorial, siempre que los responsables se encuentren en España» junto con los otros epígrafes sobre genocidio, terrorismo, piratería y apoderamiento ilícito de aeronaves, falsificación de moneda extranjera, delitos relativos a la prostitución y los de corrupción de menores o incapaces, tráfico ilegal de drogas psicopáticas, tóxicas y estupefacientes y cualquier otro que, según los tratados o convenios internacionales, deba ser perseguido en España.

Este nuevo marco jurídico, se aprueba para dar respuesta, a lo que ya se había planteado, en la Cámara de los Diputados, sobre la imposibilidad de perseguir la practica extraterritorialmente en los casos de niñas nacidas en territorio español que viajan al país de origen de sus padres y puedan ser mutiladas. Este escenario legal deja al margen la persecución de la MGF en niñas reagrupadas mutiladas nacidas en países que practican la MGF.

La aplicación en el ordenamiento penal español del principio de Justicia Universal en relación a la MGF

El cambio legislativo en relación a la MGF que se introduce a partir de la aprobación de la *Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo de 2014*, de modificación de la *Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio*, del Poder Judicial, relativa a la Justicia Universal (BOE nº 63 del viernes 14 de marzo de 2014), debe interpretarse de la siguiente manera:

«4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas:

l) Delitos regulados en el **Convenio del Consejo de Europa** de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:

- 1.º el procedimiento se dirija contra un español;
- 2.º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; o,
- 3.º el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo, se encuentre en España. [...]

El Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 relativo a la MGF, establece en su artículo 38 lo siguiente: **“Mutilaciones genitales femeninas.** *Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:*

- a) *la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
- b) *el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
- c) *el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”*

Hay que tener presente que el artículo 149 del Código Penal no ha sido modificado y continúa apareciendo la MGF como delito de lesiones.

En la modificación actual de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial no aparece explícitamente la MGF, pero vemos que a través de la letra l) del apartado 4 del artículo único, llegamos a la MGF.

Es necesario hacerse una idea de cómo afectará dicha modificación cuando se aplica la ley a casos concretos. A continuación, comentamos los casos más frecuentes con los que nos encontramos en España y cómo podría afectar la nueva ley:

- En caso de viaje de una niña residente en España, que viaja al país de origen y se le practica la MGF, se continuaría aplicando la extraterritorialidad, ya que la víctima estaría residiendo en España (según el número 3 de la letra l).
- Si se imputa a los padres de la niña, y estos residen en España o tienen nacionalidad española, también se los inculparía (según el número 1 y 2 de la letra l).
- Si se trata del caso de una familia africana con nacionalidad española en que la niña viaja a África y vuelve mutilada, si el autor no está en España, no se juzga. Si la niña está en África, la quieren mutilar y ella se niega, puede acudir al consulado español como ciudadana española.
- En el caso de una niña reagrupada, que llega mutilada a España, se duda que se pueda juzgar el delito, ya que esta niña no era residente en España en el momento de los hechos. Esto supondría que no se juzgarían los casos de niñas reagrupadas mutiladas.

Desde nuestro punto de vista, esto es una mejora. Las niñas que llegan mutiladas son doblemente víctimas, de la tradición y de la ley. En este caso, si el padre es residente en España y reagrupa a madre e hija, no tiene porqué saber que su hija llega mutilada (*presunción de inocencia*), aunque si lo sabe, tiene que conocer que según la ley es delito en España. La manera en que se juzguen casos similares dependería del juez que lleve el caso.

Queda una brecha cuando la madre manifiesta que no ha sido ella, y que ha sido la abuela, lo que supondría un *error de prohibición*. Si la abuela estuviera en España, sí se juzgaría con seguridad.

No quedan claros los términos “*que resida habitualmente*” usados en el redactado de la modificación de la ley, tanto en relación a los padres como a las niñas, no se especifica. Será un hecho que interpretaran los jueces. En general, la nueva ley se limita a más particularidades, aunque hay puntos en los que será decisión del juez quien determine de qué manera afectan a cada caso en concreto.

Frente al escenario de niñas reagrupadas que llegan a España con la MGF realizada, en Cataluña se han dado algunos casos, en los que la primera actuación realizada ha sido un parte de lesiones. Esta acción empeora la situación de las menores. Es estrictamente punitivo, perjudica los avances en el camino de la erradicación de la MGF, ya que no se involucra a la familia en el proceso de abandono de la práctica y puede provocar que la familia deje de reagrupar niñas, o retrase su reagrupación, para evitar los efectos de la ley, lejos de evitar su continuación.

A las niñas que llegan mutiladas a nuestro país se les debería ofrecer una atención integral por parte del sistema sanitario. A su vez, su familia tendría que recibir una intervención preventiva para evitar futuras mutilaciones en otras hijas que nazcan en España.

6.4. DERECHO DE ASILO EN ESPAÑA

La tendencia a nivel global de interpretar las solicitudes de asilo desde una perspectiva de derechos humanos según la Convención de Ginebra de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados no tenía en cuenta las persecuciones por motivos de género. En 2002, la Agencia de la ONU para los refugiados - ACNUR¹⁶ publica “Directrices sobre protección Internacional: La persecución por motivos de género en el contexto del artículo 1^a (2) de la Convención de 1951 sobre Estatuto de los Refugiados y/o su Protocolo de 1967”. En este documento se expone que existe la posibilidad de sufrir formas de persecución específicas en función del género, y se incluye, entre otras prácticas, la Mutilación Genital Femenina (ACNUR, 2002: 4).

Reconocer la MGF como forma de persecución en el marco del derecho de asilo es:

- Reconocer que las formas de violencia contra las mujeres son violaciones de los derechos fundamentales. Incluir la MGF visibiliza su magnitud como forma de violación de los derechos humanos. Al considerarla así podemos reivindicar la protección de estas mujeres mediante los instrumentos internacionales de defensa y promoción de los derechos humanos.

¹⁶ [http://www.acnur.org/t3/ Abor; P.A. \(2006\). Female Genital Mutilation: Psychological and reproductive health consequences: The case of Kayoro traditional area in Ghana. Gender and Behaviour, 4 \(1\), 659-684. doi: 10.4314/gab.v4i1.23351](http://www.acnur.org/t3/Abor;P.A.(2006).Female%20Genital%20Mutilation:%20Psychological%20and%20reproductive%20health%20consequences:%20The%20case%20of%20Kayoro%20traditional%20area%20in%20Ghana.%20Gender%20and%20Behaviour,%204%20(1),%20659-684.%20doi:%2010.4314/gab.v4i1.23351).

- Reconocer la responsabilidad de los Estados con respecto, por un lado, a la eliminación de esta forma de violencia y, por otro lado, a la protección de quien llega a su territorio huyendo de estas prácticas.

Con respecto al caso de España, cabe destacar que su legislación específica sobre MGF deja claro que esta práctica es un acto intolerable, tipificándola como delito. En tal caso, se hace necesaria la coherencia entre el trabajo sobre las causas estructurales que nos llevan a prácticas tradicionales perniciosas para las mujeres y el trabajo sobre las consecuencias (entre ellas el desplazamiento forzado). ¿Cómo se puede hablar en estos términos de la MGF y no proteger a las mujeres que llegan huyendo de esta práctica? Tanto en el caso de mujeres a las que se practica como en el caso de madres y padres que quieren evitar que se practique a sus hijas.

El derecho de asilo es una respuesta paliativa a la violación de los derechos fundamentales que se pone en marcha cuando se han violado los derechos de una persona o grupo o cuando existe un temor fundado de que se vaya a producir esta violación. Como respuesta paliativa debe ir de la mano de otras estrategias para el cambio, de manera que unas alimenten a otras y todas aporten a una transformación estructural del sistema patriarcal que elimine las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos. Así, la legislación española en materia de MGF puede ser leída desde dos ópticas que consideramos han de ser complementarias.

De las primeras sentencias en admitir a trámite la solicitud de asilo, que se recogen en la jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial, la de referencia ROJ SAN 62/2005, de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, recoge el caso de una mujer nacional de Nigeria que solicita el derecho de asilo por motivo de MGF. En los considerados se recogen los informes que avalan en positivo la demanda por parte de ACNUR y de Cultura per la Pau UAB, y razona, donde anteriormente no se había recogido así en las sentencias precedentes, que si la administración duda de la verosimilitud de los hechos narrados por la persona solicitante, es la administración la que ha de aportar pruebas de esa falta de verosimilitud y no trasladar la carga de la prueba a la persona que demanda asilo. En este caso consideró que el estado nigeriano no protegía a la mujer; y asimiló la MGF a la persecución sufrida por periodistas argelinos o homosexuales rumanos siguiendo el criterio del art. 1.2 de la Convención de Ginebra. Estableciendo que la solicitante es una persona perseguida y que queda amparada como grupo social, entendiendo como tal el de las mujeres y que el bien jurídico protegido son los Derechos Humanos.





B

BIBLIOGRAFIA

- Abor, P.A. (2006). Female Genital Mutilation: Psychological and reproductive health consequences: The case of Kayoro traditional area in Ghana. *Gender and Behaviour*, 4 (1), 659-684. doi: 10.4314/gab.v4i1.23351.
- Ahmadi, K. (2015). *A comprehensive research study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran*. Consultado en: <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel%20-%20EN%20Final.pdf>
- Ahmadu, F. (2000). Rites and Wrongs: An Insider/Outsider Reflects on Power and Excision. En Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (Eds.) (2000). *Female "circumcision" in Africa: Culture, Controversy, and Change* (pp. 283-312). Londres: Lynne Rienner Publishers.
- Al Hinai, H. (2014). *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. Consultado en: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habibaal-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>.
- Amnistía Internacional (1999). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Editorial Amnistía Internacional. Consultado en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/12056.pdf>
- Andro, A., Cambois, E., Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science and Medicine*, 106, 177-184. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003
- Bedoya, M.H., Kaplan, A. (2004). Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En Lucas, J., García Añón, J. (Eds.) (2004). *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM. Spanish Report*. Valencia, España: Universidad de Valencia.

- Behrendt, A., Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1000-1002. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000.
- Berg, R. C., Denison, E., Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review on quantitative studies. *Norwegian Knowledge Centre for the Health Services*, 13.
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., Vist, G.E. (2014b). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*, 2014. doi: 10.1155/2014/542859.
- Bourdieu, P. (1991). Rites of Institution. En Thompson, J. (Ed.), *Language and Symbolic Power* (pp. 117-126). Cambridge: Harvard University Press.
- Dahlui, M., Wong, Y.L., Choo, W.Y. (2012). Female Circumcision (FC) in Malaysia: Medicalization of a religious practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19 (1).
- European Institute for Gender Equality (EIGE). (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Consultado en: http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0215093ENN_Web.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas Naciones (FNUAP-Colombia). (2011). *Project Emberawera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America*. Consultado en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/proyectoembera.pdf>.
- Generalitat de Catalunya. Secretaria per a la Immigració (2007). *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gobierno de Aragón (2006). *STOP mutilación genital femenina. Guía de prevención*. Aragón: Gobierno de Aragón.
- Gomaa, A. (2013). The Islamic view on female circumcision. *African Journal of Urology*, 19, 123-26. doi:10.1016/j.afju.2013.02.3007.
- Griaule, M. (1987). *Dios de agua*. Barcelona : Altafulla Editorial
- Hernlund, Y. (2000). Cutting Without Ritual and Ritual Without Cutting: Female 'Circumcision' and the Re-Ritualization of Initiation in the Gambia. En Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (Eds.) *Female "Circumcision" in Africa: Culture, Controversy and Change*, 235- 252. Londres: Lynne Rienner Publishers.

- Istituto Piepoli. (2009). *Valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno delle mutilazioni Genitali in Italia*. Consultado en: http://ods.ars.marche.it/Portals/0/Materiale%20MGF/Valutazione%20Quantitativa%20e%20Qualitativa%20MGF%20Italia_2009.pdf
- IWPR (febrero, 2017). Georgia: FGM criminalised following IWPR investigation. *Institute for War & Peace Reporting –Global Voices*. Consultado en: <https://iwpr.net/global-voices/georgia-fgmcriminalised-following-iwpr>
- Johansen, E., Diop, N., Laverack, G., Leye, E. (2013). "What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of Female Genital Mutilation". *Obstetrics and Gynecology International*, 1-11. doi: 10.1155/2013/348248.
- Johnsdotter, S., Essén, B. (2010). Genitals and Ethnicity: The Politics of Genital Modifications. *Reproductive Health Matters*, 18 (35), 29-37. doi: 10.1016/S0968-8080(10)35495-4.
- Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación «La Caixa»; 1998.
- Kaplan, A. (2002). Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. En Lucas, J. (2002). *Multiculturalidad y Justicia*. Cuadernos de derecho judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Kaplan, A., Risler, S. (2004). *Iniciación sin Mutilación* [Vídeo documental – 26']. Barcelona: Ovideo Producciones.
- Kaplan, A., Bermúdez, K. (2005). Mujeres, Diversidad y Diálogo: de caminos y fronteras en *Género y multiculturalidad*. Asparkia, Universitat de Castellón.
- Kaplan, A., Perez Jarauta, M.J. (2006a) (Coord.) *Mutilació Genital Femenina: Prevenció i Atenció. Guia per a professionals*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Kaplan, A., Torán, P., Bedoya, M.H., Bermúdez, K., Moreno, J., Bolibar, B. (2006b). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38 (2), 122-126.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., Castany, M. (2006c). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*, 19, 189-217. ISSN: 1138-5774

- Kaplan, A., Cano, F., Moreno, J. Pérez, M.J. (2008). From Local to Global: Female Genital Mutilation in Diaspora. *Journal on Female Genital Mutilation and Other Harmful Traditional Practices*, 1, IAC, Geneva, Adiss Abeba (Documento no publicado).
- Kaplan, A., Torán, P., Moreno, J., Castany, M., Muñoz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9 (11). doi:10.1186/1472-6963-9-11
- Kaplan, A., Fernández, N., Moreno, J. et al. (2010). Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families. *BMC Public Health*, 10, 193. doi:10.1186/1471-2458-10-193
- Kaplan, A., Moreno, J., Pérez Jarauta, M. J. (Coords.) (2010). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. ISBN: 978-84-693-0789-2.
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in The Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8 (26). doi: 10.1186/1742-4755-8-26
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., Utzet, M. (2013a). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*, Vol. 2013. doi:10.1155/2013/643780.
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., Ceesay, H. (2013b). Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in The Gambia: long-term Health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 5, 323-331. doi: 10.2147/IJWH.S42064.
- Kaplan, A., Salas, N., Mangas, A. (2015). La Mutilación Genital Femenina en España. *Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de : <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/mutilacion.htm>
- Kaplan, A., Riba, L., Laye, M., Secka, D., Utzet, M., Le-Charles, M. (2016). Female Genital Mutilation/Cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among Health care professionals in The Gambia. *International Journal of Women's Health*, 8. doi: 10.2147/IJWH.S102201 (pp. 103-111).

- Kaplan, A., Hechavarría, S., Puppo, N. L. (2017a). *Manual for the management and prevention of Female Genital Mutilation/Cutting for Health Professionals in The Gambia*. España: UAB, Bellaterra (3ª edición).
- Kaplan, A., López, A. (2017b). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. España: UAB, Bellaterra. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions.
- Kaplan, A., Nuño, L. (Dir.); Thill, M., Salas, N. (Coord.) (2017c). *Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina*. Madrid: Dykinson. ISBN: 978-84-9148-100-3.
- Knight, M. (2001). Curing Cut or Ritual Mutilation?: Some Remarks on the Practice of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt. *The University of Chicago Press on behalf of The History of Science Society*. Isis, 92 (2), 317-338.
- Little, C. M. (2003): «Female genital circumcision: medical and cultural considerations», *Journal of Cultural Diversity*, 10:30-4.
- Machacek, D. y Wilcox, M. (2003). *Sexuality and the World's Religions*. California, Estados Unidos: ABCCLIO.
- Mallart, L. (1993). *Ser hombre, ser alguien. Ritos e iniciaciones en el sur de Camerún*. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra
- Mangas, A. (2010). *El Ojo de la MGF. Un cruce de miradas*. Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universidad Autònoma de Barcelona. [Tesis no publicada realizada en el marco del master: Investigación etnográfica, relaciones interculturales y teoría antropológica, del Departamento de Antropología Social y Cultural de la UAB].
- Mangas, A. (2017). *Una Mirada caleidoscópica sobre la Mutilación Genital Femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas*. Departamento de antropología Social y Cultural de la Universidad Autònoma de Barcelona. [Tesis doctoral defendida el 21 de septiembre de 2017].
- Marzouqi, W. (Julio, 2011). Fatal traditions: female circumcision in the UAE. *The magazine of Dubai Women's College*. Consultado en: <https://es.scribd.com/document/48726435/DesertDawn22-1-January-2011>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- 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. *Tropical Medicine and International Health*, 6 (8), 643-653.
- Moritz, A. (2005). Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. *AM J Psychiatry*, 162, 1000-1002. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000
- Mulongo, P., Hollins, C. M., McAndrew, S. (2014). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 5, 469-485. doi: 10.1080/02646838.2014.949641.
- Pereda, M. N., Arch, M., Pérez-González, A. (2012). A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32 (6), 560-565. doi:10.3109/01443615.2012.689893
- Perez, M.J., Echaury, M., Ancizu, E., Chaocarro, J. (2006) *Manual de educación para la salud*. Pamplona, España: Gobierno de Navarra. ISBN: 84-235-2920-7
- Sahiyo (2016). *An Exploratory Study on the practice of Khatna (FGC). Amongst The Dawoodi Bohra community*. Recuperado de https://sahiyo.files.wordpress.com/2016/05/khatnaflyer_final_withbox_11-24-16.pdf
- Shell-Duncan, B., Hernlund, Y. (Eds.), (2000). Female "circumcision" in Africa: Culture, controversy and change. London, UK: Lynne Rienner publishers.
- Sherf, C. (2000). Women in Africa have many other problems besides FGM. *British Medical Journal (BMJ)*. 321.571. London, UK.
- UNICEF (2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF
- UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Consultado en: [http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread\(2\).pdf](http://www.unicef.org/media/files/fgmc_2016_brochure_final_unicef_spread(2).pdf).
- United States Agency for International Development (2013). Female Genital Cutting: The interpretation of recent DHS data. *DHS comparative report*, 33.

- United States Department of State (2001). *Yemen: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/46d5787ec.html>
 - Van Genneep, A. (1960). *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.
 - Vloeberghs, E., Kwaak, A., Knipscheer, J., Muijsenbergh, M. (2013). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17, 6, 677-695. doi:10.1080/13557858.2013.771148
 - WADI (2010). *Female Genital Mutilation in Iraqi-Kurdistan. An empirical study*. Recuperado de http://www.stopfgmkurdistan.org/study_fgm_iraqi_kurdistan_en.pdf
 - WHO (2016). *Guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Consultado en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>. ISBN 978-92-4-154964-6
 - Zaidi, N., Khalil, A., Roberts, C., Browne, M. (2007). *Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals*. *J Obstet Gynaecol*, 27, 161–164. doi: 10.1080/01443610601124257
 - Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A., Elliott, E. (2015). Female Genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals. *BMC International Health and Human Rights*, 15 (32). doi:10.1186/s12914-015-0070-y.
-



A

Anexo I. Tratados internacionales

TRATADOS INTERNACIONALES DE RELEVANCIA DIRECTA CON LA MGF	AÑO
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
Convención para la represión de la trata de personas y de la explotación de los otros	1949
Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios	1964
Pacto Internacional relativo a los Derechos Civiles y Políticos	1966
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Opcional	1981
Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	1987
Recomendación 19 del Comité sobre la CEDAW	1992
Declaración de Viena y Plan de Acción (VDPA Viena)	1993
Declaración de Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer	1993
Declaración y Programa de Acción de ICPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo)	1994
Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción	1995
Convenciones de Ginebra y sus Protocolos a Adicionales	1949 y 1977
Convención sobre los Derechos de los Niños y sus dos Protocolos Opcionales	1989 y 2000
Convención contra el Crimen Transnacional Organizado y sus Protocolos Opcionales	2000
Carta Africana sobre los Derechos de la Mujer; Protocolo de Maputo	2005
Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural de UNESCO	2001
Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC), Comisión sobre el estatus de las mujeres. Resolución sobre el abandono de la Mutilación Genital Femenina	2007
Primera resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas pedida los Estados para intensificar los esfuerzos para la eliminación de la MGF	2012

Anexo 2. Mapamundi de la MGF

MAPAMUNDI DE LA MGF

MGF
documentada
con prevalencia
estimada

122

IRAQ

En 2010, WADI (Asociación para Asistencia en Crisis y Cooperación Internacional, ONG alemana) publicó un estudio sobre MGF en la región del Kurdistán Iraquí (que limita con Irán al este, Turquía al norte, Siria al oeste y con el resto de Irak al sur), dando con el resultado de que el 72% de las mujeres y las niñas estaban circuncidadas. Dos años más tarde, un estudio similar se realizó en la provincia de Kirkuk (al norte del país), encontrando una prevalencia de MGF del 38%. Estos datos aportaron evidencia y se basaban en el supuesto de que la MGF no solo la practicaba la población del Kurdistán, sino que también existía en el Irak central. Acorde con la investigación, la MGF se practica mayoritariamente entre los Musulmanes Sunní, pero también los hacen los Schi'ites y Kakeys, mientras que los cristianos y Yezidi no parecen practicarla en el norte de Iraq.

• WADI (2010). *Female Genital Mutilation in Iraqi-Kurdistan. An empirical study.* [Recuperado de http://www.stopfgmkurdistan.org/study_fgm_iraqi_kurdistan_en.pdf]

• WADI (2012). *Female Genital Mutilation in Iraq: An empirical study in Kirkuk province.* [Recuperado de http://www.stopfgmkurdistan.org/media/Study_FGM_Kirkuk-en-I.pdf]

YEMEN

Yemen es el primer país de Oriente Medio donde se midió la prevalencia de MGF. Ya en 2001, el Departamento de Estado de Estados Unidos publicó un informe donde se citan numerosos estudios dirigidos por el gobierno del Yemen.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica sobre la Salud Materna e Infantil de 1997, el 23% de las mujeres del Yemen habían pasado por una MGF. En las regiones poco pobladas del Mar Rojo y el golfo de Adén (sur de la península),

**MGF
documentada
con prevalencia
estimada**

este porcentaje subía a 69%, comparado con un 15% de los altiplanos y el 5% de las regiones de la meseta y del desierto. Casi todos los procedimientos de MGF informados (97%) se ocasionan durante el primer mes de vida.

Los estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública, revelaron que el 96% de mujeres en Hodeidah (en el oeste), Hadraumaut (en el sur) y Al-Maharah (en el este) habían pasado por una MGF mientras que en las ciudades de Adén y Sana'a (noroeste) eran el 82% y el 45,5% respectivamente.

-
- United States Department of State (2001). *Yemen: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. [Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/46d5787ec.html>]
-

IRAN

La evidencia de la MGF entre la población kurda de Irán también fue encontrada por WADI. En 2008, se realizaron estudios en campos de refugiados iraquíes donde vivían la mayoría de refugiados iraníes de origen Kurdo, encontrando una prevalencia del 50%. En 2011, el tema se discutió en el congreso nacional sobre educación para la salud en Tabriz (al noroeste de Irán y capital de Azerbaiyán). Se realizó una encuesta médica a un grupo de 348 mujeres de la provincia de Kermnasah (zona occidental de Irán) que permitió determinar una prevalencia del 55%. Mientras que estas regiones son bastante próximas y vecinas a Iraq, la MGF también se practica en algunos lugares del Sur; entre otras, la ciudad de Hormozgan y los puertos de Bandar Kang y Jask (en el sur del país).

-
- Khadivzadeh, T., Ahadi, M., Seyedalavi, G. (2009). Female circumcision and women's attitude to it. Minab, Iran 2002-2003. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. doi: 10.1016/S0020-7292(09)62375-4
 - Pashaei, T., Rahimi, A., Ardalan, A., Felah, A., Majlessi, F. (2012). Related factors of Female Genital Mutilation (FGM) in Ravansar (Iran). *Women's Health Care*, 1(2). doi: 10.4172/2167-0420-1000108
-

**MGF
documentada
con prevalencia
estimada**

124

INDONESIA

Desde 1990, estudios regionales han encontrado una prevalencia de más del 90% en algunas áreas de Indonesia: en partes de Java Este, Central y Oeste, el Norte de Sumatra, Aceh, el Sur de Sulawesi y en la Isla Madura, así como en otras partes del archipiélago.

En 2003, un artículo reporta que el 92% de las familias de Indonesia escogerían continuar con la práctica de la MGF en sus hijas y nietas. Acorde con una estadística, el 12% de las recién nacidas en hospitales y centros de natalidad se les practica la MGF. Aunque este último número parece más bajo que los resultados de otros estudios, es un porcentaje elevado en esta nación del sur-este asiático de 283 millones de habitantes.

-
- United States Department of State (2001). Indonesia: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC). [Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/46d57879c.html>]
 - Budiharsana, M., Amaliah, L., Utomo, B., Erwinia (2003). Female Circumcision in Indonesia Extent, Implications and Possible Interventions to Uphold Women's Health Rights. *Population Council Jakarta*. [Recuperado de http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACUI38.pdf]
-

MGF
documentada
sin prevalencia
estimada

MALASIA

Un estudio realizado en 2012 por el Dr. Maznah Dahlui, profesor asociado del Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Malasia, encontró que el 93% de las mujeres musulmanas encuestadas habían sido circuncidadas. Dahlui descubrió que el procedimiento se realiza cada vez más por profesionales médicos formados en clínicas privadas, en vez de las circuncidadoras tradicionales llamadas Ma Bidans.

-
- Dahlui, M., Wong, Y.L., Choo, W.Y. (2012). Female Circumcision (FC) in Malaysia: Medicalization of a religious practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9(1), 9.
 - Rashid, A.K., Patil, S.S., Valimalar, A.S. (2010). The Practice of Female Genital Mutilation among the Rural Malays in North Malaysia. *The Internet Journal of Third World Medicine*, 9(1), 1–8. [Recuperado de <http://www.aseantoday.com/2016/06/malaysia-female-genital-mutilation/>]
-

OMAN

El gobierno de Omán tiene en cuenta la existencia de la MGF y ha destinado sus esfuerzos a prohibir la práctica en los hospitales. El Plan de Salud del Ministerio de Salud “Five-Year Health Plan: 2006-2010” anunció que se estudiaría la prevalencia de MGF en Omán y que se diseñarían programas de sensibilización comunitaria. En 2005, el ministro marcó el 2010 como fecha límite para tener datos de referencia sobre la circuncisión femenina en el sultanato.

Hasta ahora, solo estudios de pequeña escala sugieren una posible prevalencia generalizada. Un estudio sobre las actitudes de los adolescentes realizada por el Ministerio de Salud en 2001, mostró que el 80% de las chicas daban soporte a la circuncisión femenina. Otro estudio regional evidenció que el porcentaje de niñas circuncidadas de Omán (menores de 3 años) era del 100% en algunas comunidades. Mientras algunas practican la MGF, otras nunca han oído a hablar de ello. Las estimaciones asumen que el 20% de mujeres de Omán han sido afectadas.

**MGF
documentada
sin prevalencia
estimada**

-
- Al Hinai, Habiba (2014). *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. [Recuperado de <https://stopfgmmiddleeast.files.wordpress.com/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>]
 - Jaffer, Y.A., Afifi, M., Al Ajmi, F., Alouhaishi, K. (2006). Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. *Reproductive Health. La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 12(1/2), 50-60. Recuperado de http://applicationsemro.who.int/emhj/1201_2/12_1-2_2006_50_60.pdf?ua=1]
-

INDIA

Miles de mujeres y niñas Dawoodi Bohra (grupo étnico que reside al oeste de la India, Paquistán, el Yemen y el Este de África) han pasado por una MGF y aún hoy, desde que ha sido ordenada por el clero de la comunidad, miles de niñas Bohra siguen sujetas a esta práctica. La comunidad de los Bohra tiene la mayoría de adeptos en la India y nombran a las mujeres circuncidadas "Khatna".

La MGF se realiza en la clandestinidad a todas las niñas Bohra, sin ningún otro consentimiento. La razón que se alega es controlar la sexualidad de las mujeres. Son la única comunidad musulmana en la India que practica la MGF y es por este motivo, que la práctica tiene que ver con la cultura y la tradición de los Bohra, no con la religión.

Sahiyo, una organización que empodera a los Dawoodi Bohra para erradicar la MGF, realizó una encuesta en línea entre la comunidad. Los resultados indicaron que el 80% de las mujeres que realizó la encuesta se les había realizado una MGF. Otros grupos que practican la MGF son grupos con orígenes africanos y árabes, como el grupo étnico de los Sheedi, ubicados principalmente en Sindh, Pakistan.

MGF
documentada
sin prevalencia
estimada

MGF
identificada
en algunos
grupos étnicos

-
- Baweja, Harinder. India's dark secret. Hindustantimes. [Recuperado de <http://www.hindustantimes.com/static/fgm-indias-dark-secret/>]
 - Sahiyo (2016). An Exploratory Study on the practice of Khatna (FGC) Amongst The Dawoodi Bohra community. Recuperado de https://sahiyo.files.wordpress.com/2016/05/khatnaflyer_final_withbox_11-24-16.pdf
-

SRI LANKA

Los sociólogos trazan el origen de la MGF en Sri Lanka con la llegada de los mercaderes árabes en la isla hace 200 años. La mayoría se casó con mujeres de Malasia que practicaban la MGF en sus países de origen y continuaron con la práctica una vez establecidos en Sri Lanka.

-
- OFPRA (2015). Sri Lanka: La pratique de l'excision. *France: Office français de protection des réfugiés et apàtrides*. [Recuperado de <http://www.refworld.org/country,,COUNTR+REPLKA,,57bd69034,0.html>]
-

COLOMBIA (EMBERÁ CHAMÍ)

La MGF en Colombia se practica por parte del grupo étnico e Emberá-Chamí. Se asume que es una práctica que viene de África y que se incorporó durante la era de esclavitud en Colombia, donde se entró en contacto con muchas comunidades africanas. La MGF empezó a hacerse pública en Colombia debido a las muertes de algunas niñas que habían tenido complicaciones en el momento del corte, en concreto, el año 2007 con el caso de una niña de 15 días que murió por una hemorragia al haberse practicado el tipo II.

-
- Fondo de Población de las Naciones Unidas Naciones (oficina de Colombia) (FNUAP Colombia) (2011). Project Embera-wera: An experience of cultural change to eradicate female genital mutilation in Colombia – Latin America. Recuperado de <http://unfpa.org/co/wp-content/uploads/2013/09/proyectoembera.pdf>
-

EMIRATOS ARABES

En 2011, Wafa Marzouqi, lideró una encuesta sobre MGF en su proyecto final de carrera que fue publicado en la Revista de la Women's College "Desert Dawn". Preguntó a 200 hombres y mujeres y encontró que el 34% de las mujeres que respondieron estaban circuncidadas. De las circuncidadas, el 40% estaban a favor de la práctica y tenían planeado circuncidar a sus hijas en el futuro. El 82% de las que respondieron se opusieron a la MGF, mientras que el 99% de los hombres estaban en contra. Además de las tribus locales que practican la MGF, en los Emiratos Árabes hay muchos inmigrantes que proceden de países donde se conoce que se realiza la práctica.

-
- Marzouqi, Wafa (2011). Fatal traditions: female circumcision in the UAE. *Themagazine of Dubai Women's College* [Recuperado de <https://es.scribd.com/document/487264/DesertDawn22-1-January-2011>]
-

DAGUESTÁN (RUSIA)

La organización de derechos humanos "Russian Justice Initiative" (RJI), evidenció mediante una investigación que la práctica de la MGF se realizaba a niñas de 3 meses en cinco áreas montañosas del Daguestán, al norte de la región del Cáucaso.

El informe de RJI dice que la práctica se ha llevado a cabo sin que las autoridades le presten atención y que la MGF se ve en algunos poblados como una ceremonia de iniciación necesaria para reducir el placer sexual de la mujer. Se intuye que la MGF se limita al Daguestán y que no se practica en ninguna otra parte de Rusia. De las 25 mujeres entrevistadas en el informe, todas habían pasado por una MGF.

**Nuevas
identificaciones
aún no
contrastadas**

Aunque no hay ninguna ley específica en Rusia que prohíba la MGF, la práctica se considera ilegal según el artículo 111 del código penal al ser perjudicial para la salud. El informe de RJI incentivó la elaboración de una ley específica contra la MGF.

Hay activistas que dicen que el informe estaba motivado políticamente al realizarse justo semanas antes de las elecciones parlamentarias y que la intención era desestabilizar la zona del Daguestán.

• Horner; Rahcel (5 de noviembre de 2016). Russia orders inquiry into claims of FGM in Dagestan. *The Guardian*. [Recuperado de <https://www.theguardian.com/society/2016/nov/05/russia-orders-inquiry-into-claims-of-fgm-in-dagestan>]

• Rahim, Hajra y Horner; Rachel (23 de agosto de 2016) Tough prison sentences 'will not end FGM in Dagestan' *The Guardian*. [Recuperado de <https://www.theguardian.com/society/2016/aug/23/tough-prison-sentences-will-not-end-fgm-in-dagestan>]

GEORGIA

El "Institute for War and Peace Reporting" (IWRP) realizó una investigación que ha descubierto que cientos de niñas del pueblo Avar (al este de Georgia) son forzadas a pasar por una MGF. Las autoridades han reconocido que no tenían conocimiento previo sobre esta práctica y que ninguna ONG local ni grupos de Derechos Humanos habían reportado antes que la MGF se realizaba en el país.

Los georgianos, generalmente conocen poco sobre la comunidad de los Avar, un grupo étnico nativo ubicado en el Cáucaso que históricamente formaba parte de la república rusa del Daguestán. Como resultado de las relaciones mercantiles con el distrito vecino de Kvareli en el siglo XVIII, algunos Avares se instalaron allí y a día de hoy, son un grupo de 3.000 descendientes.

**Nuevas
identificaciones
aún no
contrastadas**

130

-
- DFWatch Staff (10 de noviembre de 2016). IWPR reveals Female Genital Mutilation practice in Georgia. *Democracy and Freedom Watch*. [Recuperado de <http://dfwatch.net/iwpr-reveals-female-genital-mutilation-practice-in-georgia-46464>]
 - IWPR (2 de febrero de 2017). Georgia: FGM criminalised following IWPR investigation. *Institute for War & Peace Reporting –Global Voices*. [Recuperado de <https://iwpr.net/global-voices/georgia-fgm-criminalised-following-iwpr>]
 - Mirmaksumova, Aida (4 de noviembre de 2016). FGM uncovered in Georgia. *Institute for War & Peace Reporting –Global Voices*. [Recuperado de <https://iwpr.net/global-voices/fgm-uncovered-georgia>]
-

JORDANIA

Durante un estudio realizado por trabajadores sociales sobre las necesidades de salud en Rahmah, un pueblo de 500 habitantes al suroeste de Jordania, encontraron que se realizaba la MGF. Este descubrimiento, plasmado en un breve artículo, no fue bien recibido por las mujeres mayores, quienes realizan la circuncisión a las niñas entre los 8 y los 12 años. La práctica sigue percibiéndose como un ritual cultural y religioso que ennoblece a las mujeres.

-
- Charkasi, Dania (2012). Female circumcisions till haunts Jordanian tribe in Southern Jordan. *Arab West Report*. [Recuperado de <http://www.arabwestreport.info/en/year-1999/week-32/19-female-circumcision-still-haunts-jordanian-tribe-southern-jordan>]
-

Nuevas
identificaciones
aún no
contrastadas

En diáspora

SIRIA

Siria no se reconoce internacionalmente como un país donde la MGF haya sido documentada y una práctica tradicional. El mensaje difundido por el ISIS ordenando que la MGF se realizara en el “califato” suscita la duda de si la MGF puede existir en partes de Siria.

-
- Geraci, Diana y Mulders, Jacqueline (2016). Female Genital Mutilation in Syria? An inquiry into the existence of FGM in Syria. *Pharos: Países Bajos*.
-

ARABIA SAUDI

En Arabia Saudí, se rumorea que la MGF se practica en la región del Sur, al borde de Yemen. Por ahora, no hay datos fiables de que existe y los informes sobre la prevalencia son inconsistentes en términos relativos a dónde se practica, por parte de quién y por qué.

Shariga Alsibiani y Abdulrahim Rouzi entrevistaron a 130 mujeres a quienes se les había realizado una MGF y que atendían a clínicas de ginecología y obstetricia en el Hospital Universitario Kin Abdulaziz en Jeddah entre febrero de 2007 y marzo de 2008. Otras 130 mujeres, sin estar mutiladas, fueron entrevistadas como grupo de control. Arabia Saudí tiene mucha población inmigrante que proviene de países como Egipto, Somalia o Sudán, países de origen donde la MGF se practica extensamente. Por este motivo, Arabia Saudí pasa a considerarse un lugar donde la MGF ha llegado y puede que se practique entre las comunidades de migrantes de los países antes mencionados.

