

LA MGF EN ESPAÑA

Prevención e intervención



unión de
asociaciones
familiares



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
DE LOS INMIGRANTES



UNIÓN EUROPEA

FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN

LA MGF EN ESPAÑA

Prevención e intervención

Edita: UNAF
Diseño: La Tinta China
Ilustración: Ana Belén Carmona (abcarmona@lasexologia.com)
M^a Victoria Ramírez
Impresión: Gráficas JMG
Deposito Legal: M-49257-2011

Parte de las imágenes usadas en esta guía, ilustran algunas de las actividades realizadas por MDM-Aragón en su programa de prevención de la MGF, y de las técnicas del programa de Información, Concienciación y Prevención de la MGF desarrollado por UNAF, con la estrecha colaboración de mediadores-as interculturales.

Coordinación:

M^a Victoria Ramírez Crespo

Sexóloga, psicóloga. Profesora del máster en sexología de la Universidad Camilo José Cela. Técnica del proyecto de Prevención, información y concienciación sobre mutilación genital femenina de UNAF.

Ana Belén Carmona Rubio

Sexóloga, psicóloga. Profesora del máster en sexología de la Universidad Camilo José Cela. Técnica del proyecto de Prevención, información y concienciación sobre mutilación genital femenina de UNAF.

Autoras y autores por capítulos:



**Profesionales de UNAF (Unión de Asociaciones Familiares).
Autores de los capítulos: “Sobre la mutilación genital femenina”
y “Prevención e intervención ante la MGF. Una propuesta
desde el ámbito sexológico”.**

M^a Victoria Ramírez Crespo

Sexóloga, psicóloga. Técnica del proyecto de Prevención, información y concienciación sobre MGF de UNAF.

Ana Belén Carmona Rubio

Sexóloga, psicóloga. Técnica del proyecto de Prevención, información y concienciación sobre MGF de UNAF.

Carlos de la Cruz Martín-Romo

Sexólogo, psicólogo. Colaborador del proyecto de Prevención, información y concienciación sobre MGF de UNAF.



Profesionales del equipo de prevención de de la MGF de Médicos del Mundo Aragón que han participado como autores del capítulo: “Prevención e intervención ante la MGF. Una propuesta desde el ámbito social, sanitario y educativo”.

Luis Carlos Pardos Martínez

Pediatra EAP “Perpetuo Socorro” en Huesca, voluntario del equipo de prevención de la MGF en Huesca.

Christian Losada Castro

Trabajador social, técnico de intervención del proyecto de prevención de la MGF en Huesca.

Julia Moreno Sánchez

Trabajadora social, coordinadora de los proyectos de inclusión social de Médicos del Mundo Aragón: Prevención de la MGF en Aragón, Promoción de la salud con personas que ejercen prostitución, Atención socio-sanitaria para personas sin tarjeta sanitaria.

Amadou Djibi Dia

Mediador intercultural del proyecto de prevención de la MGF en Zaragoza desde 2009.

Isatou Gerew

Mediadora intercultural del proyecto de prevención de la MGF en Zaragoza desde 2008.

Bai Sanday Ceesay

Mediadora intercultural del proyecto de prevención de la MGF en Zaragoza desde 2008.

La presente guía para profesionales sobre atención y prevención de la MGF se puede completar con los aportes de las dos guías anteriores publicadas por UNAF, dedicadas a la atención en sexualidad a la población inmigrante: “*Su Sexualidad también es Importante: Guía para Profesionales de Atención en Sexualidad a Población Inmigrante, 2010*” y “*Tu Sexualidad también es Importante: Guía para Personas Inmigrantes sobre Sexualidad, 2011*”.

Presentación	5
1. Sobre la MGF	7
1.1. Qué es la MGF, y qué nombre recibe.....	9
1.2. ¿Por qué motivos se realiza?.....	10
1.3. Tipos de corte o mutilación genital.....	15
1.4. Consecuencias	18
1.5. Quién la practica, y a quién se le practica.....	21
1.6. En qué países y etnias se practica	22
1.7. Qué dice la ley... ..	24
2. Prevención e intervención ante la MGF.	
Una propuesta desde el ámbito sexológico	27
2.1. El papel de las profesionales y los profesionales que trabajan en educación sexual.....	29
2.2. Claves de educación sexual aplicadas a la prevención de la MGF.....	32
2.3. Ideas y sugerencias para el desarrollo de cursos o talleres de educación sexual que integren la prevención de la MGF.....	57
3. Prevención e intervención ante la MGF. Una propuesta desde el ámbito social, sanitario y educativo	67
3.1. Recomendaciones generales para las profesionales y los profesionales	69
3.2. Argumentos para desmontar mitos.....	73
3.3. Momentos que definen la intervención	79
3.3.1. Actividad preventiva general.....	79
3.3.2. Riesgo inminente	80
3.3.3. Sospecha y/o confirmación de MGF practicada.....	81

3.4. Actuaciones a realizar en cada momento de la intervención, y desde distintos ámbitos.....	82
3.4.1. Profesionales del ámbito social.....	83
3.4.1.1. Características generales de las intervenciones desde este ámbito.....	83
3.4.1.2. Actuaciones recomendadas desde el ámbito social según el momento de la intervención.....	84
3.4.1.3. El papel de la mediación intercultural en el ámbito social.....	90
3.4.2. Profesionales del ámbito educativo.....	91
3.4.2.1. Características generales de las intervenciones desde este ámbito.....	91
3.4.2.2. Actuaciones recomendadas desde el ámbito educativo según el momento de la intervención.....	92
3.4.3. Profesionales del ámbito sanitario.....	96
3.4.3.1. Características generales de las intervenciones desde este ámbito.....	96
3.4.3.2. Actuaciones recomendadas desde el ámbito sanitario según el momento de la intervención.....	98
 Despedida	 110
 Bibliografía	 111

La Unión de Asociaciones Familiares (UNAF), trabaja para el bienestar de las familias desde 1989, considerando que las familias tienen por base el mutuo y recíproco compromiso de convivencia para el desarrollo integral de sus miembros, con independencia de la modalidad de familia.

Uno de los principios inspiradores de UNAF es la **defensa del derecho a constituir una familia, independientemente del modelo a elegir**. Desde esta perspectiva, UNAF viene apostando por la diversidad familiar, por el reconocimiento legal y social de los **diferentes tipos de familias**. Esta amplia concepción de las familias, en plural, es un reflejo de la realidad social y las transformaciones sociales que están teniendo lugar en nuestro país desde hace varios años. UNAF desarrolla su actividad en los distintos campos relacionados con las familias, y por supuesto **con las familias y la población procedente de otros países**.

En UNAF pensamos que para el desarrollo integral de las personas y las familias, es fundamental **el respeto y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos**, que forman parte de los derechos humanos y son universales.

UNAF, y sus miembros integrantes, siempre se han caracterizado por **su empeño en lograr el respeto por estos derechos**. De la misma forma, UNAF **se ha caracterizado por su especial sensibilidad para el logro de estos derechos en los colectivos más vulnerables, como es el caso de las mujeres**.

Estos **principios** fueron los que nos impulsaron a poner en marcha en el 2007 un **Programa de Atención en Sexualidad a la Población Inmigrante**. Y ha sido en el marco de nuestra **lucha por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**, donde hemos tenido conciencia de este fenómeno de la Mutilación Genital Femenina.

La OMS define la mutilación genital de la mujer (MGF), como todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica.

Consideramos que la **Mutilación Genital Femenina**, en sus diferentes tipologías, es **un grave atentado contra los derechos humanos**, es un **acto de violencia contra las mujeres**, y una **muestra de desigualdad de género**, que niega

el derecho a la integridad del propio cuerpo, uno de los más fundamentales derechos que tienen los seres humanos. Es una práctica que puede afectar de forma muy negativa a la salud y al desarrollo pleno de la sexualidad.

En el desarrollo de nuestro programa de **Atención en Sexualidad a la Población Inmigrante**, hemos tenido ocasión de comprobar que cierta población migrante, y sus hijas, se veían afectadas por esta práctica. Por ello, nos decidimos a poner en marcha acciones específicas, y en el 2011, hemos puesto en marcha este nuevo programa de Información, Concienciación y Prevención de la Mutilación Genital Femenina, dentro del cual se sitúa la presente publicación, en la que **pretendemos acercarnos a la realidad** de la Mutilación Genital Femenina, en qué consiste, los países y etnias que la practican, los motivos que la sustentan, y la aparición de esta practica en España como consecuencia de los fenómenos migratorios (en mujeres y niñas procedentes principalmente del África Subsahariana).

También ofreceremos claves a las profesionales y los profesionales, de cara a detectar y luchar contra esta práctica, así como los protocolos y actividades que se están poniendo en marcha en España para erradicarla.

Para ello, hemos querido contar en esta publicación con diversos profesionales de **Médicos del Mundo Aragón**, que están desarrollando desde hace varios años una magnífica labor en este campo, desde diversos ámbitos (educativo, sanitario y social).

La MGF es un tema difícil y complejo, y por ello, desde UNAF estamos desarrollando una importante labor para fomentar la formación de los profesionales. Con actividades como esta publicación, esperamos ir sumando nuestro granito de arena para que poco a poco esta práctica desaparezca.

Julia Pérez Correa
Presidenta de UNAF

1.

SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

1.

SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

1.1. QUÉ ES LA MGF, Y QUÉ NOMBRES RECIBE

Siguiendo la definición de la OMS, consideramos la MGF como el conjunto de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos, por motivos no médicos ni terapéuticos, sino generalmente culturales.

La MGF también recibe otros nombres, como circuncisión femenina, ablación, corte, sunna, ñyaka...

Es importante reflexionar sobre el nombre con el que nos referimos a esta práctica. Por ejemplo, el término **“circuncisión femenina”** no resulta del todo preciso, ya que en cierta medida, equipara erróneamente ésta práctica con la circuncisión masculina. Hay diversos tipos de mutilación genital femenina, en función de la magnitud de las zonas que son extirpadas, pero en la mayoría de las ocasiones la práctica incluye la extirpación del glande del clítoris y los labios menores. Solamente en algunos casos la MGF consiste en la extirpación exclusiva de todo o parte del prepucio del clítoris (práctica que sí sería equiparable a la circuncisión masculina).

Por eso, la MGF suele diferir considerablemente de la circuncisión masculina, que no produce repercusiones negativas ni en la salud ni en la sexualidad del hombre, al contrario que la MGF, que suele afectar muy negativamente a la salud de la niña o la mujer que la ha sufrido.

La expresión **“sunna”** puede ser también algo equívoca. Para la población musulmana la sunna es la “palabra del profeta”. Aunque sabemos que la práctica de la MGF no está ligada de manera específica a ninguna religión concreta¹, algunas personas musulmanas pueden considerar erróneamente que la realización de la MGF es algo prescrito por su religión. Sin embargo, no hay ninguna mención en el Corán acerca de esta práctica.

Si como profesionales deseamos abordar el tema con población susceptible de practicarla es importante en los primeros contactos evitar la expresión “mutilación genital femenina”, pues lo más probable es que desconozcan este término o bien les resulte chocante o confuso.

¹ La MGF es practicada por personas de religión musulmana, cristiana e incluso judía. Asimismo, existen países de población mayoritariamente musulmana en los que no se practica (Marruecos, por ejemplo)

Aunque hay una serie de motivos culturales que se esgrimen para justificar su realización, en la mayoría de los casos se practica pensando que se logra un beneficio para la niña o la mujer. Por tanto, no se asocia con el concepto de “mutilación”. En los primeros contactos, nos entenderán mucho mejor si hablamos de “**corte**” (o “**cosido**” en el caso de la MGF tipo III)² .

Entre los propios profesionales encontramos diferentes formas de nombrar esta práctica. Hay algunos profesionales que prefieren usar expresiones que no hagan alusión a la violencia (como “**modificación genital**”, “**operación**”...), por considerar que otras expresiones pueden ser poco respetuosas con las culturas que la practican.

Sin embargo, el término **MGF** se emplea para visibilizar que la citada práctica es una violación de los derechos humanos, una muestra de la desigualdad de género y de la violencia ejercida contra la mujer por el mero hecho de serlo.

Es cierto que si deseamos realizar intervenciones efectivas y abrir canales de diálogo con nuestra población diana, de cara a prevenir la práctica de la MGF, hemos de usar un lenguaje respetuoso y con el que podamos entendernos. Al mismo tiempo, es conveniente adoptar posturas dialogantes, y partir de las creencias culturales que se asumen para perpetuar la práctica de la ablación. Sin embargo, también es importante poner en evidencia que se trata de una práctica que vulnera derechos humanos fundamentales, en muchos casos de niñas pequeñas, y esto también debemos visibilizarlo en nuestras intervenciones.

1.2. ¿POR QUÉ MOTIVOS SE REALIZA?

Conocer los motivos por los que se sigue practicando la MGF resulta necesario para poder abordar, como profesionales, el tema con las personas y las familias de riesgo, y realizar intervenciones con el objeto de atender, sensibilizar, educar y prevenir nuevos casos.

Un punto que no debemos perder de vista es que cuando se practica la MGF a una niña o a una mujer, se suele hacer en la convicción de que la práctica la va a beneficiar de algún modo. Conocer los argumentos más frecuentes que se usan para justificar la MGF nos va a facilitar el diálogo. Y el diálogo es el primer paso para establecer una relación de confianza que permita desmontar algunas falsas creencias que sustentan su realización.

² En un apartado posterior abordaremos los diferentes tipos de MGF

Peso de la tradición. Para aquellos grupos y etnias practicantes de la MGF, ésta es una **práctica de gran tradición**, y éste es, en sí, un valor de peso que sustenta su realización y complica enormemente su erradicación. Perpetuar las tradiciones permite aumentar el sentimiento de pertenencia a un grupo. Y, en este sentido, en los grupos en los que es una tradición realizar la mutilación, el “no realizarla” tiene un gran coste personal, familiar y social. Aquellas mujeres que no la tienen practicada, no son aceptadas como esposas, y esto supone el aislamiento social, el rechazo y la soledad, en una sociedad en la que el valor de una mujer depende en gran medida de si está casada y del número de hijos e hijas que tiene.

El que una mujer no se encuentre mutilada es motivo para devolverla a su familia de origen, reclamando en ese caso la dote que ha pagado por ella la familia del futuro esposo, quedando pues más empobrecida la familia de la mujer.

Como vemos, se trata de motivos de peso, pues los padres desean que sus hijas puedan integrarse de manera favorable en la sociedad en la que viven, y en estas sociedades esto significa “casarse” y tener hijos. Y para todo ello, es preciso que la mujer haya sido “cortada”.

Además, el rechazo y desprestigio no solo es sufrido por parte de la niña o de la mujer no mutilada, sino que se hace extensible también al resto de su familia, por no haber “cumplido” con su responsabilidad.

Cuando trabajamos con usuarios y usuarias que nos ofrecen estos argumentos, puede resultar interesante reflexionar sobre la idea de que no todas las tradiciones son “buenas” sólo por el hecho de haber sido practicadas durante muchas generaciones. Algunas costumbres pueden resultar poco saludables o perjudiciales, y pueden ser revisadas, cuestionadas, y cambiadas, si ello beneficia a la sociedad.

Podemos encontrar ejemplos de algunas costumbres y tradiciones muy positivas (tanto en nuestra cultura como en la suya), y otras que no lo son tanto y que se han ido cambiando.

Limpieza, higiene, belleza de los genitales femeninos y algunas creencias acerca de la vulva. La consideración de que los genitales femeninos son algo “sucio” y feo, y de que una mujer “cortada” es una mujer más “limpia”, es

otro de los motivos de su realización. De hecho, por este motivo, en algunos lugares se denomina “purificación” a la MGF.

Además, existe la creencia de que si el clítoris no se corta, crecerá de manera exagerada (hasta llegar a alcanzar el tamaño de un pene), pudiendo incluso dañar al hombre en las relaciones coitales, y al bebé en el nacimiento³.

Los genitales de la mujer son hermosos y limpios, y no es preciso cortarlos para mejorar su aspecto, ni para “hacerlos más higiénicos”. Por el contrario, el corte produce daños serios en los genitales, heridas, sangrado, dolor, cicatrices y problemas que pueden durar toda la vida. Los genitales “cortados” son más propensos a infecciones.

Además, el clítoris no crece hasta alcanzar el tamaño de un pene, ni daña al esposo o la pareja durante las relaciones de penetración.

En nuestras intervenciones preventivas podemos explicar que una prueba de ello está en que las mujeres no mutiladas (africanas o no) no tienen clítoris enormes, ni dañan al marido en sus relaciones. Muy al contrario, tener la mutilación practicada causa problemas en las relaciones sexuales (principalmente en las coitales), tanto al marido como a la propia mujer, puesto que pueden resultar dolorosas para ella, y esto influye negativamente también en el placer del marido.

El clítoris ni daña ni mata al bebé durante el nacimiento, como lo demuestran los partos de mujeres que no han sido mutiladas. Si las mujeres occidentales tienen pocos hijos no es porque mueran al nacer, sino porque desean menos hijos y hacen uso de métodos anticonceptivos.

También es habitual la creencia de que gracias a la MGF, **mejora la fertilidad de la mujer**. Dado que la fertilidad es un bien muy preciado en estas culturas, resulta un motivo de gran peso para perpetuar su realización.

³ Incluso en algunas ocasiones se piensa que el bebé puede llegar a morir si se roza con el clítoris en el momento del parto

La mutilación genital produce consecuencias que van desde problemas de fertilidad, hasta el aumento de la mortalidad y complicaciones para el bebé durante el nacimiento y para la madre durante el parto.

El peso de la religión puede ser un motivo por el que algunos grupos sustenten la ablación. Lo cierto es que ninguna religión justifica, ni alienta, a la realización de esta práctica, pero en ocasiones puede haber cierta confusión al respecto, dado que **se ha venido asociando (erróneamente) la práctica de la MGF con la religión musulmana.**

Ninguna religión obliga a la práctica de la mutilación genital femenina. Tampoco la religión musulmana. Además, el Corán no menciona dicha práctica, en cambio sí insta a las madres y padres a cuidar de las hijas y a no infringirles daño.

Existen además países mayoritariamente musulmanes donde no se practica la MGF, como Marruecos, Arabia Saudí, Turquía... Esta información puede usarse para reflexionar con las personas que apoyen la MGF basándose en motivos religiosos.

Uno de los motivos de mayor peso y que con mayor frecuencia es argumentado es el del **control de la sexualidad de la mujer.** Esto es, el **control de su deseo sexual, para asegurar su fidelidad.** Bajo este argumento, una mujer “cortada” es una mujer que va a permanecer fiel a su marido, y asegurar así la paternidad de sus hijos.

Con frecuencia, cuando se trabaja con mujeres africanas subsaharianas de etnias que la practican, nos encontramos con afirmaciones del tipo “es necesario cortar para demostrar a los suegros de la niña que va a ser una buena esposa”, “así tu suegra no podrá jamás decirte que los hijos que tienes no son de tu marido”.

Piensan que si una mujer no “está cortada”, “será más ardiente y por tanto irá detrás de todos los hombres”, “no se controlará”.

Es cierto que una mujer mutilada (sobre todo si ha sufrido la MGF tipo II o III⁴, sin duda las más agresivas), es menos probable que desee mantener relaciones de penetración, puesto que lejos de producirle placer o satisfacción, pueden resultarle dolorosas y molestas.

No obstante podemos conversar con las personas o las familias argumentando que si desean transmitir a sus hijas valores relativos a la fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales, puesto que los valores se transmiten de manera más favorable y estable a través de la educación, y con mucho menos dolor y sufrimiento para las niñas.

También podemos argumentar que muchas mujeres no mutiladas (africanas o españolas) son fieles a sus maridos, y que por otro lado, la mutilación no asegura la fidelidad de una mujer.

Hasta aquí hemos ofrecido un repaso por las ideas más generales sobre las que se sustenta la MGF, y algunas claves para dialogar al respecto. En apartados posteriores se profundizará en estas mismas cuestiones cuando se aborden las posibles vías de intervención de los profesionales y las profesionales, y cómo ofrecer argumentos para eliminar los mitos con respecto a esta práctica.

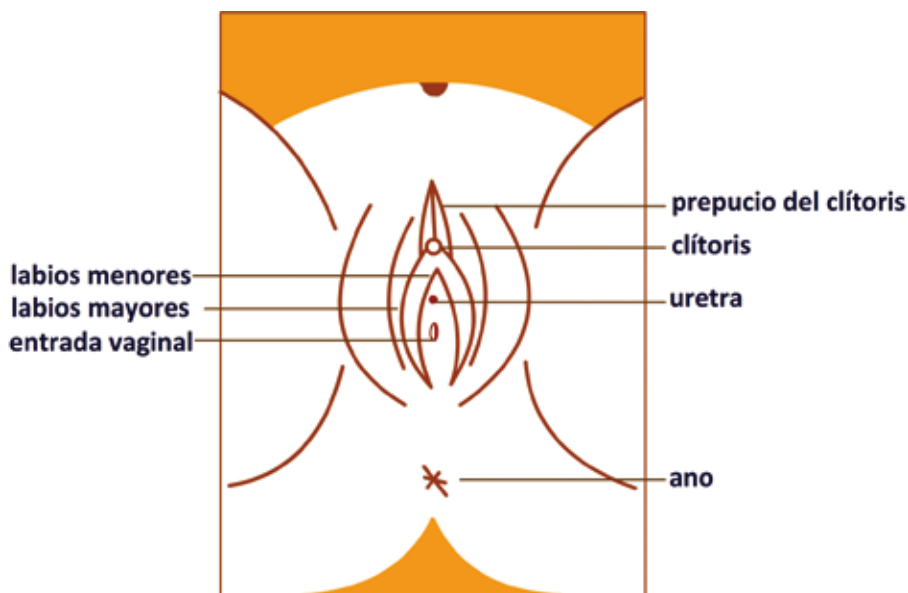
⁴ En un apartado posterior abordaremos los diferentes tipos de MGF

1.3. TIPOS DE CORTE O MUTILACIÓN GENITAL

Existen diferentes tipos de MGF en función de las zonas que han sido extirpadas. Seguiremos la clasificación establecida por la OMS, según la cual encontramos 4 tipos principalmente.

A continuación presentamos una ilustración esquemática de la **vulva**, mostrando unos **genitales externos femeninos que no han sido mutilados**. Nos servirá como base para describir los diferentes tipos de MGF, en los que las zonas extirpadas o afectadas se encuentran coloreadas en rojo o negro.

LA VULVA



La imagen aquí presente muestra la vulva de manera esquemática y tal y como se podría observar si se separaran, al menos en parte, los labios menores con ayuda de los dedos. La presentamos de este modo con el objeto de clarificar la comprensión de las zonas anatómicas implicadas en los diversos tipos de MGF.

TIPOS DE MGF



TIPO I

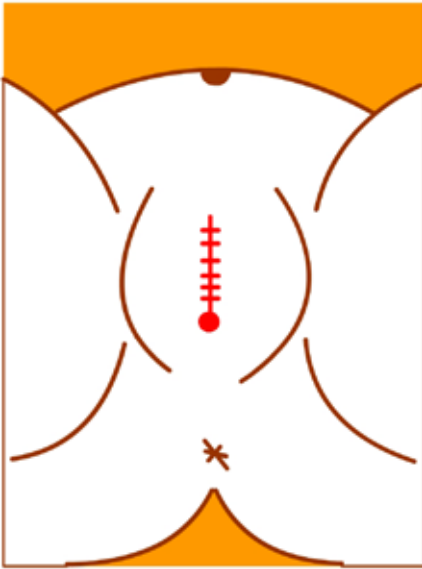
Consiste en la escisión del prepucio del clítoris con o sin extirpación total o parcial del glande del clítoris.

TIPO II

Suele conocerse como escisión, y consiste en la extirpación del glande del clítoris con extirpación total o parcial de los labios menores. En ocasiones puede incluir también algún tipo de herida o corte en los labios mayores.



Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos.



TIPO III

*Suele conocerse como **infibulación**, y consiste en la extirpación más o menos extensa de los genitales externos femeninos, y el estrechamiento de la apertura vaginal a través de la sutura, cosido, o recolocación de los labios para su cicatrización.*

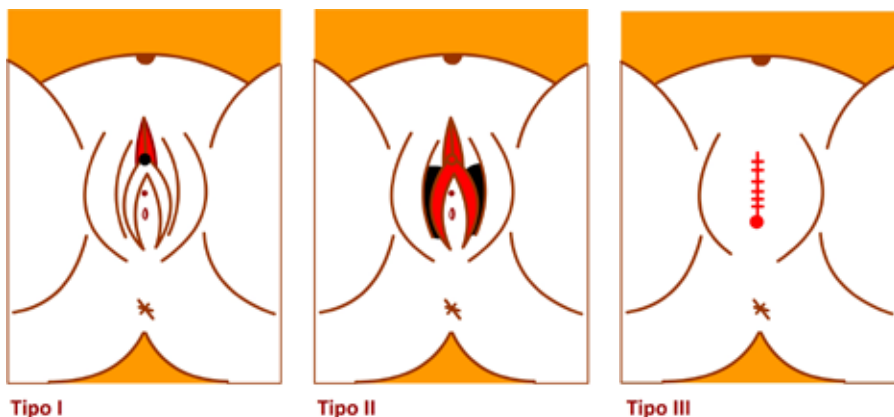
Este tipo de mutilación es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países denominados del “cuerno de África” (Somalia, Yibuti y Sudán) y constituye entre el 15% y el 20% de los casos.

TIPO IV

Se incluyen en esta tipología otras prácticas que suponen lesiones en los genitales externos femeninos con fines no terapéuticos ni médicos, como el raspado, la cauterización, incisión en la zona genital, cortes en la vagina, procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.)...

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

Son muchas las personas que trabajan para sensibilizar con respecto a las consecuencias negativas de esta práctica, en occidente y sobre todo en los propios países de origen. Gracias a estos esfuerzos, son cada vez más los grupos que van abandonando la MGF. En algunas ocasiones, este proceso de abandono se realiza de un modo gradual, es decir, grupos o etnias practicantes habituales de la mutilación tipo III, pasan a la tipo II (menos agresiva), y así sucesivamente.



1.4. CONSECUENCIAS

Pese a que todos los tipos de MGF son lesivos, los tipos II y III son los más agresivos y por tanto aquellos que conllevan generalmente las peores consecuencias para la salud de la niña o mujer.

Las consecuencias de la MGF en la salud de la mujer van a depender de una serie de factores.

Pondremos algunos ejemplos. Teniendo en cuenta el papel que el glande del clítoris juega en la sexualidad femenina (en el placer, en la excitación, la lubricación y el orgasmo), aquellas mujeres a las que se les haya extirpado totalmente el glande del clítoris, sufrirán con mayor probabilidad consecuencias como ausencia de lubricación, excitación y orgasmos, coitos dolorosos, dispareunia, vaginismo, disminución o ausencia de deseo erótico, etc.

En una mujer que haya sufrido la escisión del prepucio del clítoris (Tipo I), no aparecerán necesariamente los citados problemas. En el caso en que surgieran, sería necesario valorar si son atribuibles a otras causas, como por ejemplo, el patrón habitual de relaciones eróticas (tal vez muy coitocéntricas) que posiblemente no le aseguren la estimulación apropiada para disfrutar o desear, insatisfacción con la pareja, problemas para comunicarse o negociar con el compañero...

Otros aspectos que influyen en la magnitud del daño tienen que ver con las **condiciones** en que suele realizarse la mutilación. En muchas ocasiones se emplean utensilios como trozos de vidrio, cuchillos, tapaderas de lata,

tijeras, cuchillas de afeitar... que generalmente sirven para mutilar a muchas niñas, ya que se suelen realizar rituales colectivos. No es infrecuente que los utensilios usados no estén esterilizados, y que no se emplee anestesia para reducir el dolor.

Algunos de los problemas ocasionados tienen que ver, por tanto, con las condiciones poco favorables en que suelen realizarse las mutilaciones. Es preciso señalar que, en algunas ocasiones, se realiza la MGF por parte de personal con formación sanitaria, en condiciones asépticas y empleando anestesia o analgésicos para reducir el dolor. Esto puede evitar parte de las complicaciones de la MGF pero, evidentemente, hay consecuencias a corto, medio y largo plazo que no se evitarán. Aún en estas circunstancias, la MGF sigue siendo muy negativa para la salud de la niña, o la mujer, y atenta contra los derechos humanos.

Algunas de las **consecuencias inmediatas y a corto plazo:**

Infecciones diversas, transmisión del VIH, hemorragias, retención de orina durante varios días causando lesiones en la vejiga, heridas y lesiones en órganos vecinos como consecuencia del corte (uretra, vagina), dolor intenso, o incluso la muerte por shock o desangrado.

Además de las consecuencias físicas inmediatas, también es frecuente la experimentación de miedo intenso y pánico.

Entre las principales **consecuencias a medio y largo plazo**, encontramos:

Alteraciones ginecológicas y urinarias diversas, esterilidad, dificultades y complicaciones en el parto (para la madre y para el bebé), fístulas, queloides, dismenorrea, infecciones, anemia crónica, VIH y sida, hepatitis, etc.

Además, existe mayor probabilidad de sufrir problemas relacionados con la sexualidad, como por ejemplo dispareunia y dolor en el coito, vaginismo, ausencia de excitación, lubricación y orgasmo, ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales, disminución o ausencia de deseo erótico, fobia al coito, etc.

Además de las consecuencias citadas anteriormente, las mujeres que tienen practicada la mutilación tipo III sufren problemas adicionales, como por ejemplo:

- Inflammaciones e infecciones frecuentes (debidas a la retención de fluidos, al haber cerrado gran parte del orificio vaginal).

- Lesiones producidas al abrir el orificio (o descoserlo) para mantener relaciones coitales o para el parto.
- Incontinencia urinaria e infecciones recurrentes.
- Ciclos menstruales recurrentes (sensación de tener la regla varias veces en un mes, cuando en realidad es la menstruación correspondiente a un solo mes que se expulsa lentamente).
- Lesiones producidas al volver a cerrar el orificio.
- Esterilidad y grandes dificultades durante el parto.
- Imposibilidad de realizar el coito.
- Etc.

En estos casos (MGF tipo III), las consecuencias de índole sexual y psicológica suelen revestir mayor gravedad.

Hemos mencionado las consecuencias para la mujer, puesto que son obvias y es ella, sin duda, quien las sufre en mayor medida.

No obstante, no solo es ella quien sale perjudicada con la práctica de la mutilación. Por ejemplo, como consecuencia de las complicaciones durante el parto, la tasa de mortalidad de los **bebés** durante el nacimiento es más elevada. También se producen una serie de complicaciones que pueden dañar al bebé, como retención en el canal del parto mayor tiempo del debido, falta de oxígeno durante el parto, sufrimiento fetal... Estos problemas se dan principalmente en los casos de mutilación del tipo II y III.

Los **hombres, maridos o parejas** de las mujeres mutiladas también sufren ciertas consecuencias. Por ejemplo, las relaciones eróticas (coitales principalmente) suelen ser menos satisfactorias para ellos, debido al sufrimiento que experimentan sus parejas. En muchos casos, es, incluso, imposible llevar a la práctica el coito. En general, las personas suelen disfrutar más si perciben que su pareja también disfruta, algo que se complica notablemente con la MGF. Además, algunos hombres ante esta situación experimentan también temor al coito, por miedo a dañar a sus parejas.

La práctica de la MGF es una tradición cuyas consecuencias negativas afectan fundamentalmente a la mujer, pero que se hacen extensibles al resto de su familia (pareja, futuras hijas y futuros hijos). Por eso, como profesionales,

es importante que sensibilicemos a unos y a otras sobre los riesgos de dicha práctica. Sobre todo, teniendo en cuenta que frecuentemente las mujeres y los hombres ignoran la relación existente entre los problemas que sufren y la realización de la mutilación, ya que muchas de las consecuencias se presentan a medio o largo plazo, y no suelen asociarse a dicha práctica.

1.5. QUIÉN LA PRACTICA, Y A QUIÉN SE LE PRACTICA

Quién se encarga de realizar la MGF: la persona encargada de la práctica de la mutilación a las niñas o mujeres suele ser una mujer de edad avanzada, muy respetada en la comunidad, y que habitualmente suele ser la partera o la que ejerce la medicina tradicional (curandera) en el grupo. A pesar de que muchas veces es la misma persona la que se encarga de mutilar a la mujer y más adelante de asistirle en el embarazo y parto, no suele relacionar las complicaciones que suelen presentarse al dar a luz con la mutilación.

La realización de la MGF generalmente supone un ritual de paso a la edad adulta, y suele indicar que la niña ya está preparada para casarse. A partir de ese momento, no es infrecuente que la niña abandone la escuela, para comenzar a dedicarse al futuro esposo o al futuro casamiento.

La manera de llevar a cabo la MGF depende de algunos factores como, por ejemplo, si se realiza en un núcleo más rural o en una ciudad, de la etnia... pero en general existe una tendencia creciente a realizarla a edades cada vez más tempranas.

En la actualidad, en algunos grupos la MGF se practica a niñas con pocas semanas de vida. Las razones son diversas. Entre ellas, disminuir la posible resistencia de la niña ante la mutilación, reducir los efectos traumáticos al eliminar el recuerdo que la niña puede tener de la práctica, y evitar las represalias legales en los países en los que se encuentra penada.

En cualquier caso, la edad máxima de realización suelen ser los 14-15 años. En estas edades, cada vez resulta más frecuente encontrar casos de niñas que escapan de sus casas ante la inminente preparación del ritual. Este es uno de los motivos que a veces se esgrime para reducir la edad de inicio de la práctica: evitar resistencias.

En el caso de las familias que han migrado, se suele aprovechar un viaje al país de origen, por ejemplo, para ver a la familia, de cara a realizar la mutilación a su hija o sus hijas pequeñas.

Como ya se mencionará más adelante, un viaje próximo en una familia perteneciente a una etnia que practica la MGF y con hijas pequeñas, supone una situación de riesgo ante la que los profesionales y las profesionales pueden y deben realizar una intervención preventiva. Aunque lo ideal es iniciar nuestras intervenciones antes de que se presenten situaciones de riesgo, con más tiempo y calma, y por tanto con mayores posibilidades de realizar intervenciones educativas y de sensibilización efectivas.

1.6. EN QUÉ PAÍSES Y ETNIAS SE PRACTICA

La MGF es una práctica de gran arraigo en África, realizándose primordialmente en unos 28 países de la zona subsahariana. También es habitual en algunos países de Oriente Medio, como Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes.

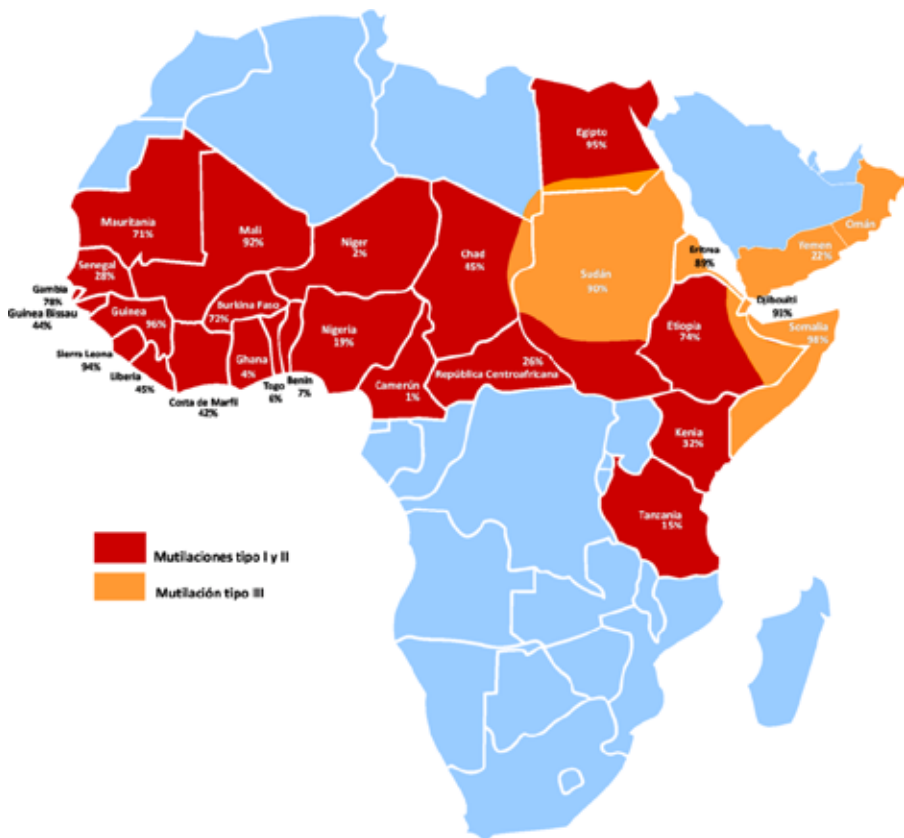
Como consecuencia de los movimientos migratorios, también ha comenzado a afectar a países receptores de población procedente de estas zonas, como por ejemplo España.

Por este motivo, además del trabajo que se viene realizando en los países de origen para la erradicación de la práctica, se han puesto en marcha diversos programas e iniciativas en el territorio español que persiguen la sensibilización, la atención a las mujeres afectadas y por supuesto, la prevención de nuevos casos.

Los programas que trabajan en esta línea van dando sus frutos, y se observa una mayor sensibilización y rechazo ante esta práctica. No obstante aún queda mucho trabajo por hacer, y lejos de ser una realidad extinguida, sigue siendo una tradición arraigada en muchos grupos. Por eso es importante que las profesionales y los profesionales tengamos la información necesaria para detectar casos de riesgo, prevenir, y saber de qué modo podemos intervenir de manera adecuada.

Conocer los países en los que mayoritariamente se practica la MGF nos servirá de ayuda para detectar posibles usuarias y usuarios que puedan beneficiarse de una intervención.

A continuación presentamos un mapa ilustrativo en el que están señalados los países en los que suele realizarse la práctica, así como el tipo más habitual y la incidencia estimada.



Es importante tener en cuenta que, incluso en los países en los que la MGF se practica de manera generalizada, hay grupos que no la realizan. Más que de países, tendríamos que hablar de “etnias” practicantes o no practicantes de la MGF.

Presentamos a continuación un listado de las principales etnias practicantes, así como de otras que usualmente no la practican:

Etnias practicantes de la MGF: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.

Etnias no practicantes de la MGF: Wolof, Serer, Ndiago.

Este listado puede servir como orientación, aunque hay que tener en cuenta que, en ocasiones, podemos encontrar mujeres de etnias practicantes que no han sufrido la MGF, o al contrario, mujeres de grupos no practicantes que se encuentran mutiladas.

El motivo podemos encontrarlo en los matrimonios mixtos, entre hombres y mujeres pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Así, una mujer de un grupo no practicante que se casa con un hombre de un grupo donde la MGF es tradición, puede ser mutilada como requisito para casarse.

1.7. QUÉ DICE LA LEY...

Ya hemos comentado que la práctica de la MGF supone una violación de los Derechos Humanos, una muestra de desigualdad de género, y un ejemplo de violencia ejercida contra la mujer, que además atenta contra la integridad de las niñas que la sufren. Por ello, se han elaborado diversas normativas a nivel internacional con objeto de velar por los derechos de estas mujeres y niñas.

Al mismo tiempo, cada vez son más los países africanos que establecen leyes y medidas en contra de la MGF. Constituyen sin duda pasos importantes, pero a veces su cumplimiento se complica, ya que se trata de una tradición difícil de romper. Por ejemplo, a veces los grupos étnicos que desean practicar la MGF a las niñas, si tienen prohibida esta práctica en su país, se desplazan al país vecino más cercano que lo permita, para así poder realizarla.

En España...

En nuestro país, la práctica de la MGF, en cualquiera de sus variantes, es considerada delito de lesiones. La legislación española aplicable a la MGF se recoge en los siguientes artículos del Código Penal.

Artículo 149 del Código Penal. Tras la reformulación de dicho artículo mediante la L.O. 11/2003, de 29 de Septiembre, queda plasmado del siguiente modo:

149.1 *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.*

149.2 *El que causara 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.*

Dos años más tarde, y con el objeto de ampliar el alcance de la ley, se incluye un nuevo apartado en el **artículo 23.4 de la LOPJ**, de 8 de Julio, en el que se especifica la aplicación de la citada ley también en los casos en que la MGF se realice en los países de origen, y fuera del territorio español, siempre y cuando los responsables residan en España. Esto supone una **ampliación del alcance de la ley, para evitar la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.**

Asimismo en el **artículo 13 de la L.O. 1/1996** de Protección Jurídica del Menor se pone de manifiesto que las personas o profesionales que detecten situaciones de riesgo o desamparo de un menor o una menor **se encuentran obligadas a prestarles auxilio**, así como de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales correspondientes.

En el trabajo para la erradicación de la MGF, el papel de las profesionales y los profesionales es fundamental. La existencia del amparo legal es importante, pero lo verdaderamente efectivo a largo plazo es apostar por el trabajo de sensibilización y educación, para que sean las propias familias quienes se convenzan de las ventajas del abandono de la práctica. Las leyes suponen una ayuda de protección en casos de riesgo inminente, pero no contribuyen por sí solas a la asunción de cambios permanentes.

Para esto último, la herramienta más potente es sin duda la educación, el diálogo, la sensibilización. Y esto puede llevar su tiempo, aunque sin duda, merecerá la pena.

2.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UNA PROPUESTA DESDE EL ÁMBITO SEXOLÓGICO

2.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UNA PROPUESTA DESDE EL ÁMBITO SEXOLÓGICO

2.1. EL PAPEL DE LAS PROFESIONALES Y LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EDUCACIÓN SEXUAL

El trabajo en prevención de la MGF en nuestro país es relativamente reciente. A principios y mediados de los años 90 se detectaron en España los primeros casos de mujeres a las que se les había practicado la MGF, y se iniciaron algunos programas de prevención y atención a las mujeres que habían sufrido esta práctica. Cataluña fue una de las primeras comunidades autónomas en abordar esta cuestión.

A pesar de que todavía existen muchas necesidades y demandas de formación al respecto por parte de los profesionales y las profesionales, poco a poco el tema va siendo conocido y abordado.

Las sexólogas y los sexólogos, y los profesionales de la educación sexual, no podemos permanecer ajenos a esta realidad, y hemos también de sensibilizarnos, formarnos y buscar herramientas y medios para trabajar de forma efectiva en su erradicación.

Los fenómenos migratorios nos plantean nuevos desafíos socioculturales. Es preciso aprender a convivir y enriquecernos mutuamente superando barreras lingüísticas y culturales, creando nuevas formas de relación entre nuevos vecinos y viejos vecinos. Habremos de trabajar para evitar, en la medida de lo posible, situaciones de pobreza y marginación, de exclusión o rechazo, eliminando o suavizando los posibles conflictos de convivencia.

Si trabajamos en educación sexual, necesariamente, en nuestras actividades, vamos a estar en contacto con población migrante, ya se trate de labores de educación sexual en un centro educativo, sanitario o cultural; de labores de asesoramiento sexológico, o de terapia sexual y de pareja. Ello implica que deberemos aprender a manejarnos mínimamente con claves interculturales que nos ayuden a aproximarnos a los distintos colectivos. Es decir, prepararnos para acercarnos con curiosidad a la población migrante, aprender acerca de sus vivencias, sus circunstancias, sus necesidades y peculiaridades, y por supuesto, sus ideas y creencias sobre la sexualidad.

En esta labor de aproximación y conocimiento, nos pueden ser de mucha utilidad otros profesionales que desarrollen su labor en contacto con población migrante, así como los mediadores interculturales.

La educación sexual, y el asesoramiento sexológico, son formatos privilegiados para trabajar el conjunto de la salud sexual, y dentro de la misma, la

prevención de la MGF. Las profesionales y los profesionales de la sexología sabemos que parte de la población que atendemos en los programas o servicios de educación sexual es de origen extranjero, y dentro de esta población, también hay un porcentaje de población subsahariana perteneciente a países y etnias de riesgo para la MGF.

En la educación sexual ofrecida en los centros educativos, en espacios de ocio y tiempo libre, en centros culturales o de jóvenes, en asociaciones y ONGs, tenemos ocasiones excelentes para abordar la prevención de la MGF en el contexto de una educación sexual más amplia y completa, de forma coherente y coordinada con otros contenidos que contribuyan a que **las personas se conozcan, se acepten, y vivan su sexualidad de la forma más satisfactoria posible**. Y de forma coordinada y complementaria al trabajo de otros profesionales.

Desde la sexología llevamos ya un tiempo trabajando por la **prevención** (la prevención del VIH y de otras ITS, de actitudes homobólicas o transfóbicas, de embarazos no deseados, de la violencia o el maltrato en la pareja...) pero también sabemos que **la prevención no es nuestro único objetivo**, puesto que

la sexualidad humana ofrece muchas más posibilidades que miserias. Por tanto, habrá que trabajar también en *positivo*, buscando el crecimiento personal y no sólo evitando los peligros.

El objetivo de la educación sexual no es otro que el contribuir a que las mujeres y los hombres **aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su erótica de modo que se sientan felices, satisfechos y satisfechas**.

Una persona que ha adquirido conocimientos sobre sexualidad, que ha aprendido sobre los cuerpos de mujeres y hombres y su funcionamiento, que ha comprendido la riqueza que entraña la diversidad de estos cuerpos, que ha asumido que no todo el mundo vive igual su sexuali-



dad, que comprende la pluralidad de los deseos y expresiones eróticas, que otorga a mujeres y hombres, heterosexuales y homosexuales, el mismo valor, que comprende que la sexualidad es una parcela que hay que cuidar y sobre la que se puede aprender... tiene más posibilidades de disfrutar de su erótica y sus relaciones amorosas, y está mejor preparado para evitar consecuencias no deseadas: embarazos, ITS, sida, situaciones de abuso... y también, dispone de más información y mejores herramientas para cuestionarse prácticas como la MGF, y en última instancia, será menos probable que desee que se la practiquen a sus hijas, o que desee que su esposas estén mutiladas.

Por ejemplo, se ha demostrado que un mayor nivel educativo en la madre se relaciona con una menor probabilidad de que acceda a la mutilación de su hija. La información y la educación son claves para que las personas tomen las decisiones más acertadas de cara a su sexualidad, y por supuesto, la sexualidad de sus hijas e hijos.

Desde la sexología nos planteamos objetivos ambiciosos, una educación sexual completa nos ofrecerá cierta protección contra “los peligros” o los problemas, y además, favorecerá un desarrollo sexual y afectivo armonioso y feliz. Pero lo contrario no siempre es cierto. Una persona que sabe evitar consecuencias no deseadas no siempre es feliz con su sexualidad o está satisfecho o satisfecha. Saber prevenir ciertos problemas no siempre garantiza una mejora en la satisfacción o la armonía de nuestra vida afectiva o sexual. Puede contribuir, pero no lo asegura.

Lo grande incluye a lo pequeño, lo contrario no siempre es cierto.

En esta línea, un trabajo para prevenir la MGF, o para paliar las consecuencias de la misma en una mujer que la ha sufrido, es muy recomendable y necesario, pero no garantizará que esa niña o esa mujer sean felices con su sexualidad, estén satisfechas, y sepan relacionarse en pareja. Es, desde luego, un trabajo importante y que contribuye a dicha satisfacción, pero tal vez podemos hacer algo más, ofrecer también cierta educación sexual, facilitar la información, potenciar claves de comunicación sobre el tema, disponer espacios para hablar, no sólo de la MGF, o del VIH... sino de la sexualidad en general.

Esa sería **nuestra propuesta desde la sexología: abordar la MGF en el contexto de una educación sexual más amplia y completa, siempre que sea posible.** Y en muchas ocasiones es posible. Y, sin ser una tarea sencilla, a veces resulta menos compleja de lo que inicialmente pueda pensarse. Los siguientes apartados pretenden ofrecer algunas pistas al respecto.

2.2. CLAVES DE EDUCACIÓN SEXUAL APLICADAS A LA PREVENCIÓN DE LA MGF

Muchas de las claves que se manejan en educación sexual son aplicables también al trabajo en prevención de la MGF, con algunos matices que ofrecemos a continuación:

▪ **Idea de sexualidad de la que partimos.** Necesariamente, nuestras intervenciones han de partir de una idea determinada de la sexualidad. Por ello, nos detendremos un momento para repasar algunas nociones básicas al respecto.

Toda persona es un ser sexuado, y su historia como ser sexuado se desarrolla y evoluciona a lo largo de la vida. Está presente en todas las épocas de la misma, y se encuentra íntimamente relacionada con aspectos psicológicos, sociales y culturales.

La sexualidad es mucho más que penes y vulvas que se relacionan. Tiene que ver con personas completas, sexuadas, que se sienten, viven y se expresan como tales.

Hay dos sexos, femenino y masculino, pero no hay dos mujeres iguales, o dos hombres iguales entre sí. Desde que nacemos, nos construimos como mujeres y como hombres en un complejo **proceso de sexuación**, con muchísimos niveles y matices, que dará lugar a una mujer única, a un hombre particular e irrepetible.

Los niveles de los que hablamos son muchos. El primero tiene que ver con el cromosoma, con la X o Y que aporta el espermatozoide, pero eso es sólo el principio. Después vendrán: las gónadas, los genitales internos, los genitales externos, las hormonas... Y más adelante, tras el parto, aún sigue el proceso con la asignación de sexo, la crianza diferencial, la pubertad... el climaterio, la andropausia...

La mayoría de estos niveles deben verse desde una doble perspectiva: a cada nivel le corresponden dos posibilidades: hombre o mujer, y cada una de ellas está llena de grados o matices. De modo que cada cual se situaría en un punto del continuo, donde existen los extremos, pero donde también abundan las zonas comunes.

De todo esto se desprende una idea: **sexos hay dos, pero cada uno de ellos está repleto de posibilidades. Hay muchas maneras de “estructurarse” como hombre y muchas de hacerlo como mujer.**

A la hora de trabajar, de todo esto de la sexuación, deberíamos sacar al menos dos cosas claras: una de ellas es que trabajar con niños y niñas, con mujeres y hombres, es trabajar con “complejidades”, con seres únicos e irrepetibles, pues cada proceso es peculiar. Y la otra es que ser hombre o mujer es algo más que lo que nos muestre uno de los niveles tomado independientemente.

La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado”. Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a funcionamientos anatomofisiológicos. Su referencia más clara son “las vivencias”, lo que cada cual se siente en su intimidad.

El niño, la niña, la mujer o el hombre toman conciencia de que hay personas de dos sexos. Su sexualidad será la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos.

Es evidente que cada persona **vivirá su sexualidad de distinta manera**, que, dicho sea de paso, no es estable, sino que **está en continua evolución**. Y, además, así ha de ser, por supuesto, **sin entrar en los terrenos de lo normal y lo anormal. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar. El terreno, en definitiva, de las sexualidades.**

Esta categoría no es objetiva y está mediatizada por la cultura, por la educación, por los distintos modelos de hombres y de mujeres que ofrece la sociedad y quienes educan: profesorado, familia, iguales... De tal modo que según que expectativas se estén generando, sobre cómo son o cómo deben comportarse los hombres o cómo son y cómo deben comportarse las mujeres, las cosas estarán más o menos fáciles.

Como profesionales nos corresponde conocer el proceso, reconocerlo, respetarlo y protegerlo. Y por supuesto, **ofrecer modelos en los que quepan todas las posibilidades y todas las mujeres, todos los hombres, puedan encontrarse a gusto, y desarrollarse de forma plena.**

La vivencia del hecho de ser sexuados incluye **la orientación del deseo** que, como hombre o como mujer, podrá ser sentida en su matiz homosexual u heterosexual. Como es lógico, en este caso, también es importante manejarse con la doble perspectiva, dos posibilidades y muchos grados, y ofrecer, de nuevo, modelos donde quepan todas las posibilidades.

La erótica es la forma concreta de expresar todo lo anterior, lo que somos y lo que vivimos. Y que, de nuevo, tiene múltiples y variadas formas. Cada cual tiene su propia erótica, como tiene sus propias peculiaridades.

Para el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores. Por supuesto todo lo anterior, pero también los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se den a los mismos, así como todas las demás cosas que se puedan considerar importantes. De todo esto, así como de otras influencias, acabará surgiendo **un tipo de erótica propia**.

A veces, cuando se habla de sexualidad, se tiende a identificar esta palabra con la realización de coitos. Pero en realidad, la sexualidad abarca mucho más en la construcción del ser humano. Como hemos dicho, tiene que ver con estructuras, con vivencias, con creencias, con emociones, y también con expresiones, dentro de las cuales pueden darse (o no) coitos.

Las distintas formas en que se expresa la sexualidad humana son igualmente amplias y plurales, y no se limitan a aquellas en las que la intervención de los genitales es relevante. **También son expresiones de la erótica las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, los masajes, la masturbación...** del mismo modo que los son el coito vaginal o el resto de penetraciones. Además, también están las fantasías, que por supuesto forman parte de la erótica. **Las formas de goce son plurales, e igualmente legítimas.**

El Hecho Sexual Humano está lleno de sexualidades y de peculiaridades. Y está atravesado por tres caminos. Uno que entiende de **“lo reproductivo”**, de su cultivo como valor y de evitar las consecuencias no deseadas. Otro que se dirige a **“los placeres”** y la satisfacción, y en el que el orgasmo es sólo un atajo. Y un último, quizás el primero, que habla de **“lo relacional”**, del encuentro, de la atracción y del deseo.

Lo que estamos planteando es que las relaciones eróticas no son algo entre penes y vulvas. Son relaciones entre hombres y mujeres, ya sean homosexuales o heterosexuales. Y esto significa que además del roce y los fluidos se mezclan expectativas, valores, miedos, deseos, creencias, identidades... se mezclan dos peculiaridades, dos sexualidades.

En base a esta idea de sexualidad, ¿para qué sirve la educación sexual? Ya hemos comentado que no creemos que la educación sexual deba servir sólo para evitar riesgos. **La sexualidad no es un peligro y el objetivo de la educación sexual no debe ser sólo preventivo.** Por supuesto se deben evitar peligros, por ejemplo, se puede trabajar por prevenir la MGF, pero la educación sexual puede abarcar mucho más.

El objetivo de la educación sexual no es otro que el contribuir a que las mujeres y los hombres **aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan**



a expresar su erótica de modo que se sientan felices, satisfechos y satisfechas.

Da igual la procedencia cultural o geográfica, ser del medio urbano o rural, hablamos de todas las edades, desde la infancia a la tercera edad. De cualquier orientación del deseo, ya sea homosexual o heterosexual. De todas las identidades, incluidos transexuales. Y, por supuesto, también de los chicos y chicas, hombres y mujeres, con algún tipo de discapacidad, física, psíquica o sensorial o con parálisis cerebral. Repetimos sin rangos, jerarquías o calidades.

Y dentro de este trabajo, tenemos una magnífica ocasión para abordar también la prevención de la MGF, o la atención a las mujeres que la han sufrido. Es posible que en ocasiones (por ejemplo, ante un riesgo de MGF inminente), debamos ceñirnos a una intervención efectivamente más centrada y reducida a evitar peligros. Pero si disponemos de las oportunidades necesarias, sería idóneo desarrollar una labor de educación sexual más amplia y completa.

■ **No hay que esperar a los peligros, y no hay que hablar sólo de los peligros.** Y esto es cierto aún en el caso de que nuestro único interés sea “evitar peligros” (y ya hemos mencionado que tal vez podamos permitirnos ser un poco ambiciosos en este sentido).

Nuestra intervención, incluso en prevención de la MGF, será mucho más práctica si seguimos esta máxima. Se ha demostrado que son más efectivas las intervenciones realizadas con tiempo, con tranquilidad, de forma coordinada con otros profesionales, y ofreciendo a las familias información y apoyo sobre diversos temas (por ejemplo, si estamos en una consulta de pediatría, las vacunas que necesita la niña, consejos para una alimentación adecuada... si estamos en una ONG, información a la familia sobre trámites legales o burocráticos, apoyo para conseguir la tarjeta sanitaria, información sobre el sistema sanitario...). En este marco, la prevención de la MGF se puede introducir como un tema más relativo a la salud, en el transcurso de los sucesivos encuentros o entrevistas que se mantengan con la familia.

De la misma forma, desde el campo de la educación sexual, lo deseable es que no esperemos a que se presente una situación de riesgo para hablar a estas familias sobre prevención de la MGF, y sobre sexualidad. Esto quiere decir que, por ejemplo, si trabajamos con una familia con una hija o varias, perteneciente a una etnia o país de riesgo, es mejor no esperar a que dicha familia esté a punto de realizar un viaje a su país de origen para realizar la intervención. Lo ideal es haber comenzado antes, hablando sobre temas diversos relacionados con la salud sexual, ofreciendo información y educación sexual a través de talleres y charlas, de cursos o entrevistas personales, facilitando información sobre los recursos de salud y también los relacionados con la planificación familiar, la sexualidad... y dentro de este marco, tratar la prevención de la MGF como un tema más, aunque no haya ningún viaje previsto en los próximos meses.

La MGF es una realidad que no podemos ignorar y que debemos abordar, y desde la educación sexual podemos afrontarla dentro de un trabajo más amplio en lo referente a la sexualidad. Ciertos contenidos de educación sexual, a nuestro entender, nos otorgarán una buena base para el posterior trabajo en este tema, por ejemplo, el trabajo de las actitudes que tienen que ver con la igualdad de género, con la tolerancia hacia las distintas formas de vivir la sexualidad, con el conocimiento y respeto de los derechos sexuales que toda persona tiene, el conocimiento de la anatomía de la reproducción y el placer, el amor y el respeto al propio cuerpo (también a los propios genitales), información sobre el proceso de embarazo y parto... todos estos contenidos de educación sexual favorecerán que el trabajo en prevención de la MGF sea más fértil, más sencillo, mejor comprendido, y cale más. Por añadidura, son contenidos que por sí mismos enriquecerán la vida de la persona.

▪ **Educación sexual y prevención con todo tipo de familias.** Sabemos que no hay que hacer educación sexual sólo con “las personas expuestas a ciertos riesgos” (ejemplo: riesgo de una ITS, riesgo de un embarazo no deseado...). Las personas que, supuestamente, están libres de estos peligros también necesitan educación sexual. De la misma forma, habría que hacer educación sexual con todas las familias, tanto con las que tienen hijas en riesgo de sufrir la MGF como con las que no.

Concretamente en el caso de población subsahariana, atender y educar la sexualidad de este colectivo, independientemente de su riesgo de MGF, es positivo por varios motivos: uno de ellos es que son magníficos transmisores de información. Si nosotros trabajamos ciertos contenidos de educación sexual, incluida la prevención de la MGF, con parte de esta población, aunque no sea de riesgo, es bastante probable que esa información se difunda, y

acabe llegando también a familias con hijas en riesgo de MGF. Estaremos facilitando la educación de pares.

Por otra parte, si un porcentaje importante de esta población rechaza la MGF y además, cuenta con buenos argumentos para explicar los motivos de su rechazo, facilitaremos que otras familias, en principio afines a dicha práctica, se replanteen su postura, encontrando además menos presión social para mantenerla. Por ejemplo, en alguno de los talleres de educación sexual que hemos realizado (en los que hemos trabajado también la prevención de la MGF) las personas asistentes nos han comentado que estaban en contra de la práctica, pero que carecían de argumentos para defender su postura cuando conversaban con personas de su misma comunidad que se mostraban a favor. Estas personas nos han manifestado su satisfacción porque el taller les había dotado de conocimientos e información útiles para convencer a otras personas de su comunidad para abandonar la práctica (generalmente, argumentos relativos a los efectos sobre la salud de la mujer).

Otra ventaja es que, como ya hemos mencionado, ciertos contenidos generales de sexualidad nos facilitarán el camino para la prevención de la MGF, y aquí también contaremos con la difusión de la información a través del grupo de iguales. Lo que expliquemos o tratemos un día en un taller, o en una entrevista personal, es posible que mañana o pasado sea transmitido a otra persona del mismo o similar origen.

Por otro lado, estas personas que migran y siguen teniendo contacto con sus redes sociales y familiares en sus países de origen, pueden también contribuir a que se modifiquen ciertas actitudes en dichos países, ser agentes de cambio en su tierra, en lo relativo a la MGF y en lo relativo a temas generales de sexualidad.

El hablar de sexualidad y de MGF con todo tipo de familias posiblemente nos ayude también a evitar cierta sensación de estigmatización. Si sólo tratamos estos temas de forma exclusiva con algunas personas o familias, pueden sentirse señalados o estigmatizados.

■ **Hablar facilita que nos hablen.** Es bastante probable que las dudas, inquietudes, o problemas en el terreno de la sexualidad, se compartan en el centro y con los profesionales que previamente han tratado el tema, que les han hablado sobre estas cuestiones.

Si, además, las personas se han sentido cómodas por la forma en que se han abordado los temas relativos a la sexualidad (de forma respetuosa y dialogante), y han percibido voluntad de apoyarlas o informarlas sobre las

cuestiones tratadas, es bastante probable que sean más permeables a lo que tengamos que contarles.

Como profesionales, podemos esperar a que nuestros usuarios y usuarias de origen subsahariano nos pregunten al respecto para tratar el tema (esperar a que nos pregunten sobre MGF o sobre sexualidad, o a que manifiesten alguna necesidad al respecto). Pero, por lo que conocemos de la población subsahariana, es bastante probable que eso no suceda nunca, o muy ocasionalmente, lo cual no quiere decir que no precisen atención en su sexualidad, que no puedan beneficiarse de recibir educación sexual, o que la necesidad no exista. A lo mejor simplemente quiere decir que no están acostumbrados, en muchos casos, a tratar el tema con naturalidad en un contexto formal, educativo o sanitario, por ser un tema considerado tabú o íntimo. Justo lo mismo que pasaba en nuestro país no hace tantos años.



▪ **De sexualidad habrá que hablar.** Habrá que visibilizarla, y los profesionales tendrán que reservar un espacio en su agenda para tratar el tema. Sin esperar necesariamente a que sean los usuarios los que nos planteen demandas al respecto, ni sobre sexualidad, ni sobre MGF.

A veces son las propias profesionales, y los propios profesionales, los que evitan estas cuestiones, por temor a no abordarlas de forma adecuada, por miedo a causar algún sentimiento de incomodidad en el otro, o por considerarlas demasiado privadas e íntimas.

Sin embargo, al igual que en el caso de otros temas relativos a la sexualidad, es preciso animar y motivar a las profesionales y los profesionales a abordar estas cuestiones. Y evidentemente, se les debe apoyar en esta labor, ofreciéndoles una formación adecuada y la adquisición de claves para realizar educación sexual y prevención de la MGF.

▪ **De los intereses a las necesidades.** En educación sexual sabemos que es imprescindible que la persona perciba que lo que le proponemos aprender “le sirve”, “le resulta útil para su vida diaria”. Es decir, tendremos que proponer aprendizajes funcionales.

Es fundamental, por tanto, partir de sus intereses, por ejemplo, si acuden a la consulta de pediatría interesados por las vacunas o la salud de la niña, si acuden a la consulta de ginecología interesados por el tratamiento de una infección, si acuden a la matrona para el seguimiento de un embarazo, o a un curso sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar... todo ello son intereses de los que partir para ofrecer explicaciones adecuadas sobre el cuerpo y su funcionamiento, la concepción y la anticoncepción, la anatomía de la reproducción y del placer, el papel de mujeres y hombres en las relaciones eróticas y en la anticoncepción y prevención... y sobre la MGF, entre otras cuestiones.

Es posible que la persona acuda a nosotras con un interés específico, pero nuestro papel no debe ser quedarnos sólo en sus intereses, sino **también ofrecerles información y educación sobre aquello que pensamos que necesitan saber**, esto es, sus necesidades. Tal vez no acudan a nosotras o nosotros con preguntas o inquietudes acerca del VIH, de los anticonceptivos, o de la orientación sexual, pero es bastante probable que se beneficien de los conocimientos que obtengan sobre estos temas, y de la posibilidad de hablarlos con alguien.

Partir de los intereses ofrece también ciertas **ventajas**: permite tratar temas que son bien acogidos, y generar un **clima de confianza** y un ambiente relajado de comunicación y diálogo, que nos permite abordar más tarde los temas más complejos o más “sensibles”. Partir de los intereses nos garantiza la **atención** de la persona que nos escucha, y en el caso de los talleres, cursos, o incluso entrevistas personales, facilita la **asistencia**. En nuestra experiencia, los talleres que hemos organizado que indicaban claramente en el título que se iba a abordar la MGF, han tenido escasa o nula asistencia. De forma que adoptamos la estrategia de partir de los intereses del grupo: ¿qué querían saber sobre sexualidad? ¿sobre el embarazo, el parto, la concepción, los métodos anticonceptivos, las relaciones de seducción y de pareja en España, la educación de los hijos e hijas, la salud de la mujer y del hombre? Organizar cursos o talleres con estos temas nos ha facilitado la asistencia, y ha permitido generar un clima de confianza, de diálogo reflexivo y fluido, que nos ha dado pie en un determinado momento a abordar también la MGF.

Partir de los intereses y atenderlos, nos permite por tanto sentar las bases para atender también las necesidades que no han sido formuladas, en un

clima y momento adecuados, y a un **ritmo** propicio para facilitar la reflexión y el cambio.

Es posible que, en ocasiones, no tengamos tanto tiempo como desearíamos para realizar nuestra intervención de este modo: atendiéndolos antes en sus intereses, tratando previamente otros temas antes de abordar la MGF... pero en la medida de lo posible, debemos procurarlo, prestando siempre atención a generar un buen clima y crear un ambiente de confianza.

Por otro lado, la información y los conocimientos que les ofrezcamos en otros ámbitos relacionados con la sexualidad y la salud, son también positivos en sí mismos.

■ **Intentar ser generosos o generosas con la información que damos.** En el transcurso de una consulta, una entrevista personal o con la familia, un curso o un taller, surgen preguntas que tienen que ver con la salud, a veces también con la salud sexual. En el caso de población subsahariana, y dada la concepción que tienen de la salud, y en ocasiones, sus experiencias con el sistema sanitario en el país de origen (frecuentemente no muy positivas), es posible que acudan al médico cuando no tengan más remedio, y ante una enfermedad o un problema que ya se ha presentado.

Frecuentemente, los profesionales y las profesionales se esmeran por responder a sus preguntas en esta situación, y por atenderlos, ofreciendo información sobre los temas que se les plantean. Nosotros proponemos ir un paso más allá y ampliar la información que damos, tratando temas sobre los que no nos han preguntado, y **contando de más, y no de menos**. Y también explicando cosas a los que no preguntan, ya que el que no pregunten, no significa que no necesiten saber.

Por tanto, nuestra propuesta es ampliar la información que damos sobre temas de sexualidad. Por ejemplo, si en el transcurso de una consulta ginecológica, una mujer subsahariana nos pregunta por el DIU, podemos ofrecerle información sobre el mismo, pero aprovechar la ocasión para hablarle de otros métodos, ofrecerle conocimientos añadidos sobre la prevención del VIH, la anatomía genital y reproductiva, la concepción y la regla... y en caso de que lo estimemos necesario, incluir información sobre la MGF en sucesivas consultas. Si no disponemos de mucho tiempo, podemos facilitar a la persona algún folleto culturalmente adaptado sobre estos temas. Sabemos que a veces lo que falla no es la intención, sino la falta de tiempo, pero, en la medida de lo posible, la idea es ser generosos con la información que damos, no quedarnos cortos, permitarnos contar de más si es necesario y las circunstancias nos lo permiten.

▪ **Conocer el contexto.** En educación sexual siempre es importante conocer el contexto del grupo o de la persona con la que se trabaja, su propia realidad: su entorno, su familia, sus aficiones, sus creencias, sus costumbres, los recursos de su zona...

En nuestro trabajo, hacer referencia al contexto funciona como elemento motivador, a la vez que facilita el proceso de aprendizaje, al aproximarles a su realidad.

En el caso de la población subsahariana, esto sigue siendo cierto, y además, posiblemente nuestro esfuerzo deba ser mayor, ya que en la sociedad occidental no existen muchos conocimientos sobre la forma en que esta población vive y piensa sobre sexualidad y sobre las relaciones de pareja. Muchos de los aspectos de su contexto pueden resultarnos desconocidos. Ellos pueden percibir esta ignorancia y eso nos dificultará crear aprendizajes significativos y trabajar actitudes.

Se trata de que perciban que lo que trabajamos en educación sexual, y en prevención de la MGF, forma parte de ese contexto, de que tiene que ver con ellos, con ellas.

Por tanto, **habrá que acercarnos algo a su contexto. A sus ideas, sus creencias, sus costumbres. En el tema de la sexualidad y la pareja, y también en el tema de la MGF.**

En el tema concreto de la MGF, es preciso tener en cuenta que para muchas **mujeres africanas**, dicha práctica está profundamente relacionada con su identidad y su sentimiento de pertenencia al grupo. Han crecido en la convicción que es un paso inevitable y necesario para ser considerada una mujer, acceder al matrimonio, mejorar la fertilidad, ser más bella, mantener la castidad y el buen nombre de la familia, reducir la sexualidad femenina que si no se volvería incontrolable, y en definitiva, ser acogidas y aceptadas en su grupo. Para muchas es motivo de orgullo. **Las familias que deciden practicarla a sus hijas piensan mayoritariamente en el bien de las niñas**, considerando que les aportará ventajas y oportunidades, y tratando de evitarles la marginación, el rechazo social, o incluso las dificultades económicas (ya que en muchas etnias, si la niña no está mutilada, no accederá al matrimonio, y los bienes y la herencia se transmiten de forma patrilínea, por lo que no mutilarlas puede suponer condenarlas a la pobreza).

Por otra parte, entender el contexto de estas familias también supone comprender que, aunque una familia concreta esté en contra de dicha práctica, posiblemente le sea complejo oponerse a ella, debido **al peso y las in-**

fluencias de la familia extensa y de su comunidad. Verse a sí mismos como familias que respetan sus costumbres, y las enseñanzas de sus ancianos, o como personas que en cierto modo “traicionan” los valores de su cultura y se alejan de las enseñanzas tradicionales que han recibido, con la posibilidad real del rechazo y la exclusión por parte de su grupo, y más aún, de su propia familia.

El dilema de estas familias se produce en un **contexto general de migración** en el que se enfrentan con frecuencia a otra cultura, la occidental, que se presenta de forma más o menos velada como superior con respecto a la



suya propia. El tema se complica aún más porque el contexto de migración a veces implica una inseguridad jurídica que no garantiza la permanencia en nuestro país (el razonamiento de la persona puede ser: “probablemente acabaré regresando a mi país, y mi hija terminará casándose con alguien de mi tierra, ¿cómo no voy a “cortarla”? nadie la querrá como esposa”). También están presentes las desigualdades económicas y sociales entre la población autóctona y la migrante, y un pasado no tan lejano en el que sus países fueron dominados por diversas naciones occidentales. Y muy probablemente la práctica de la MGF no sea la primera de sus costumbres que les haya sido cuestionada o criticada en nuestro país, con anterioridad pueden haber percibido como sometidas a tela de juicio muchas otras de sus ideas, creencias y hábitos. Todo lo anterior influye, produciendo que muchas personas se aferren con fuerza a sus tradiciones y las defiendan como parte de su identidad personal y de su dignidad colectiva, rechazando con firmeza cualquier intento externo de revisión de sus costumbres.

Estas son algunas breves claves del complejo contexto en el que se produce la MGF. En el capítulo anterior también hemos abordado algunas cuestiones básicas sobre esta práctica cuyo conocimiento nos facilita las intervenciones (en qué consiste, tipos, dónde se practica, países y etnias en los que se suele practicar, motivos...). A lo largo de la presente publicación intentaremos ir profundizando en claves adicionales que nos permitan comprender mejor la práctica de la MGF. Porque como hemos mencionado, conocer el contexto va a facilitar enormemente nuestras intervenciones.

■ **Herramientas y habilidades para seguir avanzando.** Es muy loable pretender que aprendan mucho de cada uno de nosotros o nosotras. Pero, por muy bien que lo hiciéramos, así, no conseguiríamos NUNCA que las personas aprendan todo lo que necesitan. Por lo tanto será más sensato que busquemos el modo en que mujeres y hombres también puedan “aprender por sí mismos”.

Por decirlo de otro modo, parte de nuestro trabajo en educación sexual tenemos que invertirlo en hacernos “prescindibles”. Debemos procurar que dispongan de herramientas o habilidades para seguir avanzando por sí mismos en los temas que trabajemos.

En el caso de la sexualidad, si con nuestras intervenciones logramos dejarles “con ganas” de seguir aprendiendo, nuestro trabajo será de gran utilidad, aunque no hayamos podido contarles todo lo que sabemos.

En el caso de la MGF, las intervenciones que realicemos con tiempo y sin situaciones de riesgo inminente a la vista, deberán procurar que las personas

sepan “por donde seguir”, facilitando folletos o lecturas para ampliar sus conocimientos sobre el tema, favoreciendo su contacto con otros profesionales que puedan orientarlos, potenciando la comunicación sobre sexualidad y sobre MGF en su grupo de iguales y en su familia, el contacto con mediadores o líderes de su comunidad que manejen buenas claves al respecto, acercarlos a recursos y profesionales a los que se puede acudir en su zona...

Por todo ello, tan importante como lo que podamos transmitirles nosotros, es que, tras nuestras intervenciones, sepan por “dónde seguir”.

Y evidentemente, toda intervención en educación sexual debe fomentar la **reflexión** razonada, es decir, fomentar que la persona sepa plantearse un problema y analizar las distintas posibilidades para solucionarlo. Por ello, suele ser más útil trabajar fomentando el diálogo, el pensamiento crítico y la reflexión, que simplemente ofreciendo información o datos concretos.

▪ **Trabajar con la comunidad.** Ya hemos mencionado antes que el trabajo en prevención de la MGF resulta más efectivo si, en lugar de trabajar con una familia individual, trabajamos con la comunidad, con el grupo de iguales, con personas con idéntico o similar origen, y con raíces culturales comunes.

En educación sexual resultan muy útiles las **intervenciones desarrolladas en grupo**. Por ejemplo, en el caso de población subsahariana, los talleres de educación sexual ofrecidos a grupos de mujeres o de hombres presentan algunas ventajas con respecto a las intervenciones de educación sexual o asesoramiento sexológico ofrecidas individualmente.

Las sesiones de asesoramiento sexológico o de educación e información sexual realizadas con una sola persona o familia también son valiosas, y son especialmente adecuadas en algunas ocasiones (por ejemplo, si consideramos que hay un riesgo alto de que se realice la práctica en dicha familia, o estimamos poco probable que la familia acuda a un taller de grupo, o deseamos tratar en profundidad alguna cuestión en concreto, o aprovechamos una sesión de asesoramiento sobre otra cuestión para trabajar también el tema de la sexualidad o la MGF...).

Pero, en caso de que sea posible, aconsejamos también el trabajo en grupo (talleres, cursos...). Una primera ventaja es que una sola intervención llega a más personas. Pero además, facilita que las personas se acostumbren, en el seno de ese grupo, a hablar sobre sexualidad entre ellos, a escucharse, a preguntarse, a comunicarse e intercambiar información al respecto. **Se aprende a hablar** en temas que han sido considerados tabú mucho tiempo, y esto tiene un gran valor por sí mismo.

En nuestra experiencia, en los talleres de sexualidad con población subsahariana es frecuente que las personas al principio se muestren tímidas (las mujeres en mayor medida que los hombres). Pero programando el taller para facilitar la participación (comenzando por las cuestiones menos “sensibles”, favoreciendo la participación pero sin obligar a la misma, intercalando algunas preguntas abiertas al grupo, respetando el silencio de las personas que no deseen hablar...), encontramos que a lo largo de la sesión las personas van poco a poco interviniendo más, hablan, se comunican, se intercambian información y opiniones, escuchan otros puntos de vista, argumentan de forma razonada de los propios... en definitiva, se fomenta **el diálogo sobre sexualidad y sobre la MGF**.

Si, además, con nuestra intervención hemos posibilitado que una persona se cuestione la práctica de la MGF, si escucha a otras personas de su comunidad que también se la cuestionan, o refutan en voz alta los argumentos que a veces se esgrimen para mantenerla, su decisión se fortalecerá. Trabajar con la comunidad nos permitirá, además, que las personas que hayan decidido no practicar la MGF a sus hijas sufran menos presión del entorno, y su decisión se traduzca en que dicha práctica, efectivamente, no se realice.

En educación sexual son muy utilizados, en los talleres y cursos, los trabajos en grupo pequeño, en los que se divide a los asistentes en grupos de cuatro o cinco personas, y se les asigna una tarea que requiere cierto diálogo entre ellos (por ejemplo, decidir si una afirmación determinada es verdadera o falsa). Esto puede promover la comunicación y enriquecer al grupo, favoreciendo la participación de los más tímidos, pero requiere un dominio de la lengua española que no siempre está presente. Por otro lado, ciertos temas sensibles como la MGF, tal vez requieran más de una sesión para ser abordados mediante una actividad como el trabajo en grupo pequeño, porque incluso dentro de un grupo de personas con el mismo país de origen se pueden producir en el taller posiciones muy enfrentadas con respecto a la MGF que pueden derivar en agrios conflictos si no se reconducen al diálogo y la escucha asertiva. Por ello, en un primer momento, tal vez sea más adecuado abordar la MGF con otro tipo de actividades, por ejemplo, la información y las preguntas abiertas a la totalidad del grupo.

En el caso de otros temas referentes a la sexualidad, como por ejemplo, los métodos anticonceptivos, la anatomía reproductiva... el trabajo en grupo pequeño puede ser de más utilidad. Lo interesante sería evitar al inicio el trabajo en grupo pequeño hasta que no estemos seguros de que los temas a tratar no van a generar serios conflictos que dificulten el diálogo.

▪ **La sexualidad de mujeres y de hombres.** La sexualidad tiene que ver con mujeres y con hombres, y habrá que trabajar con mujeres y con hombres. Esto no lo podemos olvidar **ni en nuestras programaciones, ni en nuestro lenguaje.**

Por tanto, habrá que trabajar para facilitar que **la mujer** mejore sus posibilidades en ciertas áreas en las que tradicionalmente (y en diversas culturas, incluida la nuestra), se le han ofrecido menos oportunidades de conocimiento, de desarrollo y de realización personal. Conocer su cuerpo y aprender a apreciarlo, hablar y negociar con la pareja, acceder a la información, reconocerse sujeto de derecho para decidir sobre su salud, su sexualidad, su placer... decir que no y pedir lo que se desea, asumir la igualdad de valor entre los sexos, son algunos de los objetivos hacia los que debemos caminar. En mujeres y en hombres, pero siendo conscientes de que en muchos casos la mujer lo ha tenido más difícil.

Y también habrá que trabajar con **los hombres**, como no puede ser de otro modo. Posiblemente los cambios producidos en la mujer no puedan llevarse a efecto si los hombres, por su parte, no interiorizan también algunos cambios. Además de que no estaríamos fomentando una sociedad armoniosa, en la que hombres y mujeres se desarrollan y avanzan juntos. Y sin mencionar que en muchos asuntos relativos a la sexualidad, y más aún en algunas culturas, los hombres tienen “la última palabra” o el poder de decisión. Por ejemplo, en el caso de la MGF, en muchas ocasiones los hombres afirman: **“es cosa de mujeres, ahí los hombres no intervenimos”**, debido a que se les practica a las mujeres y lo practican mujeres. Sin embargo, no es cierto que sean ajenos a dicha práctica. Si se les pregunta a estos hombres: **“entonces, si vosotros decidierais que vuestra hija no va a ser cortada, ¿se respetaría esa decisión?”**, la mayoría de los hombres contesta que sí se respetaría (**“si yo digo que no se corta a mi hija, entonces no se hace”**). Con lo cual, y esto lo podemos hablar con ellos, los hombres sí que deciden. No es simplemente “un asunto de mujeres”.

Y con hombres y mujeres habrá que trabajar para que se deje de considerar a uno de los sexos como de menos valor, y se deje de legitimar el que uno de los sexos disfrute de menos oportunidades.

La coeducación en educación sexual consiste en hablar de la sexualidad del hombre y de la sexualidad de la mujer y tener en cuenta la perspectiva de género. Que quede claro que tanto unos como otras tienen su identidad, su orientación, su erótica, sus deseos... Y ambos tienen idénticos derechos, el mismo valor, y por tanto, deberían disfrutar de las mismas oportunidades.

Como en otros temas, la información, el diálogo razonado y reflexivo, y un ambiente y ritmo adecuados, nos facilitará abordar cuestiones como que la planificación familiar tiene que ver con hombres y mujeres, que hombres y mujeres deben hablar y negociar y llegar a acuerdos mediante el diálogo y no mediante la imposición, que las mujeres tienen también posibilidad de disfrutar de su sexualidad, del derecho a la integridad corporal y al placer, que las preferencias y los deseos de ambos son igual de importantes, etc.



En ciertos colectivos más tradicionales posiblemente encontremos este trabajo bastante complejo. En estos casos es conveniente recordar que paso a paso se andan kilómetros, y mejor dar un paso en la dirección correcta que permanecer inmóviles.

■ **Desarrollar las intervenciones en un ambiente respetuoso y de confianza.**

Si trabajamos realizando educación sexual con un grupo, propiciar la participación es sobre todo propiciar que “todos y todas se sientan parte”, que la sexualidad o la erótica no es “más” de unos que de otros o de unas que de otras.

Deberemos tener en cuenta que en el grupo puede haber mujeres y hombres a los que tal vez no les importe hablar en público. Del mismo modo que puede haber personas que preferirían no tener que hablar en voz alta. Habrá quienes ya tengan buenos conocimientos y para quienes sea una primera aproximación. Y así podríamos seguir dibujando distintas posibilidades para subrayar una única idea: cada grupo está compuesto de muchas y diversas peculiaridades.

En un grupo con el que trabajemos el tema de la MGF, incluso aunque tengamos información sobre el país origen y la etnia, podemos encontrarnos con situaciones y posiciones muy diversas. Puede haber mujeres a las que se les ha practicado o no, mujeres que están a favor de la práctica o mujeres en contra, hombres de un país y una etnia que usualmente la practican que están en contra, personas que van a expresar su opinión y personas que van a callársela.

La propuesta es hablar de los temas que nos parezcan importantes teniendo en la cabeza la idea de que las personas que nos escuchan son personas diversas y peculiares.

Una vez que conozcamos algo más al grupo, tendremos ocasión de adaptar en otras sesiones, o en entrevistas individuales, los contenidos a trabajar para llegar mejor a esta diversidad. Si en un grupo hay mujeres que nos manifiestan que se les ha practicado determinados tipos de mutilación, probablemente debamos adaptar algunos contenidos (por ejemplo, las mujeres con infibulación –ellas suelen referirse este tipo de MGF como “estar cosidas”- difícilmente podrán usar métodos como el preservativo femenino, o incluso pueden tener dificultades para que se les coloque el DIU, etc.).

Por supuesto si se habla de participación, además, deberemos considerar que según qué tipo de metodología utilicemos en la sesión favoreceremos que todas las sexualidades se expresen o, por el contrario, que alguna quede relegada. **Respetar el silencio como opción** (escuchar es otra forma de participar y aprender), promover actividades que favorezcan el dialogo y la escucha, son algunas de las posibilidades.

■ **Los materiales didácticos.** En el caso de población subsahariana, conviene informarnos de forma previa a la realización de un curso o taller, sobre sus características (si hablan bien español, si leen bien en español, su nivel educativo, si han recibido formación anteriormente sobre el tema, si se conocen previamente y se llevan bien...), antes de elegir los materiales didácticos y la metodología a emplear.

Como es lógico, cada educador o educadora debe escoger en cada momento el recurso o el material que considere más oportuno. Tendrá que tener en cuenta al grupo, al tipo de intervención (no es igual una charla informativa



que una serie de sesiones continuadas), pero, sobre todo, tendrá que tener en cuenta qué objetivo intenta lograr con esa actividad o con ese material.

Recursos muy visuales como pequeños vídeos, láminas educativas, diapositivas, fotos, ilustraciones... y **objetos reales que puedan observar y manipular** (métodos anticonceptivos que puedan ver y tocar), incluso modelos anatómicos (por ejemplo, del cuerpo, los genitales, aparato reproductor...), suelen ser muy útiles con población que no tenga un gran dominio del idioma o que no lea bien en español, y que se beneficiará en menor medida de las diapositivas con mucho texto. En este caso es especialmente importante **adaptar culturalmente** el material que ofrecemos, por ejemplo, que las imágenes y fotos representen personas de raza y cultura similar a las personas asistentes al taller (cuerpos de mujeres y hombres de raza negra...).

Para las entrevistas individuales, en las que es posible que surjan situaciones de asesoramiento sobre cuestiones relativas a la sexualidad y la MGF, es útil también contar con material elaborado y preparado previamente para facilitar la educación sexual con elementos visuales y objetos manipulables.

■ **Trabajar en coordinación con otros profesionales.** Esto, que es tan importante en educación sexual, se torna casi imprescindible en el caso de las mutilaciones genitales femeninas.

Nuestro objetivo es “colaborar” con el resto de profesionales, y en la medida de lo posible, trabajaremos con la idea de facilitar que los y las demás puedan hacer mejor su tarea, y con la idea de lograr entre todos el objetivo común: evitar nuevos casos de MGF, y atender a las mujeres que ya la han sufrido.

No debemos trabajar como si la educación sexual, o la prevención de la MGF, dependieran exclusivamente de nosotros o nosotras, como si en nuestra intervención empezara y acabara todo. En la prevención de la MGF nadie sobra, todos aportan y todos son necesarios. Los y las profesionales que trabajan en educación sexual, se habrán de coordinar, por tanto, con otros profesionales del ámbito sanitario (pediatras, médicos de familia...), social (trabajadores sociales, técnicos de ONGs...), y educativo (profesores de centros educativos, de ocio y tiempo libre...), en sus labores de educación sexual, pero especialmente en la prevención y atención ante la MGF.

Más adelante se abordarán las intervenciones que se puede realizar desde todos estos ámbitos y cómo facilitar dicha coordinación. Aquí nos limitaremos a subrayar la idea de que una intervención de educación sexual que englobe la prevención de la MGF, debe coordinarse con otras intervenciones que trabajen en la misma línea, y los profesionales que las desarrollan.

▪ **Actitudes del educador.** Aparte de lo ya mencionado hasta ahora, es fundamental que en nuestra labor de educación sexual y prevención de la MGF despleguemos actitudes de empatía, asertividad, respeto y comprensividad, sin las cuales, nuestra labor resultará estéril o contraproducente.

Un punto fundamental ya mencionado y que no debemos olvidar nunca es que la mayoría de las familias que practican la MGF a sus hijas lo hace pensando que es positivo para ellas. Lograr empatía con la familia y adoptar una actitud asertiva, al tiempo que mantenemos con firmeza nuestros argumentos con respecto a las consecuencias negativas de tal práctica, suele conducir a buenos resultados.

Evidentemente, en el caso de las mujeres que ya han sido mutiladas, los profesionales y las profesionales habrán de evitar muestras de horror, espanto o compasión al tratar el tema. Esto provocará que las mujeres se sientan avergonzadas y humilladas y rechacen el contacto con dicho profesional, e incluso con otros. Se puede tratar el tema con naturalidad, usando en un primer momento sus propios términos (“estar cortada” o “estar cosida” en lugar de “estar mutilada”), aunque se insista en que es una práctica negativa para la salud de la mujer y la niña, y se expliquen detalladamente los motivos.

▪ **Las mujeres y sus genitales.** Dentro de la educación sexual es bastante frecuente que se incluyan contenidos dirigidos a facilitar que mujeres y hombres conozcan, aprecien y cuiden su cuerpo. Y dentro de su cuerpo, los genitales. Por tanto, en las intervenciones de educación sexual comúnmente se proporciona información sobre cómo son los genitales de mujeres y hombres, las partes que los componen y la función de las mismas. Información sobre la anatomía reproductiva, pero también sobre la anatomía erógena. Estos contenidos se trabajan con la población objeto de la intervención, independientemente de su procedencia geográfica, incluida por supuesto la población española. Lo que a veces sí varía es la metodología empleada, el lenguaje, o la forma de abordar estos contenidos.

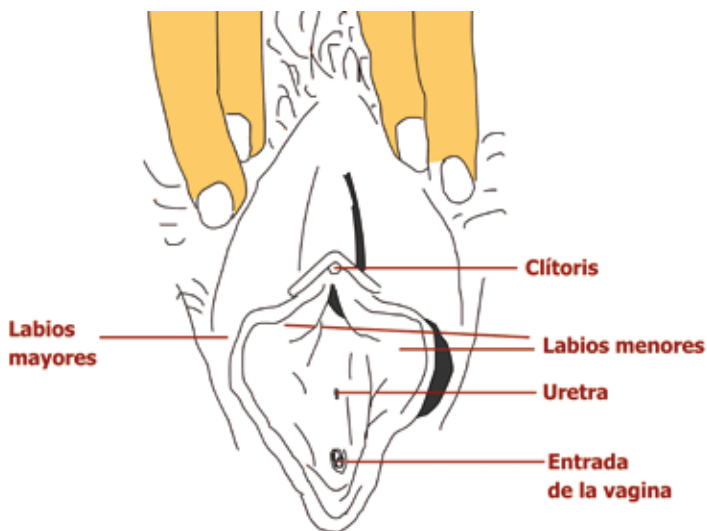
Cuando se habla de MGF nos encontramos con uno de los ejemplos más sangrantes de persecución y rechazo de los genitales femeninos, a través de cuya mutilación se pretende ejercer un férreo control o dominio sobre la sexualidad femenina (al reducir el placer, promover la fidelidad o la castidad...).

También en la sociedad occidental los genitales femeninos han sido objeto de persecución, en ocasiones incluso física. Por ejemplo, en el siglo XVIII y XIX también se practicaba la clitoridectomía a algunas mujeres de Europa o EE.UU, con el argumento de que aliviaba enfermedades como la histeria o la epilepsia. Por otro lado, las operaciones de “estética genital” que ac-

tualmente se practican en muchos países occidentales, en las que se corta parte de los labios menores, se retocan quirúrgicamente los labios mayores, se estrecha el orificio vaginal, etc., cumplen los criterios de lo que la OMS define como una MGF, y se apoyan en supuestas razones estéticas que no quedan muy lejos de las que a veces se esgrimen en el África Subsahariana.

Pero lo más frecuente en la cultura occidental ha sido una cierta persecución epistemológica, fruto de la cual nos encontramos con una suerte de “clitoridectomía mental”. Se respeta la integridad física del cuerpo femenino, pero se mantiene un desconocimiento considerable con respecto a la vulva, al punto que mujeres y hombres adultos desconocen los rudimentos de su anatomía, la función destacada del clítoris en el orgasmo femenino, o el aspecto “normal” de unos labios menores (por ejemplo, algunas mujeres españolas piensan que sus labios menores son deformes porque ignoran el aspecto que comúnmente presenta esta zona en el resto de las mujeres).

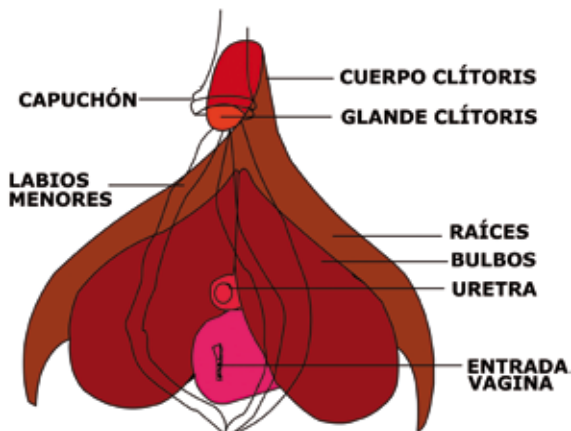
VISTA DE LA VULVA, CON LAS DISTINTAS ZONAS QUE LA COMPONEN



Por otro lado, la educación de las niñas no facilita el conocimiento, la aceptación y el aprecio por esta zona de su cuerpo, de tal forma que muchas mujeres adultas manifiestan un claro rechazo por el aspecto, coloración u olor de unos genitales femeninos absolutamente normales (de sus propios genitales).

Pero no solamente son desconocidas las zonas que podemos apreciar a simple vista, como el glándulo de clítoris. Las estructuras que conforman el complejo clitoral en su conjunto son también bastante desconocidas.

REPRESENTACIÓN DEL COMPLEJO CLITORAL



Muchas parejas españolas acuden hoy día a la consulta sexológica, preocupados por la ausencia de orgasmo o placer en la mujer, simplemente porque ignoran que el orgasmo femenino usualmente requiere la estimulación directa o indirecta del glándulo del clítoris. En terapia sexual, parte del trabajo que frecuentemente se realiza con mujeres que tienen dificultades para excitarse o llegar al orgasmo, incluye el conocimiento y aceptación de sus propios genitales.

Con población subsahariana, adaptando la metodología, el lenguaje, o los contenidos a cada grupo, también podemos trabajar con los mismos objetivos: que la mujer conozca, y acepte su cuerpo, y dentro del mismo, sus genitales. Que aprenda a cuidarlo y a apreciarlo en la medida de lo posible. Que enseñe a sus hijas e hijos que los cuerpos de mujeres y hombres son hermosos, cada uno con sus características particulares y únicas.

Algunas de las mujeres subsaharianas que nos hemos encontrado en los talleres no habían visto nunca unos genitales normales, sin mutilar. Otras manifestaban ideas erróneas con respecto a la anatomía de los mismos (por ejemplo, pensaban que en las mujeres “que no habían sido cortadas” tenían un clítoris que había crecido hasta adoptar un tamaño similar al de un pene, ignoraban si la anatomía o la coloración de los genitales era similar en mujeres occidentales o africanas, etc.). Muchas no habían tenido la oportunidad de aprender a apreciar esta parte de su anatomía.

Por supuesto, también trabajaremos para que los hombres conozcan y aprecien el cuerpo de las mujeres, y su anatomía genital, eliminando ideas erró-

neas y promoviendo actitudes de rechazo frente a cualquier forma de MGF (para lo cual es fundamental que comprendan las consecuencias negativas que implica para la salud de la niña y la mujer dicha práctica).

En los talleres con población subsahariana, hemos encontrado que las mujeres frecuentemente no acuden al ginecólogo para revisiones preventivas, y que incluso durante el embarazo acuden muy tardíamente al médico. En muchos casos estas mujeres consideran que los recursos sanitarios son una opción a la que recurrir únicamente en caso de enfermedad grave. No es infrecuente que hayan tenido una escasa y/o negativa experiencia con el sistema sanitario de su país de origen, lo que motiva tal actitud.

Por todo ello no es infrecuente que algunas no hayan acudido jamás al ginecólogo, con lo que en ocasiones, las mujeres que han sufrido la MGF no son atendidas en las consecuencias de la misma, y también se pierden oportunidades para trabajar la prevención con sus hijas.

Parte de nuestro trabajo consistirá, por tanto, en ofrecer orientación para un uso adecuado del sistema sanitario y los servicios de atención en salud sexual y reproductiva disponibles en su zona, información sobre los mismos, y motivación y apoyo para su utilización (en algunos servicios sanitarios ya se dispone, por ejemplo, de mediadores interculturales, en algunas asociaciones realizan labores de acompañamiento a diferentes servicios sanitarios...).

▪ **El papel de los mediadores interculturales en la educación sexual.** La figura del mediador intercultural es relativamente nueva, pero se va implantando progresivamente en diversos ámbitos que desarrollan su labor en contacto con población migrante. En la mayoría de los casos se trata de personas formadas en inmigración, en mediación y en interculturalidad, y frecuentemente pertenecen a la población de origen con la que desarrollan su trabajo de mediación.

Los mediadores interculturales median entre la población inmigrante y otros agentes sociales, administraciones o servicios (servicios sociales, recursos públicos y privados, instituciones...). Por ejemplo, un servicio sanitario puede contar con un grupo de mediadores interculturales de origen diverso que les apoyan en su labor de prevención en programas de salud, y que hacen de puente con la población-diana a las que se dirige su intervención.

A veces, también median entre la población autóctona y la población inmigrante.

Los mediadores interculturales no solo son traductores, también manejan claves culturales que la población autóctona desconoce, facilitan la comunicación y la transmisión de información, y gozan de influencia o ascendiente entre la población que comparte su mismo origen.

En el trabajo en sexualidad y en prevención de la MGF, los y las mediadoras interculturales van a ser un gran apoyo y nos van a permitir desarrollar nuestra labor con muchas más posibilidades de éxito.

La situación ideal sería contar con **un grupo de mediadores interculturales formados previamente en temas de sexualidad y de prevención de la MGF**, que conozcan nuestra forma de trabajar, pertenecientes a distinto sexo, y que puedan acompañarnos a nuestras intervenciones en educación sexual con población migrante. Obviamente, nos acompañará en cada caso el mediador cuyas características se aproximen más a los beneficiarios de cada intervención concreta (ejemplo, si vamos a trabajar con chicos jóvenes del África subsahariana, musulmanes, un mediador hombre del África subsahariana también musulmán será un buen apoyo para nuestra labor).

No siempre podemos contar con un equipo de mediadores formados que nos acompañe en nuestras intervenciones, pero si trabajamos con asociaciones de inmigrantes o similar, a veces estas entidades pueden facilitarnos el apoyo de un mediador intercultural.

En ocasiones también hay asociaciones de inmigrantes o entidades públicas o privadas que cuentan con un equipo de mediadores interculturales que ponen a disposición de los profesionales que lo precisen, para apoyar las labores educativas y las intervenciones con población inmigrante. Por tanto, **será importante ver qué posibilidades tenemos en nuestra zona a este respecto**, de cara a contar con el recurso de un mediador intercultural.

No siempre es imprescindible la figura del mediador, pero consideramos que es especialmente importante cuando trabajamos con población inmigrante que **desconoce el idioma** del país de acogida, o que **lleva poco tiempo en el país**.

En el caso de la prevención de la MGF, el apoyo de un mediador intercultural de origen subsahariano y formado en el tema, será de mucha utilidad, porque además será un modelo muy valioso.

▪ **Prevenir y atender.** Además de prevenir nuevos casos de MGF en las niñas, en nuestro trabajo con población subsahariana posiblemente también tengamos ocasión de ofrecer orientación y atención a mujeres adultas que ya la han sufrido.



Atender a las mujeres que han sufrido alguna forma de MGF, para apoyarlas y orientarlas en el caso de que deseen trabajar para mejorar su placer y su satisfacción erótica, es uno de los grandes retos que se nos presenta en el futuro a las sexólogas y los sexólogos, y en general a las profesionales y los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud sexual. No todas las mujeres a las que se les ha practicado la MGF han perdido la capacidad para disfrutar, y ni siquiera todas han perdido la posibilidad de alcanzar el orgasmo, pero sí es cierto que el placer se complica, y el orgasmo mucho más, especialmente en ciertas circunstancias (según las zonas extirpadas, cómo se ha realizado la

mutilación, las complicaciones posteriores, la existencia de cicatrices dolorosas, infecciones, etc...). Algunas no sólo han perdido el placer sino que padecen dolores y complicaciones diversas, que varían en función del tipo de MGF, siendo el tipo tres el que dificulta en mayor medida el placer, y desde luego, produce un mayor número de complicaciones.

La reconstrucción quirúrgica, total o parcial, de los genitales, es una posibilidad a la que están optando ya algunas mujeres, para reducir los problemas causados por la mutilación, y en ocasiones también para recuperar en lo posible la sensibilidad de la zona y facilitar la excitación y el orgasmo.

Pero incluso una reconstrucción con un resultado óptimo no soluciona todos los problemas de muchas mujeres. Para ser vivida con satisfacción y goce, la sexualidad no sólo requiere de unos genitales que no duelan y que sean sensibles, se precisan también una serie de **condiciones**. Para que un encuentro erótico de cualquier tipo (coital, genital o corporal), sea disfrutado, es preciso que exista **deseo**, que la persona se implique en dicho encuentro porque quiere y le apetece, y no para complacer o satisfacer a la pareja, por presiones, o porque debe tener descendencia. También debe existir cierto **conocimiento del propio cuerpo**, de las zonas sensibles, la forma de estimularlas, las caricias que agradan y las que no, y en el caso del orgasmo, la forma y ritmo de estimulación de los genitales. El que no haya **preocupaciones**

urgentes y graves (por ejemplo, sobre la situación jurídica, económica, de salud, o el futuro propio y de los hijos e hijas), también es una condición usualmente necesaria para que la persona pueda desear o concentrarse en algo erótico.

Por supuesto, lo anterior no sirve de nada si la persona no es capaz de **comunicarse y negociar** de forma adecuada con la **pareja** (pedir, decir que no...), o si la pareja no **presta atención al deseo de su compañera**, y no atiende a sus peticiones, sus gustos o sus deseos. Por otro lado, si no existe buena relación en la pareja, discuten, no se llevan bien, o ella está insatisfecha con el trato que recibe de él, es bastante complicado que disfrute en los encuentros eróticos que mantengan, si es que le apetece mantener dichos encuentros.

Si se presentan ciertas circunstancias (como el hecho de mantener varias “esposas”, el que las tareas domésticas y el cuidado de los hijos recaigan de forma casi exclusiva en la mujer, o relaciones eróticas muy centradas en el coito y con escasas caricias), el disfrute o la satisfacción de la mujer en su vida sexual y de pareja se puede complicar bastante. Si a ello se le suma la MGF, se complicará aún más. En estas circunstancias no es extraño que el placer en los encuentros eróticos no sea ni siquiera una prioridad para la mujer, siendo otros temas relativos a su relación de pareja más importantes en ese momento. Como educadores, en estos casos posiblemente tengamos que fijarnos otros objetivos previos relacionados con la igualdad de género, en la medida en que sea posible, antes de pensar incluso en abordar el tema del placer, aún en el caso de las mujeres que no han sido mutiladas.

Atender a las mujeres subsaharianas que hayan sufrido la práctica de la MGF para mejorar sus posibilidades de satisfacción y goce es una demanda reciente a la que nos enfrentamos las sexólogas y los sexólogos y otros profesionales de la salud sexual. Para atender a esta demanda habremos de ir elaborando conocimientos y herramientas específicos, partiendo de la comprensión de su realidad, y de las posibles aplicaciones de otras herramientas que ya se están utilizando en la terapia sexual con mujeres no mutiladas. Pero en cualquier caso, y desde el ámbito educativo, trabajar para fomentar unas relaciones de pareja y amorosas de respeto, buen trato, igualitarias, y con buenos conocimientos y actitudes hacia la sexualidad, favorecerá sin duda el placer en los encuentros eróticos.

2.3. IDEAS Y SUGERENCIAS PARA EL DESARROLLO DE CURSOS O TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL QUE INTEGREN LA PREVENCIÓN DE LA MGF

La prevención de las mutilaciones genitales femeninas puede (y debe) llevarse a cabo en distintos momentos, y por parte de profesionales muy diversos. Se puede llevar a cabo a lo largo de entrevistas y consultas profesionales con una persona o familia (en pediatría, en servicios sociales, por parte del personal de las ONG, en la consulta del ginecólogo o de la matrona...), o con un grupo de personas (en cursos, charlas y talleres...).

Se puede intervenir ante la posibilidad inminente de que una niña sufra la MGF y también se puede intervenir con población perteneciente a países de riesgo antes de que se presenten dichas situaciones, a lo largo del trato continuo que se mantiene con la persona, la familia, o el entorno, en los distintos servicios a los que acuden (educativos, sanitarios, sociales...).

Todas las intervenciones son útiles y contribuyen a dotar a las personas y las familias de conocimientos y herramientas para oponerse a esta práctica.

En el capítulo siguiente se abordaran las distintas posibilidades de intervención en los distintos momentos en que nos encontremos (intervenciones preventivas generales, intervenciones ante situaciones de riesgo inminente, de forma posterior a un viaje de riesgo, y ante la sospecha de una MGF practicada).

La propuesta que formulamos a continuación se enmarcaría dentro de una actividad preventiva general que las profesionales y los profesionales pueden realizar trabajando con grupos, en una situación en la que la MGF no sea un



riesgo inminente, y dentro del marco de la educación sexual (y por tanto, abarcando más temas además de la prevención de la MGF). Ésta intervención no debería sustituir a otras, sino que debería complementarlas y apoyarlas.

A lo largo del presente apartado ya hemos apuntado algunas recomendaciones generales que consideramos de interés. Mostramos a continuación **algunas ideas adicionales para el desarrollo de talleres o cursos de educación sexual con población subsahariana, que integren la prevención de la MGF:**

- Si trabajamos en un centro que atiende a población inmigrante, un curso o un taller supone una buena ocasión para comenzar a abordar la atención en sexualidad, y también la prevención de la MGF con este colectivo. Un taller “abierto” permitirá acercarse a aquellas personas que lo deseen, pero de paso, permitirá hacer visible la sexualidad, y el hecho de que en este centro (centro educativo, centro sanitario, ONG...) se atiende también en estas cuestiones.

Si se colocan carteles anunciando el taller, se difunde en el resto de servicios que se va a realizar dicha actividad, se promociona a través de mediadores o líderes locales... se estará abriendo la puerta al diálogo sobre sexualidad, aunque muchas de las personas que sepan de la existencia del taller o curso no acudan al mismo.

Por otro lado, en nuestra experiencia, las personas que no se animan acudir a un primer taller pueden incorporarse más adelante a otros que se programen en el futuro, animados por los comentarios positivos de sus conocidos que sí hayan acudido en esta primera ocasión.

- También es útil **ofrecer algunas sesiones de educación sexual en el marco de talleres o cursos más amplios** que se estén desarrollando con otras temáticas. Por ejemplo, en talleres de lactancia materna o cuidados del bebé, en los que se trabajan temas muy diversos, y en los que es posible dedicar unas sesiones a la anticoncepción, la sexualidad, y la prevención de la MGF.

- Otra posibilidad es **integrar las sesiones de educación sexual en las clases de español, en cursos de habilidades sociales, en talleres de autoestima, cursos de prevención, etc.**, la ventaja que ofrecen esta modalidad es que el grupo ya está formado, y está acostumbrado a acudir de forma periódica y con un horario fijo al centro, con lo que se facilita la asistencia.

Ya hemos mencionado anteriormente que suele dar buenos resultados partir de los intereses de las usuarias y los usuarios, averiguando sobre qué cuestiones relativas a la pareja, las hijas e hijos, la sexualidad, la salud... les gustaría recibir información, y partir de estos intereses para integrar en las sesiones contenidos de educación sexual y prevención de la MGF.

PUNTOS A TENER EN CUENTA EN LOS TALLERES Y CURSOS:

- **El idioma.** Es recomendable formar los grupos con personas que manejen el **español**, como mínimo, **a un nivel básico**. En caso contrario, habría que contar con un mediador intercultural, y asumir que el taller va a transcurrir con un ritmo más lento (y por tanto, podremos trabajar menos temas).
- **El ritmo.** Si tenemos una o varias personas que no hablan español, habrá que ir dejando **pausas** para el mediador intercultural traduzca los contenidos que se van trabajando, y también traduzca las intervenciones de las personas asistentes al taller.
- **Sexo de las personas asistentes.** En nuestros talleres las mujeres pertenecientes a culturas más tradicionales y religiosas frecuentemente solicitaban que el grupo fuera exclusivamente femenino (educadora incluida). Si se pretende fomentar la asistencia de mujeres con estas características, **consideramos útil indagar previamente si están dispuestas a acudir a talleres mixtos** (formados por mujeres y por hombres). En el caso de que se muestren reticentes a acudir a un taller mixto, asegurarles que el grupo va a ser exclusivamente femenino mejora la asistencia.
- **Metodología del taller.** En nuestra opinión, una metodología apropiada se aproxima a un **“diálogo sobre sexualidad”**, abierto a la participación de las asistentes o los asistentes, y con la educadora o el educador dirigiendo y orientando la sesión. Esta estructura de diálogo permite, además, conocer a los asistentes y las asistentes, saber cómo piensan, crear reflexiones conjuntas, y fomentar el espíritu crítico. En definitiva, crea lazos, y permite que la educadora o el educador también mejore sus conocimientos sobre las ideas y creencias de las personas asistentes. Además, suele producir menos rechazo, y se suele reducir el choque cultural.

El lenguaje usado no debería ser muy técnico, sino sencillo y fácilmente comprensible para las personas asistentes. De la misma forma, conviene usar abundante material de apoyo para nuestras explicaciones (láminas, dibujos, etc.).

- **Clima de confianza.** Respetar el silencio de las personas asistentes y propiciar un clima cordial facilita también el diálogo. Acoger las diversas opiniones, interesarnos por sus ideas y costumbres, destacar los aspectos positivos de su cultura o su país, puede facilitar también el diálogo y la cercanía con las personas asistentes.

- **Orden de los temas a abordar.** En poblaciones muy **religiosas o más tradicionales**, se puede comenzar el taller por temas relacionados con la **concepción y la anticoncepción**, la anatomía reproductiva, la maternidad/ paternidad, las etapas del embarazo, y la prevención. Cuando exista un clima de cierta **cordialidad y familiaridad**, podemos pasar a tratar los temas más sensibles, como la MGF.
- **Duración.** En nuestra experiencia, las sesiones con una duración aproximada de dos horas han resultado las más provechosas. Hemos encontrado que si se prolongan más, pueden cansar. Con cada grupo se puede trabajar en una sola sesión, o (lo que es preferible), varias sesiones, semanales o quincenales.
- **Tiempo para sus preguntas.** Es conveniente dejar un tiempo tras cada sesión para que las personas asistentes puedan preguntar en privado a la educadora o el educador cuestiones referentes a la sexualidad, o la MGF.
- **Tamaño del grupo.** Si se pretende realizar un taller participativo, los grupos más pequeños (de entre 7 y 20 personas), son los más adecuados.
- **Guardería.** Contar con el recurso de una guardería que acoja a los niños y las niñas de las personas que acuden al taller suele facilitar la asistencia, principalmente de las mujeres. Otra opción es permitir que las personas asistan con sus hijas e hijos pequeños, siempre y cuando no interfieran en el desarrollo de las sesiones, o disponer de una persona de apoyo en las sesiones que atienda a las niñas o niños.



▪ **Mediadores interculturales de apoyo.** Siempre que sea posible, y como ya hemos mencionado, es una excelente idea contar con un mediador o una mediadora intercultural, preferiblemente, del mismo país de origen que las personas asistentes (a veces también es conveniente que sea del mismo sexo). Es muy importante coordinarse previamente con la mediadora o el mediador intercultural, para establecer las líneas básicas de la sesión.

A modo de orientación, presentamos a continuación algunas posibilidades para el desarrollo de un taller sobre sexualidad con población subsahariana, que integre la prevención y atención a la MGF:

Preparación de la sala: no es necesario colocar las sillas en círculo, pero siempre que sea posible, es interesante que la educadora o el educador se sitúe cerca de las personas asistentes, y pueda moverse entre ellos, para dirigirse a todo el mundo en su exposición. Ya hemos mencionado que es interesante tener preparado abundante material visual, en forma de diapositivas de PowerPoint, por ejemplo.

Bienvenida y presentaciones: en caso de que el grupo no conozca a la educadora o al educador, se inicia la sesión con su presentación, y la presentación de la mediadora o mediador intercultural.

A continuación se solicita a las personas asistentes que se presenten. A veces, también se solicita en la presentación que incluyan alguna información sobre ellos mismos, como su nacionalidad, o el número de hijos e hijas que tienen. Le damos la bienvenida al taller a cada persona.

Presentación de los contenidos del curso o taller: presentamos el taller, en el que vamos a hablar de **sexualidad**, indicando que si alguna persona desea hablar en algún momento, o preguntar algo, estaremos encantados de atenderla, que no tengan ningún problema en intervenir. Las preguntas y comentarios son bienvenidos; pero si alguna persona no quiere hablar y sólo quiere escuchar, nos parecerá igualmente correcto, ya que escuchar es otra forma de participar.

En nuestro caso, solemos comenzar el taller por temas relacionados con la **concepción y la anticoncepción**, y cuando existe un clima de cierta **cordialidad y familiaridad**, pasamos a tratar los temas más sensibles.

Por tanto, solemos iniciar el taller por los temas relativos a anatomía reproductiva femenina y masculina, el nombre y funcionamiento de las distintas zonas, información básica sobre la mecánica de la concepción, la menstua-

ción femenina, los días más fértiles del ciclo menstrual, el desarrollo fetal y las etapas del embarazo, el parto vaginal y por cesárea, etc. Estos temas son muy bien acogidos en población subsahariana, ya que usualmente la maternidad y la paternidad son un valor destacado. Es muy útil el uso de abundantes láminas o diapositivas con ilustraciones y representaciones de estas cuestiones (aparato reproductor femenino y masculino, mecánica del coito, unión del óvulo y el espermatozoide, desarrollo posterior...). No debemos olvidar adaptar culturalmente las imágenes que usemos, y mostrar, por ejemplo, personas de raza negra, bebés africanos, etc.

En los talleres nos hemos encontrado que hay personas que tienen amplia información sobre estas cuestiones y otras personas que no han recibido ni la información más básica al respecto. En nuestro caso, preferimos dar información de más, que “de menos”.

Al tiempo que ofrecemos información sobre estos temas, podemos ir introduciendo preguntas abiertas al grupo que fomenten la participación, por ejemplo: “¿cuáles pensáis que son los días más fértiles de ciclo menstrual?” o “usualmente, ¿cuántos óvulos produce la mujer al mes?”, etc. Estas preguntas suelen ser bien recibidas y establecen una metodología de diálogo y debate ordenado, que posteriormente fomentaremos también en los temas más sensibles.

Estos contenidos y esta metodología nos ofrecen la posibilidad de captar la atención, crear un clima de confianza para hablar de sexualidad, y facilitar conocimientos que después utilizaremos para argumentar sobre la MGF (por ejemplo, las explicaciones que ofrezcamos sobre el parto, las podemos retomar cuando comentemos que las mujeres mutiladas tienen más dificultades en el mismo, y los motivos). Para hablar de sexualidad, hemos encontrado que comenzar por los temas más “neutros” facilita enormemente abordar los temas más sensibles, que son mucho mejor recibidos. Cuando llegan los temas más sensibles el hablar de sexualidad se ha convertido en algo menos “tabú”, y el educador o la educadora ha adquirido cierto ascendiente.

A continuación pueden tratarse los temas relativos a la anticoncepción, esto es, repasar los distintos métodos anticonceptivos, su uso, y cómo funcionan. Nos apoyaremos para ello en las explicaciones que ya hemos ofrecido previamente sobre los mecanismos de la concepción.

Aquí podemos ir introduciendo ya temas relativos a la anatomía de la vulva (por ejemplo, al explicar el preservativo femenino resulta imprescindible mencionar dicha anatomía). También con respecto a la idea de sexualidad

(explicar que todo el cuerpo, y no sólo los genitales, tienen que ver con la sexualidad, que las caricias, los besos y los abrazos son también formas muy importantes de expresión erótica, y pueden dar placer). Recordar que la sexualidad es algo que está presente durante toda la vida de la persona, y que tiene que ver con los sentimientos, las emociones, el amor, el respeto y el buen trato.

A lo largo del diálogo podemos ir introduciendo comentarios sobre los usos y costumbres con respecto a la sexualidad y la prevención que nos hayan facilitado otras personas asistentes a cursos y talleres de los mismos países de origen, por ejemplo: ***“en otro curso una mujer de Nigeria me comentó que una amiga suya utilizaba los lavados vaginales con agua tónica para evitar embarazos, pero que no le habían dado buen resultado, ¿qué opináis?”*** o ***“Me han comentado que en Senegal se utilizan a veces inyecciones anticonceptivas, ¿conocéis cómo funcionan?”***. Generalmente esto propicia que nos acerquen a sus ideas, creencias y costumbres con respecto a ciertos aspectos de la sexualidad.

También es útil destacar a lo largo de nuestra intervención algunos aspectos positivos de su cultura o su país de origen, por ejemplo, destacar el trabajo bastante efectivo que se ha realizado en Senegal en la prevención del VIH; o las ventajas que supone para un niño o niña contar con una familia extensa como las que están presentes en muchos países africanos; o los beneficios de la lactancia materna, muy extendida entre las mujeres africanas...

Podemos continuar el taller con temas relativos a la prevención de ITS, y especialmente, del VIH, con respecto al cual existen todavía muchos mitos. Al explicar las relaciones eróticas que pueden transmitir el VIH y las relaciones eróticas que no tienen riesgo, podemos aprovechar para incidir en la idea de que hay muchas formas de expresar la sexualidad, y dos personas que se gustan (o una pareja), pueden disfrutar juntos de muchas maneras. Algunas relaciones eróticas o sexuales, como la masturbación mutua con las manos, no tienen riesgo ni de embarazo ni de VIH, y sí pueden permitir a una pareja disfrutar. Las caricias tampoco tienen riesgo, etc.

Otros temas que podemos tratar a continuación son los relativos a las relaciones de pareja (fomentar el respeto, el buen trato, el cuidado mutuo, las relaciones igualitarias...); la sexualidad femenina y masculina (explicar que para muchas mujeres, y también para muchos hombres, acariciarse, hablarse con cariño, besarse, constituye una parte muy importante de su sexualidad...); la homosexualidad (eliminar mitos, explicar la legislación española al respecto que permite, por ejemplo, el matrimonio entre personas del

mismo sexo); las costumbres en España en cuanto a la seducción, el cortejo o la formación de pareja (un tema usualmente demandado por los hombres subsaharianos, que se preguntan cómo acercarse con intenciones amorosas a una mujer española, porque observan que muchas claves culturales para la seducción son distintas); la masturbación femenina y masculina (informar sobre esta práctica y eliminar mitos al respecto); la anatomía de los genitales femeninos y el clítoris; y la MGF.

Es bastante frecuente que a estas alturas del taller alguna de las personas asistentes incluso haya sacado el tema, por ejemplo, cuando explicamos la anatomía de la vulva (genitales externos). Si el grupo no ha sacado el tema, podemos introducirlo nosotros, repasando la anatomía femenina y explicando que en algunas culturas “cortan” parte de los genitales femeninos, señalando en el dibujo las zonas que a veces se cortan. Podemos preguntar a continuación si conocen países donde se lleve a cabo esta práctica, y los motivos por los que se hace.

A partir de este momento estamos en buenas condiciones de, manteniendo el clima de respeto y diálogo, ofrecer información sobre la práctica, los tipos, y las consecuencias negativas para la salud de la mujer, apoyándonos en la información que hemos dado previamente.

Existen una serie de mitos y de ideas que sustentan la práctica, y contra los que podemos ofrecer argumentos que ya hemos mencionado y que se retomarán de forma detallada en el capítulo posterior (ejemplo, que la MGF mejora la fertilidad de la mujer, que es más limpio, o que es una obligación religiosa).

Es conveniente dejar un tiempo prudencial para este tema, ya que es frecuente que despierte un diálogo intenso entre los participantes, a veces con posiciones encontradas, por lo que conviene reservarle un espacio destacado en el taller.

Como es lógico, y en función del tiempo disponible, no siempre podremos tratar todos los temas mencionados anteriormente, por lo que en cada caso programaremos unos contenidos concretos adaptados al grupo, al tiempo disponible, y a nuestros objetivos prioritarios.

En el caso más favorable, esto es, que contemos con varias sesiones para desarrollar el taller, algunos temas más sensibles, como las actitudes hacia la homosexualidad, y la prevención de la MGF, los podemos abordar en sesiones avanzadas (segunda, tercera, cuarta...), retomando contenidos e ideas

que ya hemos trabajado previamente y que apoyarán la nueva información que vayamos ofreciendo. Si vamos a trabajar las actitudes hacia la homosexualidad, conviene también dejar un tiempo prudencial para el diálogo y la eliminación de mitos al respecto, ya que se suele generar bastante debate al respecto. Si disponemos de varias sesiones, lo ideal es trabajar en días diferentes los temas más sensibles, intercalándolos con temas más neutros (anatomía, métodos anticonceptivos, embarazo...).

Es importante, al finalizar el taller o durante el transcurso del mismo, mencionar a las personas y los recursos que tienen disponibles en la zona, y a los que pueden acudir en caso de precisar orientación, información o asistencia en temas relativos a su sexualidad. Podemos indicar el nombre de la persona de referencia, dónde pueden encontrarla, el horario de atención, y los temas que pueden tratar con esta persona o en este recurso. Podemos también facilitar esta información por escrito y traducida a diversas lenguas.

De la misma forma, si disponemos de material culturalmente adaptado relativo a educación sexual, o a la prevención de la MGF, se lo podemos facilitar.

Finalizaremos el taller agradeciendo la atención, la participación, y el interés, y recordando las personas y recursos que tienen disponibles para seguir aprendiendo.

Conviene coordinarnos tras la realización del taller con los profesionales del centro, y otros profesionales sanitarios, educativos, y del área social de la zona, para continuar la labor de prevención de la MGF, y de educación sexual, prestando especial atención a aquellas personas que se hayan mostrado a favor de la práctica y tengan hijas pequeñas, a las que es conveniente realizar un seguimiento, y con las que se habrán de realizar más intervenciones.

En el caso de que se detecte una persona o familia perteneciente a un país de riesgo, con una o varias niñas pequeñas, que se ha mostrado claramente a favor de la MGF, y



que va a realizar un viaje próximamente, deberemos coordinarnos con el centro de salud de la zona, y/o los servicios sociales, para continuar la labor preventiva con esta familia, ya que nos encontraríamos ante una situación de riesgo inminente.

En el apartado siguiente se abordarán de forma detallada los pasos a seguir para coordinarnos con el resto de profesionales, en el caso de que detectemos situaciones de riesgo.

Algunas de las indicaciones que ofrecemos en este capítulo son aplicables también a las labores de prevención de la MGF en las entrevistas individuales, o en las situaciones de asesoramiento sexológico con una sola persona o familia; por ejemplo, en caso de que dispongamos de tiempo, en las entrevistas individuales también es útil comenzar por temas relativos a la anatomía reproductiva, la concepción y el embarazo, para pasar más adelante, en el transcurso de varias entrevistas, a los temas más sensibles.



3.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UNA PROPUESTA DESDE EL ÁMBITO SOCIAL, SANITARIO Y EDUCATIVO

3.

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UNA PROPUESTA DESDE EL ÁMBITO SOCIAL, SANITARIO Y EDUCATIVO

3.1. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LAS PROFESIONALES Y LOS PROFESIONALES

Por todo lo mencionado hasta ahora, queda claro que los y las profesionales que trabajamos directamente con la población de riesgo (población procedente de países donde se practican las diferentes mutilaciones genitales femeninas y que ahora conviven entre nosotros y nosotras) podemos jugar un papel clave en la prevención de las mismas. Gran parte de nuestra actividad profesional, como educadores, trabajadores sociales, sanitarios... consiste en fomentar la prevención. Y, ante todo tipo de maltrato, abuso, o prácticas perjudiciales, prevenir siempre es preferible a denunciar.

Hay recomendaciones que pueden ser de utilidad para cualquier profesional, sea del ámbito que sea, y algunas otras más específicas, marcadas por el tipo de servicio que ofrecemos. No será igual intervenir en un aula, que en una consulta médica, pero hay algo muy importante que ya sabemos, y es que todas las intervenciones suman y son importantes para acompañar y orientar a estas familias hacia un proceso de reflexión que les lleve a un cambio en su posicionamiento inicial. De esta manera, el resultado final será el trabajo codo con codo, para la lucha contra la MGF.

En este apartado vamos a ofrecer claves de utilidad para la intervención desde el ámbito social, sanitario y educativo, y la coordinación entre los distintos agentes implicados, de cara a prevenir la práctica de la MGF.

Por prevenir se debe entender, por un lado **“disuadir”**, es decir, hacer que haya un cambio de actitud de las familias ante la mutilación, lo que



implica activar estrategias de información y sensibilización, y por otro lado **“anticipar”**, es decir, actuar antes de que se practique la MGF para impedirla, lo que supone poner en marcha mecanismos para detectar situaciones de riesgo inminente de MGF. Por ello, la actividad preventiva la podremos realizar en dos momentos: el primero de ellos, de una manera sistemática, incluida en tutorías, entrevistas sociales, cursos y talleres, en el programa de salud infantil, y el segundo, de una manera puntual, antes del viaje de esta niña al país de origen. El objetivo es que estas madres y padres adquieran unos conocimientos que les capaciten para poder tomar decisiones en contra de la MGF.

Para prevenir de la manera más eficaz, es importante ir a buscar la relación con las familias a lo largo del tiempo, con posibilidades y alternativas viables para los y las profesionales, a la vez que dignas y respetuosas para las familias, realizando un trabajo de coordinación en red que nos ayudará en las intervenciones más complejas. Creando confianza y compartiendo conversaciones breves a lo largo de los años en contextos y momentos no amenazadores, será viable reemprender y reforzar el tema en la eventualidad de un viaje. Una buena acogida es un buen comienzo.

Es cierto que a veces no es fácil y hay dificultades para abordar el tema que se acentuarán dependiendo del recurso en el que nos encontremos: servicio social, atención primaria, centro de tiempo libre... unas veces la dificultades aparecerán por parte de las mujeres afectadas: barrera idiomática, no percibir la MGF como un problema prioritario, mito del retorno, conflictos de lealtades respecto a sus comunidades de origen. Y otras por parte del profesional: desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica, temor e inseguridad al abordaje desde el diálogo y el respeto, dilemas profesionales y éticos ante las consecuencias de la intervención o de la no intervención, escasa formación para el abordaje transcultural de los problemas...

Pese a todo ello debemos preguntar por la MGF con naturalidad, sabiendo que el término mutilación debería evitarse, al menos al principio, sustituyéndolo por el de corte, o ayudándonos de explicaciones que nos acerquen al tema (usando imágenes...), porque a veces el lenguaje técnico nos aleja del objetivo: si la persona no sabe de qué hablamos nosotros mismos ponemos la primera barrera. Debemos hacer preguntas no muy cerradas y saber escuchar (escucha activa), siendo muy importante la comunicación no verbal. De forma sorprendente, cuando se sienten aceptadas, son capaces de hablar abiertamente, sorteando así otra de las barreras que nos autoimponemos: el miedo a introducirnos en un tema privado y tabú. Para abordarlo adecuadamente tendremos, como profesionales, que superar nuestros propios tabúes.

El momento para comenzar a hablar del tema va a depender de la relación previa que tengamos con la familia, y de la intención o no de un viaje inminente al país de origen. No será lo mismo si ya tenemos confianza con la familia que si es la primera vez que viene a nuestras consultas o servicios. En el segundo caso, y como ya sabemos, lo ideal es esperar, si es posible, a haber mantenido varias citas previas antes de abordar la cuestión, salvo que nos comenten que próximamente van a realizar un viaje al país de origen, en cuyo caso iniciaremos inmediatamente la prevención.

Es muy importante conocer nuestra propia posición y estar bien informados. Tenemos que asegurar un lugar adecuado y tomarnos nuestro tiempo. Recordemos que podemos introducir el tema hablando sobre tradiciones, el parto... Por ejemplo: ***“Sé que otras personas de tu país suelen hacer el corte a sus hijas. ¿En tu comunidad también tenéis esta costumbre? ¿Tú tienes realizado el corte? ¿Has pensado realizarlo a tu hija? ¿Te gustaría que tu hija lo tuviera realizado? ¿Por qué creéis que es importante realizar el corte a vuestras hijas? ¿En que se benefician?...”***

En caso de que la mutilación se realice en su comunidad, también será importante averiguar si hay presión familiar, o si existen planes concretos de realizar la MGF. En algunas comunidades son las abuelas las que tienen una importante influencia como guardianas de la tradición. Incluso si no existe deseo o intención de realizar la MGF, es importante hablar sobre el tema y reforzar el argumento contra la mutilación.

Además de con la madre, es fundamental hablar con el padre, escuchar sus argumentos y temores en relación a la MGF. Con un enfoque abierto y unos conocimientos básicos, las conversaciones con los padres pueden ser muy constructivas. Fundamentalmente hablaremos de las motivaciones tradicionales, de los argumentos médicos (problemas y complicaciones a corto y largo plazo), de la presión familiar en el país de origen, y de las consecuencias legales. En las conversaciones



se deberían valorar los pros y los contras de la MGF, permitiendo a los padres llegar a la conclusión de no querer realizar la MGF después de considerar todos los aspectos.

La educación, la religión y las condiciones socioeconómicas pueden influir en la opinión de los padres. En el contexto de la migración, los inmigrantes se enfrentan a muchos problemas, y la MGF rara vez es su prioridad. Obviamente, una familia que solo se relaciona con su comunidad, a veces muy estricta, o que tiene miedo de perder el permiso de estancia en el país de acogida, realizará más fácilmente la MGF a sus hijas con el fin de asegurar su supervivencia social si son devueltos a su país de origen, que una familia que está bien integrada y espera residir permanentemente en el nuevo país. Puede crearse un verdadero conflicto de lealtad entre su familia, su cultura de origen, su comunidad, los aspectos médicos y su nuevo hogar. A través de la MGF, algunas familias también esperan proteger a sus hijas de la sociedad occidental, que se puede considerar como carente de moralidad.

Por otro lado, vivir en el extranjero puede ser una oportunidad para el cambio y abandonar las prácticas tradicionales perjudiciales. Puede ser útil señalar que cada vez más personas han renunciado a esta tradición tanto en África como entre los propios emigrantes, sin que hayan llegado a perder su identidad.

Siendo que la educación y el aumento de los conocimientos les ayudan a mejorar socialmente y les ofrece una oportunidad de cambio, es importante su participación en talleres de educación sexual (como los descritos en el apartado anterior), o de salud materno infantil, como los que se organizan a través de asociaciones de inmigrantes, ONGs... El papel de las personas mediadoras del mismo grupo de inmigrantes puede ser fundamental en la aceptación del cambio.

Una vez que están informados sobre las consecuencias que tiene la MGF sobre la salud, ya no pueden esconderse tras los argumentos de la tradición y pretender ignorar los aspectos negativos que puede tener esta práctica sobre sus hijas y, por lo tanto, es responsabilidad suya proteger la integridad física de las mismas.

Es importante que los y las profesionales adoptemos un rol facilitador, de ayuda y apoyo para actuar en la prevención y erradicación de la MGF desde:

- a. **Un trabajo en red con otros profesionales y organizaciones** (profesores, sanitarios, trabajadores sociales, educadores, mediadores culturales, ONGs, departamento de menores, policía, etc.)

- b. **El registro constante** de los contactos, conversaciones y/o exploraciones realizadas a las personas de riesgo que facilite a otros profesionales el conocimiento, seguimiento y la intervención con las niñas, mujeres o familias de riesgo.
- c. Recordar siempre que **se puede recurrir a la mediación intercultural** si tenemos problemas de comunicación y/o entendimiento con las afectadas o las personas de riesgo.

3.2. ARGUMENTOS PARA DESMONTAR MITOS

El miedo que subyace detrás de muchas entrevistas que realizamos desde el plano profesional en el momento de abordar la MGF, tiene mucho que ver con cómo y qué preguntar, cómo aproximarnos a un tema que parece ser tabú, cómo entablar conversación y cómo ir desmontando los mitos sobre los que estas familias argumentarán la defensa de lo que pueden llegar a considerar una parte importante de su cultura y de su tradición.

En el capítulo inicial explicamos los motivos que sustentan esta práctica, y expusimos algunos argumentos para contrarrestarlos. A continuación profundizaremos en esta cuestión, proponiendo de forma detallada una serie de ejemplos que pueden servir para desmontar los mitos principales que muy probablemente irán surgiendo en las intervenciones que realizamos con estas personas y estas familias.

Este análisis ha sido realizado por mediadoras y mediadores interculturales que trabajan directamente con las familias de los países de riesgo y nos presentan aquí algunas reflexiones y ejemplos que nos pueden ayudar tanto en las entrevistas personales, como en los cursos y talleres grupales.

MITO 1: LA RELIGIÓN OBLIGA

Argumentos para desmontarlo:

- En el Corán no hay referencia escrita a la MGF. Sin embargo, el Corán recoge la frase del profeta: **“Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño.”**
- Hay países musulmanes que no la practican, por ejemplo Arabia Saudí, Marruecos, Argelia, países que practican el islam y que hacen sus peregrinaciones a la Meca como los demás.

- Es algo cultural, no religioso, responde a tradiciones y su origen es preislámico. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión.
- Es importante contrastar la información que dan los imanes, así que podemos sugerirles que pregunten a su imán en qué lugar del Corán viene indicado que hay que realizar la MGF, porque en ocasiones les comentan que su realización tiene que ver con la religión pero no le explican de qué forma.
- También podemos lanzar algunas preguntas para reflexionar en grupo, como por ejemplo: ¿Por qué los Wolof o los Serer no la practican si también son africanos y musulmanes?

MITO 2: ES MÁS LIMPIO (MOTIVOS DE HIGIENE, O DE PUREZA EN LA MUJER)

Argumentos para desmontarlo:

- Si el clítoris fuera algo malo Dios no lo pondría ahí (este es un argumento de bastante peso para las personas con creencias religiosas).
- Es importante hacer referencia a otras mujeres que no están mutiladas, por ejemplo las españolas, y si tenemos ocasión es de mucha utilidad enseñar fotografías de los genitales sin el corte para que vean que no crece nada raro si no se corta el clítoris. La idea de que tener clítoris implica suciedad, falta de pureza o higiene, es posiblemente una forma de transmitir temor hacia esta parte del cuerpo, y esto podemos reflexionarlo con ellas y ellos.
- También es fundamental explicar las consecuencias que tiene la realización de la MGF (infecciones, fístulas, heridas, hemorragias), porque demuestran con claridad que este argumento no es cierto.

MITO 3: SUPONE UN BIEN PARA LAS NIÑAS

Argumentos para desmontarlo:

- Es importante incidir en las consecuencias negativas para la salud, tanto las inmediatas como las que se producen a medio y largo plazo. Conocer y entender estas repercusiones, relativiza la idea de que es beneficioso para las niñas.
- Hay que preparar a las familias para enfrentarse a sus mayores, porque este argumento sigue vigente y pesa mucho. Aquí aflora el problema de

la presión familiar que es muy fuerte, así como el peso de la tradición. Se asume que si no se mutila a la niña, será rechazada para el matrimonio, algo que se considera de vital importancia. Por ello las familias tienen que ser conscientes de las consecuencias sobre la salud para poder iniciar un proceso de reflexión. Por fortuna, se encuentran cada vez más hombres africanos en contra, y que además prefieren mujeres no mutiladas para casarse, algo que es importante visibilizar.

- Hemos de ser conscientes de que las mujeres con las que vamos a trabajar tienen con frecuencia poco peso en las decisiones familiares, y de que siguen existiendo los matrimonios forzados, dentro de los que la familia del futuro marido está en disposición de exigir la mutilación de la niña que será esposa de su hijo. Por eso, la presión familiar es tan fuerte que incluso en personas concienciadas puede resultar complejo el negarse a seguir la tradición.
- Si la familia que viaja a su país conoce la legislación española al respecto, y tiene intención de volver a España, es más probable que no la realicen, porque es evidente que esto sería un problema para su futuro en el país de acogida. En el caso de que viajen para casar a su hija en dicho país, lo harán con mayor probabilidad, puesto que en los países en los que se realiza es condición indispensable para contraer matrimonio. Es importante que padres y madres se encuentren preparados para hacer frente a la presión familiar en estos casos, puesto que con frecuencia es tan fuerte que resulta complicado negarse.
- Aquellas personas mejor informadas sobre la legislación, las consecuencias para la salud, y las secuelas diversas que la MGF tiene para la mujer, tendrán más argumentos para hacer frente a la presión familiar.

MITO 4: SON COSTUMBRES Y TRADICIONES

Argumentos para desmontarlo:

- Las tradiciones que son beneficiosas pueden conservarse, pero aquellas que tienen efectos negativos deben cambiar.
- Aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud, es preciso cuestionarlas y cambiarlas por otras que protejan la salud de las mujeres.
- La información sobre las diversas consecuencias para la salud de la mujer y sus bebés, puede hacerles cuestionarse la conveniencia de esta tradición.

MITO 5: EL CLITORIS PUEDE CRECER DEMASIADO SI NO SE CORTA (RAZONES DE ESTÉTICA)

Argumentos para desmontarlo:

- Como ya hemos comentado, pueden usarse fotografías e imágenes de genitales sin mutilar, para demostrar que el clítoris no crece y se vuelve como un pene.
- Un argumento efectivo es que el clítoris protege, ya que ayuda a la mujer a lubricar.
- A veces, las mujeres indican que si el clítoris no se corta, se produce picor en los genitales, y las mujeres han de estar todo el rato rascándose. En estos casos, pueden darse ejemplos de mujeres sin mutilar (españolas, marroquíes, Wolof...) a las que esto no les ocurre.

MITO 6: PROTEGE LA VIRGINIDAD (CONTROL DE LA MORAL)

Argumentos para desmontarlo:

- Las mujeres mutiladas sufren mucho por este hecho. Algunas mujeres tienen que “ser abiertas” para poder mantener relaciones coitales con su marido (se les debe practicar la desinfibulación), y experimentan mucho dolor cada vez que las mantienen.
- Las mujeres “blancas” también son fieles, la fidelidad no depende de tener o no clítoris. Si una mujer “no está cortada”, goza de mejor salud y es más probable que disfrute con su pareja, pero eso no implica que le sea infiel.
- Una mujer que “no está cortada” tiene más probabilidades de disfrutar de las relaciones sexuales (sobre todo de las que implican la penetración) que aquellas que lo están. Por tanto, si se encuentran satisfechas con su pareja, es menos probable que busquen placer y satisfacción con otros hombres.
- Hay mujeres “cortadas” que no llegan vírgenes al matrimonio.
- Para transmitir la importancia de la fidelidad a la pareja, lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores a través de la familia. Es una manera más efectiva y duradera, y que no implica sufrimiento para la niña o la mujer.

MITO 7: LAS MUJERES MUTILADAS TIENEN MÁS HIJOS

Argumentos para desmontarlo:

- Una posible reflexión para las personas con creencias religiosas sería: “Si los hijos que se tienen son cosa de Dios, la MGF no tiene por que aumentar el número de hijos”.
- Si las mujeres “blancas” tienen menos hijos no es “por no tener practicado el corte”, sino porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos.
- La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé incluso de la madre.
- Además, las infecciones producidas por la mutilación pueden ocasionar infertilidad.

MITO 8: EL CORTE EN LA MUJER PREVIENE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN SUS BEBÉS Y LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES Y DAÑOS EN LOS HOMBRES

Argumentos para desmontarlo:

- Encontramos ejemplos para desmontar esta idea en las experiencias de las mujeres que no se encuentran “cortadas” (mujeres españolas, o las propias africanas pertenecientes a etnias no practicantes). Tanto unas como otras, tienen bebés sanos y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas.
- La transmisión de infecciones y enfermedades no se evita “cortando” a la mujer. En todo caso, sería justo lo contrario, puesto que la mujer que tiene practicado “el corte” es más vulnerable a las infecciones genitales.

MITO 9: SI UNA MUJER SE ENCUENTRA MUTILADA, EL PLACER DE SU PAREJA (HOMBRE) ES MAYOR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

Argumento para desmontarlo:

- Los hombres que se han encontrado en ambas situaciones saben que hay mucha diferencia entre mantener relaciones sexuales (coitales) con una mujer “cortada” y mantenerlas con otra que no lo está. No es lo mismo que la mujer responda a los estímulos, a que no responda a dichos estímulos

porque no siente placer. La mujer “no cortada” tiene mayor probabilidad de sentir placer, de ser receptiva a los estímulos eróticos y de sentir deseo. La mujer “cortada” no suele sentir placer. Un hombre disfruta más cuando se encuentra con una mujer que a su vez también disfruta.

- En el placer femenino también influye la manera en que los hombres africanos mantienen relaciones sexuales, en muchas ocasiones sin estimular a la mujer. Es importante explicar que hay muchas formas de disfrutar, y que el cuerpo tiene diversas zonas erógenas, además del clítoris, pero que si falta el clítoris, el placer de la mujer suele verse dificultado.
- Una pareja que disfruta junta, con las caricias, los besos, los abrazos, y el contacto piel con piel, se encuentra más predispuesta a mantener una relación de pareja armoniosa. Las relaciones sexuales donde participan dos y disfrutan dos, suelen ser más significativas y completas, y hacen sentir a ambas personas más felices y más realizadas.
- En la sexualidad del ser humano son importantes los afectos, las emociones, los sentimientos. El ser humano generalmente disfruta más cuando la otra persona también disfruta y se siente bien, cuando existe cariño, buen trato y sentimientos positivos. Entonces la sexualidad se convierte en algo realmente importante y plenamente satisfactorio, que nos hace más humanos.

Sobre el placer femenino. Ya mencionamos en el capítulo anterior que el placer de una mujer depende de diversos factores, por ejemplo, de si hay



deseo, si hay caricias por todo el cuerpo o la relación sexual es muy directa y coitocéntrica, si la relación de pareja es afectuosa y armoniosa, si el hombre es sensible a los gustos y preferencias de ella, si la mujer está tranquila o preocupada y angustiada... entre otras cuestiones.

Desde la educación sexual se puede proporcionar información útil para facilitar el pleno desarrollo de la sexualidad en hombres y mujeres, y ofrecer pistas para mejorar la satisfacción en la vida sexual y de pareja.

3.3. MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN

Hay tres momentos clave que van a marcar el tipo de intervención que haremos con la familia que procede de un país de riesgo. En cada momento se recomiendan unas estrategias diferentes, basadas en dos pilares fundamentales:

- La acción individual, dirigida a la persona o familia de riesgo.
- La acción en red, coordinada con otros profesionales que tienen un papel destacado en el proceso preventivo.

A continuación mostramos los tres momentos clave que definirán las intervenciones que vamos a realizar:

3.3.1. ACTIVIDAD PREVENTIVA GENERAL

Si tenemos en nuestro recurso o servicio a una familia de riesgo (mujer, marido, hijas), es conveniente realizar una actividad preventiva general.

¿Cómo podemos averiguar si se trata de una familia de riesgo?

1. En primer lugar podemos identificar si procede de un **país de riesgo** y después podemos informarnos sobre la **etnia** a la que pertenece.

Es importante recordar que pertenecer a un país de riesgo no es determinante para que la familia sea de riesgo. Dentro de un mismo país habrá zonas y/o etnias que sean practicantes y otras que no lo sean.

Señalamos a continuación algunas etnias con las que nos podemos encontrar y que sí practican la MGF: Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé (Pular, Tuculer), Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante. Procedentes principalmente de Gambia, Senegal, Malí, Mauritania, Nigeria, Camerún y Guinea Conakry.

Algunas etnias que no la practican serían: Wolof, Serer, Ndiago.

Esta información nos puede ofrecer pistas, pero no es concluyente, ya que la mezcla en los matrimonios de diferentes etnias puede modificar el riesgo de MGF, así como también puede hacerlo el lugar de nacimiento.

2. Si sabemos que **en una familia alguna mujer ha sufrido la MGF**, disponemos también de un dato fundamental.

En el caso de que la familia a la que atendemos tenga uno de estos dos factores de riesgo, se recomienda una intervención preventiva general, que puede ser realizada por cualquier profesional, buscando siempre el momento más adecuado para su realización. Esta intervención constituirá una estrategia a largo plazo.

3.3.2. RIESGO INMINENTE

Actividad preventiva pre-viaje

En el caso de que tengamos constancia de que una familia de riesgo está preparando un viaje al país de origen, se recomienda una actividad preventiva pre-viaje. El viaje puede ser inminente o a corto plazo, y nos podemos enterar directamente porque alguna persona de la familia nos lo comenta o porque la menor nos narra las previsiones de la familia sobre el viaje y sobre la práctica de la MGF.

En este momento el trabajo en red es clave. Las acciones aquí pueden ser más o menos inminentes, dependiendo de la fecha prevista del viaje, por lo que es fundamental tener identificadas a las profesionales o los profesionales con los que nos tenemos que coordinar.



Lo ideal en esta situación es que se hubiera realizado con anterioridad una actuación preventiva general con la familia, de forma que tuviésemos ya identificado el posible riesgo de la misma, y se hubiese iniciado ya un proceso, y por tanto, avanzado algo en la prevención. De esta forma el trabajo es más sencillo y los resultados suelen ser mejores.

Actividad post-viaje

Cuando la familia vuelve del viaje la intervención continúa. Aquí cada profesional jugará un papel diferente, pero de igual importancia.

Realizaremos, en este momento, una **evaluación de la intervención preventiva**, conversando con la familia sobre cómo ha ido el viaje y preguntando directamente por los temas relativos a la salud de las niñas.

Puntos a tener en cuenta en este momento de la intervención:

- Es importante asegurarse de que la familia ha pasado por el centro de salud para la revisión post-viaje.
- Si existen sospechas de que algo ha ocurrido, aunque la familia no acuda a nuestra cita, debemos coordinarnos con otros profesionales para contrastar la sospecha.
- Si la familia regresa y ha cumplido el compromiso de no mutilar a las niñas es fundamental también el refuerzo positivo.

3.3.3. SOSPECHA Y/O CONFIRMACIÓN DE MGF PRACTICADA

Durante nuestro ejercicio profesional nos podemos encontrar con situaciones en las que sospechemos o detectemos que una menor, o una mujer adulta, ha sido mutilada. Antes de que se de esta posible circunstancia, también habremos de tener identificados a los profesionales y las profesionales con quien coordinarnos, y definidas las acciones a llevar a cabo.

Si la MGF ha sido practicada, habrá que prestar especial atención al trabajo a realizar con la mujer o niña para abordar las posibles consecuencias y paliar las secuelas en la medida de lo posible.

3.4. ACTUACIONES A REALIZAR EN CADA MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, Y DESDE DISTINTOS ÁMBITOS

Proponemos a continuación actuaciones a realizar en los tres momentos definidos anteriormente:

- Intervención ante una familia con factores de riesgo.
- Intervención ante un riesgo inminente.
- Intervención ante la sospecha y/confirmación de MGF practicada.

En el texto que figura a continuación cada profesional habrá de buscar el **ámbito de intervención** que corresponda a la labor que desempeña, ya que vamos a distinguir tres grandes ámbitos: **sanitario, social y educativo**. Las indicaciones que figuran a continuación no han sido diseñadas únicamente para los y las profesionales de los servicios públicos (centros de salud, servicios sociales municipales, colegios e institutos, etc.), sino también para los y las profesionales de ONGs, fundaciones... que atienden en sus servicios a familias de países de riesgo.

Cataluña y Aragón son, en este momento, las dos comunidades autónomas que cuentan con un **protocolo de actuación** avalado por la administración regional, en el que se recogen las actuaciones que cada profesional debe llevar a cabo, en materia de prevención de la MGF. Nos apoyaremos en dichos protocolos para formular nuestras propuestas de intervención, pero queremos destacar la idea de que dichas propuestas pretenden servir de orientación también para aquellos profesionales y aquellas profesionales que desempeñan su labor en el resto de CC.AA., que en este momento carecen de protocolos.

Carecer de protocolos de actuación no significa que como profesionales no podamos intervenir. Es más, no sólo podemos, sino que también debemos. Por ello las intervenciones que proponemos pueden ser llevadas a cabo en cualquier comunidad autónoma, exista o no en la misma un protocolo oficial. Quizás estas propuestas requieran un mayor esfuerzo de coordinación en red en algunas comunidades autónomas, pero en cualquier caso, consideramos que son viables y útiles.

En aquellas CC.AA. en las que todavía no existen protocolos consideramos fundamental la creación de comisiones interdisciplinarias que además de proponer acciones y coordinar casos realicen un trabajo de incidencia política con la administración, para la creación de medidas de actuación (protocolos).

3.4.1. PROFESIONALES DEL ÁMBITO SOCIAL

3.4.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES DESDE ESTE ÁMBITO

Englobamos aquí a todas aquellas profesionales, y todos aquellos profesionales, del trabajo social, que tienen en común la atención a personas que proceden de países de riesgo, independientemente de que ejerzan su labor en recursos públicos (servicios sociales municipales generales y especializados) o privados (ONGs, asociaciones, fundaciones...).

Puntos fuertes de la actuación desde este ámbito

Algunas ventajas con las que cuentan las y los profesionales que realizan intervenciones de prevención de la MGF desde este ámbito son las siguientes:

- Trabajo directo con familias que pertenecen a países de riesgo.
- Usualmente el trabajo es realizado con la parte adulta (madre y/o padre), aunque según las características del recurso también se puede trabajar directamente con los y las menores.
- Los recursos desde los que se interviene generalmente no son de atención puntual, sino continuada, de forma que las entrevistas de seguimiento permiten generar una relación de vinculación y confianza con la familia, con lo que es posible trabajar el tema de forma paulatina. Se facilita así el marco para la intervención general preventiva, que resulta más sencilla, así como las actuaciones ante la detección de casos de riesgo inminente.

Premisas generales de las que partimos

Todas las actuaciones suman y son importantes en el proceso preventivo. Como trabajadores sociales, independientemente del servicio o recurso en el que estemos desarrollando nuestra labor, jugamos un papel fundamental en la prevención general ante la MGF y en la detección de situaciones de riesgo inminente.

Debido a las características de nuestras intervenciones (entrevistas sociales, labores de seguimiento a las familias...) nos encontramos en una situación privilegiada, en la que usualmente contamos con una buena comunicación y una relación de confianza con la familia, que nos permite abordar y profundizar en el tema, siempre buscando el momento o momentos más adecuados.

En una familia de riesgo, una buena idea es aprovechar los encuentros con el padre y/o la madre, a través de las citas en nuestro servicio, para empezar a plantear la prevención de la MGF.

Si estimamos que la primera entrevista en la que abordamos la cuestión no ha sido suficiente, o no ha resultado enteramente satisfactoria por diversos motivos (interrupciones, la familia no se ha expresado mucho al respecto, opiniones férreas en defensa de la práctica...), podemos propiciar posteriores encuentros en circunstancias más favorables.

Si la conversación con la persona o la familia ha sido extensa, y se ha intercambiado mucha información, es necesario realizar al final de la entrevista una síntesis para recoger los aspectos fundamentales que se han tratado.

Para facilitar el cambio de actitudes y la reflexión, a las personas o las familias que se muestren a favor de la MGF, les podemos ofrecer algún tipo de acuerdo aproximado, por ejemplo, que durante un tiempo van pensar sobre la información que les hemos facilitado, y que nos volveremos a poner en contacto para tratar de nuevo la cuestión. También podemos aportar más información en otro momento, o ponerlos en contacto con otros profesionales o recursos más adelante.

3.4.1.2. ACTUACIONES RECOMENDADAS DESDE EL ÁMBITO SOCIAL SEGÚN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Actividad general preventiva

En este caso, se trataría de una intervención social con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo, en la que seguiríamos los siguientes pasos:

- Acercamiento al tema con la familia.
- Proporcionar información básica sobre la MGF.
- Seguimiento de la persona o familia.
- Coordinación en red con otros profesionales y otras profesionales.

¿Cuándo es procedente la intervención? Si en el recurso en el que nos encontramos estamos atendiendo a familias que provienen de países de riesgo, ya procede la intervención.

De forma previa es necesario recabar cierta información, por ejemplo, ya hemos comentado que además del país de origen, es importante también informarnos sobre la etnia a la que pertenece la familia y la zona en la que reside. En el transcurso de una entrevista, una vez creada una relación de cierta cordialidad y familiaridad, podemos preguntar directamente si en su comunidad practican la MGF.

Desde el ámbito social es recomendable también hablar del tema con las familias no practicantes, ya que pueden actuar como transmisores de información muy efectivos, en lo relativo a la legislación al respecto, y a las consecuencias que tiene para la salud, entre otras cuestiones.

Una vez iniciada la intervención con la familia que consideramos de riesgo, abordaremos la práctica de las MGF conversando sobre temas generales, como por ejemplo:

- En qué consiste la MGF en su zona (ritual, tradición de los mayores...).
- Si en su familia la han practicado, qué piensan en su pueblo sobre el tema...
- Si conocen a alguna mujer a la que se le haya realizado.

Después pasaremos a conversar sobre temas más concretos:

- **Información sobre las consecuencias** que tiene para la **salud** de mujeres y niñas. Podemos preguntarles si conocen a alguna mujer a la que se le haya practicado y que haya sufrido alguna de las consecuencias, ya que es frecuente que recuerden a alguna hermana, prima, o vecina, que sufrió ciertas complicaciones después de la MGF. El recuerdo de las consecuencias a corto plazo va a depender de la edad a la que fue practicada la MGF, de si después ha vivido el rito con alguien cercano, etc.
- **Información sobre las consecuencias legales:** nos interesa averi-



guar si en su país está prohibida esta práctica, y si conocen lo que dice la ley española al respecto.

Si durante el proceso de acercamiento y profundización sobre tema la respuesta de la familia no es colaboradora, o si nos encontramos con un posicionamiento claramente favorable a la práctica, daremos un paso más y nos coordinaremos con el centro de salud (trabajadora social o pediatría), de cara a informar sobre la familia, al objeto de que desde dicho centro tengan en cuenta su situación de riesgo y realicen un seguimiento más cercano.

Si recibimos una derivación desde otro recurso (centro escolar, centro de tiempo libre, o incluso desde el propio centro de salud, ya que es posible que tengan dudas con respecto a la posición de la familia o sobre las actuaciones a llevar a cabo), iniciaremos con la familia todo el recorrido. Esto sucederá principalmente cuando estemos trabajando en un servicio social comunitario.

Es muy importante iniciar y acompañar a la familia en un **proceso de reflexión** que **puede ser de largo recorrido**: la prevención no es algo puntual, para que sea efectiva tendremos que ir dialogando con la familia poco a poco, y en un marco de confianza, en el que se observará su evolución. Los cambios significativos en el posicionamiento con respecto a este tema necesariamente se producen desde dentro, desde la propia comunidad y desde las familias. La prevención general tendrá éxito en tanto en cuanto sean las familias por convicción propia y no por miedo a las leyes las que decidan terminar con la práctica, primero en su propia familia, y luego muy posiblemente en su entorno, luchando contra la práctica con otros familiares y amigos y en sus países de origen.

Si nos encontramos en un recurso social privado (ONGs, fundaciones...), o público especializado, será fundamental la coordinación con los servicios sociales municipales que son los que funcionarán como nexo con los centros de salud.

Actuación ante una situación de riesgo inminente

Actividad preventiva pre-viaje. Se trataría de una intervención social con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo, y ante un viaje inminente, en la que seguiríamos los siguientes pasos:

- Entrevista con la familia.
- Coordinación con servicios sociales y centro de salud.
- Seguimiento de la persona o familia.

En nuestro ejercicio profesional, podemos tener conocimiento de que una familia de riesgo está preparando un viaje al país de origen, de forma que iniciaremos lo que denominamos actividad pre-viaje. La información nos puede llegar directamente de la familia o a través de otro profesional u otra profesional que esté trabajando con ella y nos derive el caso. Si en este momento ya se ha realizado alguna actividad preventiva general con la familia, y sabemos qué piensa la familia sobre el tema, la actuación será menos agresiva y más efectiva.

En España, en la actualidad, **el momento de mayor riesgo que existe de que sea realizada una MGF**, es justo aquél en el que una familia, por diversas circunstancias (vacaciones, enviar a sus hijos una temporada a estudiar al país de origen, temas de salud de familiares o económicos...), se plantea el viaje. En su regreso al país de origen se tendrá que enfrentar a la decisión de mutilar o no, y deberá hacer frente a la presión familiar.

Por ello es importante **preparar a la familia para este momento**. Si ya se ha iniciado la actividad preventiva general reforzaremos la información y le hablaremos **del compromiso preventivo**. Si el tema se aborda por primera vez realizaremos la intervención siguiendo las pautas iniciales: hablaremos desde lo más general a lo más concreto, dialogando con la familia y ofreciéndole información fundamental sobre el tema (consecuencias para la salud, legales, protección de las menores), terminando la entrevista con el compromiso preventivo, para darlo a conocer y saber si la familia está dispuesta a firmarlo.

Esta intervención terminará con la **coordinación en red**, ya que tenemos que poner en conocimiento del centro de salud correspondiente la intención de viaje de la familia para que desde pediatría lo tengan en cuenta y hablen con la familia.

Si nos encontramos en un recurso social privado (ONGs, fundaciones...), o público especializado, una vez más será fundamental la coordinación con los servicios sociales municipales que son los que funcionarán como nexo con los centros de salud.

Actividad preventiva post-viaje. Consistiría en una intervención social con la finalidad de evaluar la actividad preventiva, en la que seguiríamos los siguientes pasos:

- Entrevista con la familia.
- Coordinación con servicios sociales y centro de salud.
- Seguimiento de la familia.

Cuando la familia regresa del viaje realizaremos el seguimiento y evaluación de la actividad preventiva, resultando fundamental la coordinación en red para constatar que la niña o las niñas han vuelto sanas de dicho viaje.

Aquí nos podemos encontrar con **diferentes situaciones**:

1. A su regreso la familia acude a nuestro servicio. En este caso prestaremos especial atención a:

- Dialogar con la familia para intercambiar impresiones sobre el viaje y preguntar cómo ha ido el tema de la MGF.
- Coordinarnos con el centro de salud para ver si han acudido a la cita, o para citarles y que les realicen un examen de salud.

Si la familia nos transmite que ha cumplido su compromiso de no mutilar a sus hijas, trabajaremos el refuerzo positivo en ésta y otras entrevistas, complementando la información que ya conocen, y tratando de llegar con dicha información a otros familiares, amigos, y amigas... sumándolos de esta manera a la lucha contra las mutilaciones genitales femeninas.

2. A su regreso la familia no acude a nuestro servicio. En este caso es importante el trabajo en red, principalmente con el centro de salud, para alertar sobre el caso y que desde allí realicen el seguimiento y la evaluación de la actividad preventiva.

Si nos encontramos en un recurso social privado (ONGs, fundaciones...), o público especializado, al igual que en casos anteriores, nos coordinamos con los servicios sociales municipales.

Sospecha y/o confirmación de MGF practicada

En esta situación, seguiremos los siguientes pasos:

- Entrevista con la familia.
- Coordinación con los servicios sociales y comunicación al centro de salud.
- Seguimiento del caso.

Como profesionales, en este momento de la intervención nuestro papel con-

sistirá en detectar posibles casos, bien porque la familia ha regresado de un viaje y sospechamos que se ha practicado a una niña la MGF, o bien porque el caso es nuevo y las entrevistas con la familia nos generan sospechas.

La comprobación de una MGF realizada sólo se podrá llevar a cabo en un centro sanitario, porque es allí donde se puede proceder a la revisión de los genitales, y por tanto, a la constatación de si se ha realizado o no.

En el ámbito social vamos a hablar siempre de sospecha de MGF, realizada recientemente, o no, y para constatarlo será muy importante la coordinación con el centro de salud correspondiente.

Si la mujer sufre una mutilación que no es reciente, y nos transmite que está padeciendo alguna de las consecuencias que conlleva esta práctica, debemos ponerla en contacto con profesionales sanitarios, o de atención psicológica, incluso profesionales de la educación sexual, para que puedan valorar soluciones al problema que nos plantea.

Es fundamental prestar una especial atención a las consecuencias que las mujeres puedan sufrir, y esforzarnos por buscar conjuntamente una solución. Hay que valorar aquí muy positivamente que las familias, mujeres y hombres, nos expongan las consecuencias de la práctica, porque ello indica que la información transmitida ha sido asimilada y que han relacionado determinados problemas que vienen padeciendo con un posible efecto de la MGF.

Si trabajamos en un recurso social privado, o público especializado, debemos coordinarnos con los servicios sociales.



3.4.1.3. EL PAPEL DE LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN EL ÁMBITO SOCIAL

Dentro del ámbito social, y de la prevención de las MGF, la **mediación intercultural** juega un papel cada vez más destacado, por su efectividad para que los mensajes lleguen de la forma más óptima.

El trabajo conjunto con estos profesionales, y estas profesionales, está dando muy **buenos resultados**. Por ello hemos querido elaborar un apartado especial que recoja algunas recomendaciones, extraídas de experiencias que se están llevando a cabo desde hace años en diversas comunidades autónomas (principalmente Cataluña, Aragón y Navarra), y que pretenden facilitar la labor de las mediadoras y los mediadores interculturales.

Recomendaciones de actuación para mediadores y mediadoras, y puntos a tener en cuenta en la intervención:

- Las personas a las que nos dirigimos han de entender bien de qué organización venimos y **sobre qué** vamos a hablar.
- Es importante transmitir que lo hablado en la entrevista, taller, o actuación concreta que se realiza, es totalmente **confidencial**.
- Si queremos pedir algo, porque consideramos que va a facilitar la conversación, lo mejor es **formular la petición claramente**, por ejemplo: “Me gustaría hablar con ella a solas”, o “¿Te importa que hablemos nosotras a solas?”, etc.
- Es conveniente formular distintas preguntas para **saber qué piensan en realidad** las personas o familias, y qué información podemos aportar que les permita reconsiderar su postura; por ello es aconsejable animar a la persona a expresarse, y mostrar respeto por ella.
- Es primordial **empatizar** con la otra persona. Podemos comenzar transmitiendo que sabemos de la importancia de esta práctica en su cultura, y posteriormente ir introduciendo la idea de que es una práctica perjudicial.
- Si consideramos que la primera entrevista no ha sido suficiente de cara a motivar a la familia para rechazar la práctica, podemos **facilitar posteriores encuentros**, intentando que se den las circunstancias más favorables.
- Intentar **derivar posibles preguntas, dudas o necesidades**, de la mujer o la familia, a las profesionales y los profesionales correspondientes (personal sanitario, profesionales de la abogacía, del trabajo social, del sindicato...),

o a los recursos adecuados. Frecuentemente, esto puede facilitar el que se legitime nuestra figura, al servir de ayuda en otros asuntos.

- Si la conversación con la persona o la familia ha sido extensa, y se ha intercambiado mucha información, es necesario realizar al final de la entrevista una **síntesis** para recoger los aspectos fundamentales que se han tratado.
- A las personas o las familias que se muestren a favor de la MGF, les podemos ofrecer algún tipo de **acuerdo aproximado**, por ejemplo, que durante un tiempo van pensar sobre la información que les hemos facilitado, y que nos volveremos a poner en contacto para tratar de nuevo la cuestión.
- Agradecer el tiempo prestado, la dedicación y la atención, y lo interesante de poder compartir opiniones sobre el tema, **reforzando a la persona** por habernos escuchado.
- **Registrar** la intervención realizada.

3.4.2 PROFESIONALES DEL ÁMBITO EDUCATIVO

3.4.2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES DESDE ESTE ÁMBITO

Dentro de este ámbito, vamos a incluir a profesionales correspondientes a:

- La educación formal o reglada: educación infantil, colegios e institutos.
- La educación no formal: ludotecas, centros de tiempo libre, educación de calle.

Puntos fuertes de la actuación desde este ámbito

Algunas ventajas con las que cuentan las y los profesionales que realizan intervenciones de prevención de la MGF desde este ámbito son las siguientes:

- El trabajo directo con las niñas consideradas pertenecientes a poblaciones de riesgo.
- En la educación social, el ambiente informal genera más confianza y vínculos con las menores, de manera que facilita una comunicación más fluida y con mayor diversidad de temas.

Premisas generales de las que partimos

Dentro del ámbito educativo podemos encontrar **la educación formal o reglada, y la educación no formal**. A pesar de las diferencias existentes entre ellas, intentaremos abarcar en este apartado las diversas actuaciones que se pueden realizar desde ambas, tanto la formal, como la no formal.

Las personas que trabajan dentro del ámbito educativo pueden desempeñar un **papel muy importante en la prevención** de las mutilaciones genitales femeninas, puesto que **su trabajo se realiza exclusivamente con la población de mayor riesgo: las niñas**. Por ello, es primordial que los y las profesionales posean conocimientos sobre la MGF y argumentos sólidos con los que poder informar y sensibilizar a las familias sobre las consecuencias físicas y legales que conlleva esta práctica.

Como ya sabemos, la prevención se puede poner en marcha ante tres situaciones diferentes: intervención preventiva general ante una familia de riesgo, actuación ante un riesgo inminente, e intervención ante la sospecha de una MGF ya practicada.

Si un viaje al país de origen de la niña (o al país de origen de los padres, si la niña ha nacido en España), constituye un momento de riesgo inminente, un indicio más que nos debería poner sobre aviso es la declaración de la niña de que le van a ofrecer una fiesta de bienvenida. En este caso la coordinación con los demás profesionales (servicios sociales y sanitarios) se antoja imprescindible, antes y después del viaje.

3.4.2.2. ACTUACIONES RECOMENDADAS DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO SEGÚN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Actividad general preventiva

Se trataría de una intervención desde el ámbito educativo con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo, en la que seguiríamos los siguientes **pasos**:

- Contacto con la familia de riesgo.
- Aspectos generales e información básica sobre la MGF (riesgos para la salud, implicaciones legales...).
- Seguimiento de la niña.

- Coordinación en red (centro de salud, técnico o técnica de infancia, servicios sociales de la zona...).

Si el profesorado detecta menores con factores de riesgo, un primer paso es poner en conocimiento del **tutor o la tutora** de dichas menores esta situación. El tutor o la tutora, mediante la acción tutorial y la relación establecida con los padres y las madres de las niñas, será la persona encargada de proporcionar información sobre los riesgos que para la salud de las niñas conlleva la MGF, así como de las implicaciones legales de su práctica, tanto en España, como en el país de origen.

Seguidamente, se valorará la respuesta de los responsables de las menores. Si se encuentran actitudes favorables a esta práctica, se pondrá en conocimiento de los trabajadores sociales de los servicios sociales municipales, de manera que se desarrolle desde un primer momento un trabajo en red, y pueda llegar a establecerse en pediatría un seguimiento más específico, dentro del Programa de Salud Infantil.

En el ámbito de la educación social, en ciertos espacios como ludotecas, centros de tiempo libre, o en la educación de calle, es más complicado establecer relaciones con la familia de la niña. Por esta razón, es muy aconsejable intentar acceder a la familia, aprovechando los momentos en los que acude a buscar a la menor, o realizando alguna actividad a la que sea invitada y en la que pueda participar.

Una vez asentada la relación con la familia, se proporcionará información sobre los riesgos para la salud, y los problemas legales, que conlleva la MGF, y, según su respuesta, se procederá como ya hemos indicado anteriormente.

En el caso de que no se haya podido entrar en contacto con la familia, sería conveniente iniciar un seguimiento de la niña. Para ello, se puede comunicar su posible situación de riesgo al técnico o la técnica de infancia, y a los servicios sociales de la zona, para se realice la intervención desde estos ámbitos.

Actuación ante una situación de riesgo inminente

Actividad preventiva pre-viaje y actividad post-viaje. Intervención desde el ámbito educativo con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo, y ante un viaje inminente. Seguimos los siguientes **pasos**:

- Entrevista con la familia.

- Coordinación con los servicios sociales y la técnico o el técnico de infancia (o CAREI en Aragón).
- Comunicación al centro de salud.
- Seguimiento del caso.

Ante un riesgo inminente (viaje de vacaciones a su país de origen, comentarios de los familiares o de la niña...), desde el marco de **la relación entre tutores y padres y madres**, se proporcionará una vez más (o por primera vez si se da el caso), información a la familia sobre los riesgos para la salud y las implicaciones legales de la MGF.

Asimismo, el tutor o la tutora pondrá esta situación en conocimiento del equipo directivo del centro, que a su vez contactará con los servicios sociales de la zona (servicios sociales generales). También se comunicará al centro de salud, que se encargará de realizar una intervención para informar y promover la firma del compromiso preventivo.

En Aragón, por ejemplo, dentro del protocolo del Gobierno de Aragón, está establecida la comunicación y coordinación con el Programa de Mediación Intercultural del Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI), para que a través de su intervención se establezcan canales de colaboración con la familia que eviten la posible práctica de la MGF.

Diferente será la actuación del equipo de trabajo en el **ámbito de la educación social**. Dicho equipo realizará un informe sobre el riesgo inminente que mandará a servicios sociales y/o, a la técnico, o al técnico de infancia de la zona, y a su vez dichos profesionales se encargarán de realizar la intervención.

En ambos casos, cuando la niña haya regresado del viaje, habrá que ponerse en contacto con los servicios sociales de la zona, y con el centro de salud correspondiente, para poner en conocimiento el retorno de la niña. Si además todo ha ido bien, será importante el refuerzo positivo a la familia.

Sospecha y/o confirmación de MGF practicada

En esta situación, seguiremos los siguientes **pasos**:

- Coordinación con el centro de salud para revisión.
- Informar a los servicios sociales de la zona.

En primer lugar, hay que señalar que en este punto debe actuarse con mucha **cautela, prudencia** y, sobre todo, confidencialidad. Es decir, evitar el hacer saltar falsas alarmas que nos lleven a realizar una intervención precipitada.

Como se señala en la publicación: *“Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales”*⁵, cuando una niña regresa a España, el tipo de mutilación que puede haber sufrido, por lo general, será de tipo I o tipo II, razón por la que posiblemente haya cicatrizado y “curado” antes de su retorno al colegio, ludoteca, centro de tiempo libre, etc. Es por esto que, en caso de no tener secuelas físicas de mayor grado (infecciones, dolores, retención urinaria), difícilmente observaremos algún malestar.

No obstante, las consecuencias sí que pueden manifestarse de una manera más **emocional**, a través de cambios de comportamiento, por ejemplo, puede mostrarse menos comunicativa y relacionarse en menor grado con los demás. En este caso, es bueno intentar hablar con la niña, conversando de muchos temas, y entre ellos, de sus vacaciones, y así valorar sus respuestas. Si éstas son negativas, de rechazo o de rabia, podríamos estar ante una posible MGF. No obstante, tenemos que tener claro que sólo sería una posibilidad, y que, por lo tanto, sería preciso actuar con mucha prudencia.

Si se diera esta situación, nos pondríamos en coordinación con el centro de salud para que, desde allí, en caso de que no haya acudido aún, se citara a la niña para un examen de salud en pediatría. Si la familia se niega a acudir al centro de salud, desde la dirección del colegio se informará a los servicios sociales de la zona (en Aragón, también al CAREI).

Una situación bien distinta se produciría si las **secuelas físicas** se hicieran patentes (dolor abdominal, sangrado, retención urinaria), y la niña necesitara acudir a un centro de salud. En este caso, una persona



⁵ Kaplan, A.; (coordinación). Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales y Perjudiciales (GIPE/PTP). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Barcelona 2010

del equipo acompañará a la menor al centro de salud, y se avisará al padre, a la madre, o a ambos, de lo acontecido. Asimismo, si nos encontramos dentro del ámbito de la educación no formal, se realizará un informe destinado a los servicios sociales y a la técnico o al técnico de infancia, de la zona.

3.4.3. PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO

3.4.3.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES DESDE ESTE ÁMBITO

Este apartado está destinado a todos aquellos y todas aquellas profesionales del ámbito sanitario, que tienen en común la atención a personas que proceden de países de riesgo, independientemente de que ejerzan su labor en Atención Primaria (AP), o en Atención Especializada (AE).

- Profesionales implicados en AP: pediatras y enfermeras de pediatría, matronas, y personal de medicina y enfermería de familia.
- Profesionales más implicados en AE: personal de los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría, urgencias y urología.
- Otros profesionales implicados: personal de los centros de vacunación internacional y de salud mental.

El **marco lógico de actuación** será el del Programa de Salud Infantil (PSI), el Programa de Actividades Preventivas en Salud Sexual y Reproductiva, el Programa de la Mujer, el Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix, y el Programa de Vacunación Internacional.

Puntos fuertes de la actuación desde este ámbito

La AP, por su proximidad con las familias y por el abordaje longitudinal de los problemas de salud a lo largo de la vida, es uno de los entornos mejor ubicados para el planteamiento inicial de las MGF desde una perspectiva preventiva.

El trabajo se realiza tanto con las personas adultas (madre y padre), como con las niñas y adolescentes.

Las actividades realizadas a través de las consultas programadas nos permiten generar confianza y vínculos con la familia para ir trabajando el tema progresivamente, facilitándose así el marco para la intervención general preventiva.

Los servicios sanitarios tienen también la función específica de valorar el grado de afectación física, psíquica y sexual derivados de la práctica de las MGF, para así iniciar el control y seguimiento médico y psicológico correspondiente.

Las profesionales y los profesionales sanitarios son **los únicos que pueden certificar el compromiso preventivo, y confirmar o descartar la existencia de una MGF.**

Premisas generales de las que partimos

El conocimiento de esta práctica y su enfoque preventivo desde una perspectiva transcultural, puede representar un **modelo de intervención positiva** en relación a la **integración de los cuidados sanitarios en la población inmigrante.** Esta perspectiva es respetuosa con sus valores y cultura, siendo además efectiva en la eliminación de las consecuencias físicas y psicológicas.

Como profesionales sanitarios, independientemente del servicio al que se pertenezca, es importante la intervención, haciendo especial hincapié en la prevención y en la detección de riesgo inminente por una parte, y en la detección, valoración y tratamiento de las posibles complicaciones por otro lado.

Los profesionales sanitarios debemos **conocer la población de riesgo** asignada a nuestro centro de trabajo. Debemos registrar en la historia clínica la existencia o no de MGF y las actividades realizadas en relación a la prevención de la MGF. Debemos mantener la confidencialidad y privacidad de la información obtenida. Podemos investigar el problema de la MGF mediante un registro de los casos.

Es importante **aprovechar cualquier encuentro** con el padre o la madre de la niña que pueda estar en riesgo, para empezar a plantear el tema. De manera general, hay que preguntar por las MGF con **naturalidad**, como parte de la historia reproductiva de la mujer, después de establecer una relación de confianza con la paciente y/o la familia.

En caso de que una primera entrevista no baste, estimularemos posteriores encuentros con la familia. Mientras tanto les aconsejaremos que piensen sobre el tema hasta que nos volvamos a poner en contacto. En la siguiente cita procuraremos aportar mayor información.

Si la entrevista ha sido larga e intensa, la finalizaremos con un resumen de los aspectos fundamentales.

Es especialmente recomendable contar con vías de comunicación entre los servicios de ginecología y de pediatría. Se debería recoger información sobre

si la madre está mutilada. Estos datos podrían quedar reflejados en el documento de salud infantil donde constan los datos del embarazo, parto y del recién nacido.

3.4.3.2. ACTUACIONES RECOMENDADAS DESDE EL ÁMBITO SANITARIO SEGÚN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Actividad general preventiva

Intervención que tiene la finalidad de prevenir la práctica de la MGF en familias con factores de riesgo. Existen, al menos, 3 tipos de intervención general preventiva desde el ámbito sanitario:

1. La prevención sistemática

Se desarrolla fundamentalmente en las consultas de pediatría de los centros de atención primaria. El personal médico y de enfermería de pediatría pueden jugar un papel central en la prevención de la MGF, debido a su repetido contacto con las niñas de riesgo y sus familias. El **principal argumento** contra la MGF son las complicaciones médicas y el deseo de que **las niñas mantengan una buena salud**. Como ya sabemos, con una actitud abierta y un conocimiento básico, las conversaciones con los padres y las madres pueden ser muy constructivas. Esta actividad se realiza dentro del marco del PSI, que comprende edades que van desde el nacimiento hasta los 14 años.

También puede ser realizada en las consultas de la matrona, tanto en atención primaria como en atención especializada, o en los servicios de salud sexual y reproductiva, con los controles del embarazo y de planificación familiar. Buena parte de los efectos negativos a corto y largo plazo de las mutilaciones genitales femeninas en la salud de la mujer pueden presentarse en el ámbito sexual y reproductivo. La gestación es un período en el que los padres están especialmente sensibilizados acerca de la salud actual de la mujer, y futura del bebé y, por lo tanto, más dispuestos a modificar actitudes. Así que **un buen momento para la prevención suele ser el embarazo**.

Aragón cuenta con las actuaciones que realizan las mediadoras y mediadores interculturales en los hospitales, cuando son avisadas para asesorar en el tema de la MGF, a las mujeres de riesgo tras el parto. Los 2-3 días siguientes al mismo son los ideales para que se pongan por primera vez en contacto con las familias y ofrecerles información sobre las consecuencias, tanto físicas como legales, que puede ocasionar la MGF. De igual modo pueden ofertarles la participación en cursos y/o talleres de salud.



2. La prevención oportunista

Se desarrolla fundamentalmente en las consultas de medicina y enfermería de familia localizadas en los centros de atención primaria, así como en otros servicios de salud como el de urgencias, o urología. **Se aprovecha la oportunidad de atender alguna complicación derivada de una MGF ya realizada para hablar del tema**, y ofrecer información y consejo sobre ella. Es muy importante que expresemos a la paciente **la relación existente** entre la complicación actual y su MGF. Debemos indagar sobre la situación de sus hijas si las hay.

En los centros de vacunación internacional se puede **aprovechar la consulta previa a un viaje al país de origen**, en donde se les administran las vacunas aconsejadas (y de cumplimiento obligado), se les informa sobre una serie de medidas de higiene, cuidados y prevención de enfermedades, y se les prescribe tratamiento contra la malaria. Igualmente, se les informa sobre la MGF y la necesidad de acudir a la consulta de pediatría para realizar un examen de salud, concretar un botiquín básico para llevar al país de origen, y firmar el compromiso preventivo. Es recomendable poner en contacto a estas familias con organizaciones que trabajen en la prevención de la MGF en el país de destino y que puedan apoyarlos en su decisión de no mutilar.

3. La prevención comunitaria

Su objetivo es informar y sensibilizar a la comunidad mediante la colaboración del personal sanitario en talleres, cursos, actividades en las escuelas, etc.

Cuándo y cómo se procede a la intervención.

Si estamos atendiendo en nuestros servicios a familias que proceden de países de riesgo, las intervenciones preventivas son más que oportunas.

Antes de abordar directamente el tema de la mutilación, es preciso realizar una **anamnesis completa** con el objetivo de conocer antecedentes personales y familiares. Será necesario recabar información concreta, tanto del país de origen como de la etnia. Preguntar directamente si en su comunidad practican la MGF.

Tan importante como preguntar, es registrar en la historia clínica la información obtenida respecto a la MGF practicada, o la presencia de factores de riesgo.

Un buen momento para iniciar la intervención preventiva suele ser **el embarazo**. El objetivo es prevenir posibles problemas que puedan aparecer en el parto si la mujer ha sido mutilada, así como iniciar la prevención de la MGF en su hija o sus hijas.

En las **consultas de pediatría**, el momento para comenzar a hablar del tema va a depender de la relación previa que tengamos con la familia, y de la intención o no de un viaje inminente al país de origen. Si ya tenemos confianza con la familia por hijos previos, podemos comenzar a hablar desde las primeras visitas del PSI. Si es la primera vez que viene a nuestras consultas esperaremos a las revisiones de los seis o siete meses para hablar con la familia, salvo que nos comenten que próximamente van a realizar un viaje al país de origen, en cuyo caso iniciaremos inmediatamente la prevención.

Otro momento para intervenir es la **atención a una mujer que sufre complicaciones** o secuelas (cistitis de repetición, anemia crónica, dismenorrea, hepatitis, problemas de salud mental, etc.) que pueden estar ocasionadas por una MGF anteriormente practicada.

Una vez comenzada la intervención con la familia que consideramos de riesgo, abordaremos la práctica de las MGF **desde lo más general**, comentando temas como:

- El por qué se realiza la MGF en su pueblo o ciudad (ritual, tradición de los mayores...).
- A qué edad se practica en su comunidad.
- Si conocen a alguna mujer a la que se la hayan realizado.
- Si en su familia la han practicado.

- Si se lo han realizado a ella misma.
- Si tiene pensado realizarlo a sus hijas.
- En qué piensan que beneficia a las niñas.

Después pasaremos a los **temas más concretos**:

- Consecuencias que tiene para la salud de mujeres y niñas: *¿conocen a alguien que haya sufrido alguna de las consecuencias?* En muchas ocasiones recuerdan a alguna hermana, prima, vecina que tuvo complicaciones después de la MGF.
- Consecuencias legales: *¿en su país está prohibido? ¿Conoce qué dice la ley española?*
- Presión de la familia en el país de origen.

Las complicaciones (tanto a corto como a largo plazo) van a depender del tipo de MGF efectuada. Por lo tanto, cuando tratemos este tema con las mujeres o con las familias, **será importante individualizarlo dependiendo del tipo de mutilación que tenga realizada** la madre, hermana, o de la que suelen realizar en su etnia.

Si durante el proceso de acercamiento y profundización al tema la respuesta de la familia no es colaboradora, o si su posicionamiento es claramente a favor de la práctica, daremos un paso más y nos coordinaremos con otros profesionales (trabajo social, educativo), para estar preparados en el momento en que los padres tengan intención de viajar al país de origen con la niña. Deberemos dejar una anotación en la historia clínica. Mientras, seguiremos con nuestro objetivo de sensibilización a la familia.

Es muy importante acompañar a la familia hacia un proceso de reflexión que debe ser de largo recorrido. La prevención no es algo puntual sino que para que sea efectiva tendremos que ir dialogando con la familia poco a poco, en un marco de confianza. Los cambios importantes en el posicionamiento de este tema se tienen que dar desde dentro, desde la propia comunidad y familias. La prevención general tendrá éxito en tanto en cuanto sean las familias por convicción propia, y no por miedo a las leyes, las que decidan terminar con la práctica, primero en su propia familia y luego, seguramente, estarán dispuestas a seguir la lucha con otros familiares, amigas y amigos, y en sus países de origen.

Actuación ante una situación de riesgo inminente

Actividad preventiva pre-viaje. Se realiza con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.

Cuando tengamos conocimiento de que una familia está preparando un viaje llevaremos a cabo lo que llamamos actividad pre-viaje. La información nos puede llegar directamente de la familia o por otro profesional que esté trabajando con ella y nos derive el caso.

Sabemos que **el mayor riesgo** que existe en la actualidad en España de que una MGF sea realizada, es justo el momento en el que una familia por diversas circunstancias (vacaciones, enviar a sus hijos una temporada a estudiar al país de origen, temas de salud de familiares o económicos...) se plantea el viaje. Es en ese momento cuando se tienen que enfrentar a la decisión de mutilar o no, y hacer frente a la presión familiar.

Por ello es importante preparar a la familia. Lo ideal será que ya se hubiera trabajado la prevención general (nosotros u otro profesional) y podamos saber qué piensa la familia sobre el tema, ya que entonces la actuación será menos agresiva.

Citaremos a la niña a una **consulta programada** donde, si ya se ha realizado la actividad preventiva general, valoraremos su estado de salud, completaremos el calendario vacunal si es necesario, prepararemos con ellos un botiquín básico para llevar a su país, repasaremos las consecuencias físicas que podría tener la realización de la MGF a su hija, las consecuencias legales a la familia, y la presión familiar que se pueden encontrar. A continuación les ofreceremos la firma del compromiso preventivo.

Si el tema se aborda por primera vez, realizaremos la intervención siguiendo las pautas iniciales: hablaremos desde lo más general a lo más concreto, intercambiando con la familia toda la información importante (consecuencias para la salud, legales, presión familiar, protección de las menores). Igualmente, finalizaremos la entrevista con la propuesta de la firma del compromiso preventivo.

El **compromiso preventivo** es un documento desarrollado para que los padres y madres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen **como elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas**. Se recomienda que la intervención para la oferta del compromiso preventivo la realice el profesional sanitario que habitualmente atiende a la niña ya que es su profesional de referencia y goza de la confianza de la familia.

En este documento debe constar la integridad de los genitales de la niña. Como ya hemos dicho, la firma de un compromiso preventivo no ha de ser el primer elemento de contacto entre el personal sanitario y las familias de las niñas en riesgo de sufrir una MGF. La obtención de este compromiso será **la culminación de un proceso** que garantice que los padres y madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema con respeto, autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen. Con este documento lo que se pretende es fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la mutilación a sus hijas y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen. Debemos tener en cuenta que son sociedades gerontocráticas donde el poder lo ostentan los ancianos y las ancianas, y por tanto, es difícil cuestionar la autoridad de sus mayores. A la firma de este compromiso se pacta una cita para el regreso del viaje.

Una copia del compromiso preventivo será incluida en la historia clínica por la profesional o el profesional responsable de la atención a la niña. La existencia del compromiso preventivo es el registro que demuestra que las profesionales y los profesionales de la salud, conociendo una situación de riesgo, han intentado la aproximación preventiva, y han informado, a los padres y madres, de las consecuencias que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas, tanto legales como en salud.



La obtención del compromiso preventivo **no excluye ni sustituye** las otras medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas. En ese caso, es útil informar al Servicio de Protección de Menores o a otras autoridades. Generalmente se recomienda participar activamente a fin de proteger a las niñas y no ser procesado por omisión de asistencia a un niño en peligro.

A continuación proponemos un modelo de compromiso preventivo, utilizado en el protocolo de actuación prevención de la MGF en Aragón y que parte de una propuesta elaborada por el GIPE (Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales) y que también está incluido en el protocolo catalán.

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:

se informa a los familiares/ responsables de la niña:

Nombre	Fecha de nacimiento	País al que viaja

Acerca de:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países africanos, y del delito que supone la práctica para los Derechos Humanos.
- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la operación haya sido realizada fuera del país (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), según modificación de la LOPJ 3/2005. La pena de prisión es de 6 a 12 años para los padres, la retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/ la Pediatra /Médico de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

El/la Pediatra/Médico certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta ese momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

- **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la-s niña-s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO** haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje,**

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

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico

Actividad preventiva post-viaje. Se realiza con la finalidad de evaluar la actividad preventiva.

A la vuelta del viaje se realizará una nueva intervención para valorar el resultado de las intervenciones previas. Aquí nos podemos encontrar con diferentes situaciones:

1. A su regreso la familia acude a nuestro servicio. En este caso hay dos cosas muy importantes que tenemos que hacer:

- Hablar con la familia para intercambiar impresiones sobre el viaje, si han padecido alguna enfermedad durante su estancia, y preguntar cómo ha ido el tema de la MGF.
- Realizar un examen de salud completo, incluyendo la exploración de los genitales.

A este respecto es importante recordar que, cuando vemos por primera vez

a una niña que ha nacido en un país de riesgo, deberá quedar reflejado en la historia clínica, de forma específica, el estado de integridad de sus genitales. Esto tiene una importancia capital desde un punto de vista preventivo y legal.

Si la familia no ha mutilado a sus hijas, trabajaremos el refuerzo positivo en esta y otras entrevistas, apoyando la difusión de la información que ya conocen, y facilitando esta información a otros familiares y amigos, sumándolos de esta manera a la lucha contra la MGF.

Si la familia ha mutilado a la niña deberemos, por un lado, valorar el grado de afectación física y psicológica producido, poniendo en marcha las acciones terapéuticas necesarias para su corrección, y por otro lado, lo pondremos en conocimiento de la autoridad competente, normalmente del Servicio de Protección de Menores.

2. A su regreso la familia no acude a nuestro servicio. En este caso es importante el trabajo en red, principalmente la comunicación con los servicios sociales y educativos, para alertar sobre el caso y localizar a la familia para que acudan al centro de salud. Una vez localizada se procederá a realizar lo expuesto en las líneas anteriores. En caso de no acudir se alertará a los Servicios de Protección de Menores.

Sospecha y/o confirmación de MGF practicada



Son indicadores de sospecha de que a la niña se le puede haber practicado una MGF: el cambio de comportamiento a la vuelta de vacaciones, tristeza, desconfianza, retraimiento, rechazo a su cultura. También lo son las alteraciones en el estado de salud: anemia producida por sangrado post-mutilación, molestias en zona genital, infecciones de orina. Evitar las actividades deportivas. Absentismo escolar alegando motivos de salud. Incumplimiento injustificado y reiterado a las visitas de la consulta pediátrica. Incumplimiento de la visita pactada después del viaje. La comprobación de una MGF sólo

se podrá realizar en un centro sanitario, porque es aquí donde se puede proceder a la realización de un examen de salud completo, y por tanto a la confirmación de si se ha llevado a cabo o no la MGF.

Hay que señalar que, a veces, los **tipos I y II pueden pasar desapercibidos si no se buscan cuidadosamente.**

Cuando confirmemos una MGF, nuestro primer objetivo será valorar el grado de afectación física y psicológica ocasionado y proponer las medidas correctoras oportunas incluyendo, si fuera necesario, la cirugía reparadora. Posteriormente deberemos denunciar el hecho a las autoridades competentes.

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

Detección y tratamiento de las complicaciones

Además de la prevención, los servicios sanitarios tienen la función específica de **valorar el grado de afectación física, psíquica y sexual** derivados de la práctica de la MGF para así iniciar el **control y seguimiento médico y psicológico correspondientes**. Una dificultad que se encuentran es que muy pocas son las mujeres que asocian los problemas de salud y de la sexualidad con la MGF. Esto obliga a realizar una búsqueda activa de los síntomas, a la vez que informar a estas mujeres de la relación de los mismos con la MGF.

En un estudio reciente realizado en Gambia, presentaron complicaciones, tanto inmediatas como tardías, el 23,7% de las mujeres con MGF tipo I, el 55% con tipo II, y el 55,4% con el tipo III. La complicación a largo plazo más detectada fue la cicatrización anormal (fibrosis, queloides y sinequias), seguida de dispareunia.

Durante el parto también existe una mayor frecuencia de problemas en mujeres con MGF comparadas con mujeres no mutiladas, especialmente en los tipos II y III. Estas complicaciones son: mayor necesidad de cesárea, mayor incidencia de hemorragia post-parto, más frecuencia de hospitalización prolongada, aumento del número de episiotomías, mayor mortalidad materna, mayor número de recién nacidos que precisan reanimación al nacimiento y mayor mortalidad perinatal. Por todo ello uno de los objetivos es evitar los problemas que puedan aparecer durante el mismo si la mujer ha sido mutilada.

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. Si se trata de una MGF de tipo I o II, se debe tranquilizar a la gestante en cuanto a las posibles complicaciones motivadas por esta situación 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 MGF tipo III, es posible que el introito, periné y tercio inferior de la vagina estén estenosados o rígidos, lo que impedirá una correcta exploración. En estos casos se plantea la des-infibulación. Ésta se realiza siempre que la mujer infibulada firme el consentimiento informado, mediante el cual explicita su consentimiento tras haber sido informada con detalle, tanto ella como su pareja, del motivo de la intervención y de los beneficios de ésta en el desarrollo del parto y la salud del niño y la madre, así como en la micción, la menstruación y en sus relaciones sexuales.

Por razones de seguridad, el mejor momento para realizar la des-infibulación es entre las semanas 20 y 28 de la gestación; si esto no es posible, se lleva a cabo en el momento del parto. Hay que dejar claro que no se realizará una re-infibulación después del parto.

Es importante relacionar siempre los problemas ginecológicos derivados de una mutilación con ésta, con naturalidad pero con firmeza, transmitiendo elementos para que puedan replantearse la postura ante la MGF cuando llegue el momento de decidir sobre sus hijas.



Las mujeres a las que se les ha realizado una MGF pueden ser más propensas a sufrir trastornos psicológicos o psiquiátricos como ansiedad, somatizaciones, fobias y baja autoestima, que las mujeres sin MGF. En ocasiones hay madres en las que puede existir un sentimiento de culpa al posicionarse contra la MGF en la actualidad, pero que previamente habían practicado la MGF a alguna de sus hijas. Otras veces son las adolescentes, tanto si han sido mutiladas como si no, las que suelen sentir que se hallan entre dos culturas con valores diferentes. Éstas necesitan recibir, en un ambiente de confianza, información sobre todos **los aspectos de su salud y de su sexualidad**, incluida la posibilidad de reconstrucción genital. Por lo que un aspecto fundamental a tener en cuenta por los profesionales sanitarios es ofrecer consejo psicológico, y la posibilidad de derivar a dichas mujeres a los correspondientes servicios de salud mental.

Otro aspecto a tratar es el de la sexualidad. Estudios de investigación muestran que las mujeres que han sufrido una MGF presentan una probabilidad 1,5 veces mayor de experimentar dolor durante el coito, experimentan significativamente menos satisfacción sexual, y refieren el doble de veces una falta de deseo sexual comparado con mujeres no mutiladas.

Medicalización

Pese a que algunas personas han sugerido que la medicalización puede ser el primer paso para el abandono de la práctica, no hay evidencia que soporte dicha expectativa. Es más, se considera que **contribuye a la persistencia y la extensión de la práctica**. Aunque es cierto que puede reducir algunos de los riesgos inmediatos, no lo hace con las complicaciones a largo plazo como las sexuales, psicológicas y obstétricas. Por lo tanto, queda absolutamente excluida la medicalización de estas prácticas desde los servicios sanitarios.

Reconstrucción y cirugía genital

Desde hace más de una década se está comenzando a resolver quirúrgicamente la extirpación del clítoris asociada al tipo I y II de MGF. El resultado de la intervención es una **aparición anatómica de normalidad** en los genitales femeninos, **y en algunos casos**, dependiendo de la gravedad de la mutilación, **la recuperación de la sensibilidad del clítoris**.

Todos estos elementos pueden contribuir a la mejora de la calidad de la vida de la mujer. Hay estudios que demuestran que se ha conseguido la restauración anatómica del clítoris en un 87% de los casos, y una mejoría real de la función del clítoris (recuperación de la sensibilidad) en un 75% de las pacientes a los 6 meses de la intervención. Es deseable que antes de la intervención se haga una valoración psicológica de la mujer considerando las

repercusiones en su vida sexual y los beneficios que pueden proporcionar tanto desde un punto de vista funcional como de apariencia anatómica de sus genitales externos.

Es muy importante que **la mujer llegue preparada y bien informada** al momento de la operación, ya que le puede suponer la superación de diferentes barreras personales y de pareja y tiene también que estar preparada para los resultados ya que podrían no ser los esperados.

Despedida

Esperamos que esta guía te haya resultado útil y amena. Recuerda que existen diversos materiales, recursos, entidades y profesionales que te pueden apoyar en tu labor de prevención e intervención ante la MGF, algunos de los cuales presentamos en el apartado de bibliografía.



Behrendt, Alice. **Listening to African Voices. Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice.**

Plan International Deutschland e.V. 2011. Accesible en:

http://frauenrechte.de/online/images/downloads/fgm/plan_listening_to_african_voices_2011

Berg, RC.; Denison, E.; Fretheim, A. **Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies.** Report from Kunnskapssenteret nr 13–2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010. Accesible en:

http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/132233/1/NOKCrapport13_2010.pdf

Caño Aguilar, A.; Martínez García, E.; Oliver Reche, M.; Torrecilla Rojas, L.; Fernández Caballero, A.; Ochoa Rodríguez, M^a D.; Sánchez Robles, C.; Velasco Juez, C. **Mutilación Genital Femenina. Abordaje y prevención.** Medicus Mundi Andalucía. Granada, 2009.

Caño Aguilar, A.; Martínez García, E.; Oliver Reche, M.; Torrecilla Rojas, L.; Fernández Caballero, A.; Ochoa Rodríguez, M^a D.; Sánchez Robles, C.; Velasco Juez, C. **Mutilación Genital Femenina más que un problema de salud.** Medicus Mundi Andalucía. Granada, 2008.

Carmona, A.B.; De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria. **Tu sexualidad también es importante. Guía de sexualidad para personas inmigrantes. UNAF 2007.**

Carmona, A.B.; De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria, y colaboradores. **Jornadas Unaf Sexualidad e Inmigración 2007-2009.** Edita: Unaf. Madrid. 2009.

De la Cruz, Carlos (2010). **Nueva Educación de las Sexualidades.** Madrid. UCJC.

De la Cruz, Carlos; Carmona, A.B. y Ramírez, M.V. **Educación Sexual desde la Familia. Programa de Formación de formadores.** Edita: CEAPA. Madrid, 2008.

De la Cruz, Carlos y Fernández-Cuesta M.A. **Educar y Atender la Sexualidad desde Pediatría.** Edita: UNAF. Madrid, 2008.

De la Cruz, Carlos. **Expectativa de Diversidad, ideas y dinámicas.** Madrid. Edita: CJE, Madrid, 2005.

Jaeger, F.; Cafilisch, M.; Hohlfeld, P. **Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians.** Eur J Pediatr. 2009 Jan;168(1):27-33.

Kaplan, A.; Torán, P., Bedoya, MH., Bermúdez, K.; Moreno, J; Bolívar, B. **Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria.** Aten Primaria 2006; 38(2):122-6.

Kaplan, A.; (coordinación). Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). **Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales**. UAB, 2010. Accesible en: http://www.mgf.uab.es/docs/Manual_profesionales_BR.pdf

Kaplan, A.; Hechavarría, S; Martín, M; Bonhoure, I. **Health consequences of female genital mutilation / cutting in the Gambia, evidence into action**. Reproductive Health 2011; 8:26-31.

Kaplan, A.; Fernández del Río, N; Moreno-Navarro, J; Castany-Fàbregas, MJ; Ruiz Nogueras, M; Muñoz-Ortiz, L; et al. **Female Genital Mutilation: perceptions of healthcare professionals and the perspective of the migrant families**. BMC Public Health 2010, 10:193-201

Kaplan, A.; Risler, S. **Iniciación sin Mutilación** [Vídeo documental]. 26'Ovideo Producciones. Barcelona, 2004.

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

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

Kaplan, A; López Gay, A; **Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España** 2009. GIPE-UAB. Barcelona, 2010.

Kaplan, A (coordinación). **Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales**. Edita: Associació Catalana de Llevadoras. Barcelona, 2004.

Foldes, P.; Louis-Sylvestre, C. **Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases**. Gynecol Obstet Fertil 2006;34(12):1137-41.

Ramírez M.V.; Carmona, A.B. y De la Cruz, C. **"Su sexualidad es importante. Guía para profesionales de atención en sexualidad a personas inmigrantes"**. Edita: UNAF. Madrid, 2010.

Ramírez, M.V.; Carmona, A.B.; De la Cruz, C. **Cuentos para Educar en Familia. Educación sexual de las hijas y los hijos**. Edita: CEAPA. Madrid, 2010.

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. **Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries**. Lancet 2006; 367:1835-41.

World Health Organization. **An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM)**. Progress report, 2011. Accesible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.18_eng.pdf



C/ Alberto Aguilera 3. 1º izq. 28015 Madrid
(Metro San Bernardo)
Teléfonos: 91 446 31 62 / 50 | Fax: 91 445 90 24
unaf@unaf.org
www.unaf.org



DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

**Trabajamos por el bienestar
de las familias**



UNIÓN EUROPEA

FONDO EUROPEO
PARA LA
INTEGRACIÓN



MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE INMIGRACIÓN
Y EMIGRACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL
DE INTEGRACIÓN
DE LOS INMIGRANTES