

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de grado

PROYECTO “NINAS”

PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA LA
PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL
FEMENINA DESDE EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN EN
ARAGÓN

Estudiante: Isabel Lamiquiz Moneo

Director: Antonio Eito

Zaragoza, junio de 2014



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

"La igualdad es una necesidad vital del alma humana. La misma cantidad de respeto y de atención se debe a todo ser humano, porque el respeto no tiene grados."

Simone Weil.

AGRADECIMIENTOS

Dar las gracias a todos aquellos que estuvieron siempre a mi lado alentándome a conseguir todo aquello que me proponga.

Un gran reconocimiento a todas las entidades y personas particulares que me han ayudado para la realización del trabajo.

Agradecer de manera especial a mi querida “manada”, familia, amigos y mi querido pilar, por no permitirme rendirme cuando más lo ansiaba. A las nuevas amistades conseguidas durante estos cuatro años de carrera que ha hecho que no desista con cada embate.

Por supuesto un gran agradecimiento a mi tutor Antonio por ayudarme con cada pequeña y grande obstáculo, por marearle con cada todas las dudas.

También quisiera dar las gracias a todos aquellos que no me ayudaron ya que por ellos soy más fuerte que nunca. Y por último agradecer a todos aquellos que ya no están conmigo pero ha protegido desde donde quería que estén.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	METODOLOGÍA.....	7
3.	FUNDAMENTACIÓN	9
a)	Marco teórico	11
	Definición según la OMS.....	11
	¿Quién lo realiza?	12
	¿Cuándo se realiza?.....	13
	Tipos según la OMS	14
	¿Dónde se realiza?	15
	¿Por qué motivos se realiza?	18
	Consecuencias	19
	Mecanismo de detección	20
	Marco Jurídico y Legal.....	22
	Medidas de actuación	25
	Papel del Trabajo Social	26
b)	Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto ..	29
c)	Análisis del contexto.	34
4.	DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	35
a)	Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal.	35
b)	Metodología	37
c)	Objetivos	39
d)	Actividades	40
e)	Temporalización	45
f)	Recursos materiales y humanos.....	47
g)	Organización del equipo de trabajo y asignación de responsabilidades.	48

5. CONCLUSIONES	54
6. BIBLIOGRAFÍA	56
7. ANEXOS	58
ANEXO I: ENTREVISTA A LA TABAJADORA SOCIAL DE MEDICOS DEL MUNDO	58
ANEXO II: ENTREVISTA UNA PEDIATRA	66
ANEXO III: ENTREVISTA A UNA PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN	70
ANEXO IV: ACTIVIDAD N°8: CINEFORUM	76
ANEXO V: FICHA DE EVALUACIÓN	78
ANEXO VI: INDICE DE MAPAS, TABLAS Y GRÁFICOS	80

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de los flujos migratorios en los países occidentales ha tenido como consecuencia la creación de unos estados ricos culturalmente, en los cuales se debe primar la integración de las minorías de manera respetuosa para toda la comunidad, de manera que puedan coexistir una gran variedad de tipologías de vida.

Se tiene la oportunidad y obligación salvaguardar los derechos fundamentales, que en muchas ocasiones en los países de origen no se están llevando a cabo. En este marco de intervención se encontraría los trabajos desarrolladas para la prevención y eliminación de la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF), el cual es practicado en gran parte del territorio africano como mecanismo de control y sumisión de la mujer.

Por el desconocimiento por parte de gran parte de la población ante dicha problemática he llevado a cabo la elección de este tema. Además debido a la carencia de la intervención en el ámbito escolar en el contexto de España, es fundamental llevar a cabo una intervención en dicho campo.

No es posible excusar tales prácticas como elemento identificativo de una cultura ya que se trata de un mecanismo de iniciación que agrede de manera permanente a la jóvenes, vulnerando sus derechos.

El objetivo principal del trabajo es dotar de las herramientas necesarias en la intervención en el entorno escolar, tanto a los profesionales, la comunidad, los padres y los menores de edad para concienciar de la erradicación de dicha práctica.

2. METODOLOGÍA

Antes de comenzar con la elaboración del proyecto es imprescindible realizar una revisión bibliográfica del tema que nos concierne, es decir sobre la Mutilación Genital Femenina, y de esta manera poder tener una base teórica de la que partir para comprender las posibles intervenciones que se pueden llevar a cabo además se pueden estudiar las cuales son carencias en este campo y cuáles son las fortalezas. Y de esta manera poder actuar ante dicho problema.

Tras profundizar en la problemática se han llevado a cabo una serie de tres entrevistas con el fin de poder contextualizar la problemática y comprender cuales son las necesidades sociales. Para posteriormente implantar las estrategias necesarias para el cumplimiento del mismo.

Dichas entrevistas serán realizadas en las tres áreas principales donde se trabajan con los menores:

- Un profesional de la sanidad que tenga un contacto con las jóvenes.
- Un profesional de la educación que mantenga relación con las etnias practicantes.
- La Trabajadora Social de Médicos del Mundo.

En primer momento se tenía previsto llevar a cabo cuatro entrevistas, siendo la última realizara a una mujer que ha sufrido la mutilación genital pero debido a los problemas de privacidad no se pudo llevar a cabo.

Con estas entrevistas se pretendía poder fijar los objetivos y las diferentes líneas de actuación para el proyecto. Es fundamental comprender que grado de implicación tiene la comunidad con un problema tan importante para la mujer. Una vez valorados los resultados de estas se comenzara a desarrollar el proyecto de intervención centrado en el ámbito de la educación con la finalidad

de educar a los menores, los padres y al resto de la comunidad que se encuentran en Aragón.

Con dicho proyecto se favorece la realización de un diagnóstico precoz de la situación y de esta manera poder actuar antes las futuras jóvenes mutiladas. Dentro de la difusión se debe indicar a la población diana tanto los objetivos y las actividades pertinentes para su cumplimiento.

En relación a la evaluación del proyecto se debe indicar que se realizará a lo largo de toda la actuación para de esta manera comprobar los fallos que se están cometiendo y poder ir adecuando la actuación. Para finalizar se realizará una evaluación de los resultados obtenidos tras finalizar la actuación.

3. FUNDAMENTACIÓN

El contexto en el que encuentra el Proyecto “ninas” es toda la Comunidad Autónoma de Aragón, se ha desarrollado para continuar con la intervención que se desarrolló en el Protocolo para la prevención y la actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón (Gobierno de Aragón, 2011).

En el cual se muestra una debilidad a la hora de desarrollar las actuaciones en el ámbito de la educación ya que existe una gran carencia en la intervención desde las escuelas.

La base de las que se nutren la creación de este proyecto, es la información que ha obtenido durante las entrevistas. Ya que han sido en esta donde se ha podido comprobar la autentica necesidad de formación por parte de los profesionales.

En relación al protocolo en la entrevista realizada a la trabajadora social de Médicos del Mundo se indicó: “*fue elaborada de una manera interdepartamental, en el que participó: educación, sanidad, y servicios sociales*”, lo cual en ocasiones se ha quedado en la mera teoría ya que sí que existe una coordinación constante entre los centros de salud y los centros de servicios sociales, dicha relación no es tan continua con la educación.

La coordinación con el sistema sanitario es muy buena tal y como afirma la Doctora, del Centro de Salud de las Fuentes, sobre todo entre los servicios sociales y la sanidad quedando la educación en un segundo plano.

Además la pediatra habla de cómo se llevaba a cabo la intervención con las posibles afectadas “*la mayoría de las veces cuando abordamos este tema, lo más frecuente es ver niñas que nacen aquí de etnias que sí que practican la MGF, entonces siempre preguntamos a la madre si ella lo es, como un factor de riesgo, y entonces, cuando ella lo es, nosotros lo anotamos y de una manera paulatinita, quizás no en la primer entrevista, vamos interviniendo en*

ese tema... y en la mayoría de las veces las madres nos expresan que ellas no quieren hacer eso a sus hijas."

La intervención en las escuelas tendría que llevarse a cabo por parte del Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI) pero estas actuaciones no se están realizando de la manera adecuada ya que son muy pocos los centros que tiene conciencia del protocolo, se trabaja con unos pocos centro públicos dejando a un lado a la mayoría de los centros públicos y a la totalidad de los concertado-privados y a los privados.

Durante la entrevista con la profesora del Colegio Público las Fuentes explicó que no ha tenido ningún tipo de formación respecto a esta problemática y tan solo se tiene intervenciones planteadas para casos puntuales. El principal problema al que se enfrentan es el exceso de trabajo:

"La escuela se ve un poco desbordada esa es la verdad, yo creo que habría que hacerlo pero hoy en día la escuela se ve desbordada con tantos temas. Porque por ejemplo ahora con las escuelas de padres se trabajan mucho las separaciones, ..., pero es que ahora en cada clase son un montón, y el problema se agranda muchísimo se tiene que hablar con el padres, se tiene que hablar con la madre, se tiene que hacer de mediadores de la pareja, para que el criado sufra lo menos posible, en fin son tantas cosas que hoy en día la escuela se ve desbordada con temas ajenos a los que es un contenido curricular, que se supone tenemos que enseñar y luego evaluar.. Que si por lo menos luego no lo tuviéramos que evaluar claro pues dice cada maestro tiene su libro, te metes dentro de tu aula y en ella hacer lo que quieras, pero eso no puede ser...."

Este proyecto es llevado a cabo un ente externo a los centros escolares eliminando la posibilidad de cargar con más materia a los profesores.

En relación al trabajo con la comunidad es muy escasa por no indicar nula ya que tan solo se trabaja con la población diana o con las familias. Las escasas

intervenciones son llevadas a cabo por los mediadores interculturales ya que suelen ser las personas más progresistas de la comunidad.

La transcripción de las entrevistas se encuentra en los Anexos I, II y III.

a) Marco teórico

Definición según la OMS

La OMS define la Mutilación Genital Femenina como el conjunto de prácticas que supone la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos, por motivos no médicos ni terapéuticos, sino generalmente culturales.¹

En relación al trabajo para la promoción de los derechos de la niñas que sufren o pueden sufrir la Mutilación Genital Femenina (MGF) podemos destacar a la **Unión de Asociaciones Familiares (UNAF)** creada en 1989 partiendo de la idea central de que la familia es uno de los grupos centrales en la vida de los que parte el desarrollo integral de las personas y asientan las bases de la convivencia de las personas.

Dicha organización considera que la MGF como una grave violación de los derechos humanos y acto de violencia hacia la mujer ya que se trata de una herramienta de sometimiento que elimina el derecho integral del propio cuerpo. Además la realización de este tipo de prácticas tiene unas terribles consecuencias en la salud de las jóvenes tanto físicas como psicológicas. CORREA (2011)

¹ WHO(febrero 2012) Organización Mundial de la Salud, Recuperado el 4 de Marzo del 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

La Mutilación Genital Femenina puede ser llamada de muchas maneras, debido a que la práctica se encuentra extendida entre diferentes culturas. Podemos destacar la ablación, "sunna", circuncisión femenina, corte y ñyakaa² entre otras.

De las indicadas anteriormente podemos destacar la "sunna" ya que se trata de una palabra de procedencia musulmán la cual podríamos traducir como la "palabra del profeta". Aunque como se indicara posteriormente no existe ninguna religión que incentive la realización de esta práctica en la mayoría de los lugares donde se encuentran las etnias practicantes suelen ser zonas musulmanas como ocurre con los países del centro de África. Es necesario destacar que en el Corán no se menciona tal actuación.

El otro término que es necesario resaltar sería la llama "circuncisión femenina". Ya que se trata de una mala interpretación de la circuncisión masculina. Esta práctica tiene como finalidad la resolución de un posible problema médico en el futuro y tiene unas bases médica sólida. Mientras que la Mutilación Genital Femenina no tiene esa interpretación ya que la realización de la misma acarrea graves consecuencias en la salud de las mujeres debido a las agresiones que han sufrido sus cuerpos.

¿Quién lo realiza?

Las encomendadas de la realización de dicha práctica suelen ser mujeres de edad avanzada muy apreciadas por la comunidad y además suelen ser las encargadas de la medicina tradicional (denominadas curanderas). También se encargan de diferentes procesos de la vida como el embarazo o el parto.

En muy extrañas ocasiones puede ser practicada por personas con una formación sanitaria en centros hospitalarios de las ciudades con el pretexto de

² Es el término utilizado por la población senegalesa o gambiana, cuando se refieren al paso de la infancia a la pubertad; dicho proceso se puede dividir en tres fases las cuales se puede diferenciar en separación, marginación y agregación. En el caso de los niños se llama a este proceso Kaseo.

tener una mejor calidad de higiene. Pero esto no garantiza la no aparición de secuelas o consecuencias fatales en el futuro.

¿Cuándo se realiza?

Es necesario destacar que la realización de esta práctica está totalmente determinada por la etnia a la que pertenece la niña. En el caso de pertenecer a una comunidad “practicante” la ablación se le será realizada entre los tres y cinco años.

En algunos casos excepciones, como serían las familias que viven fuera de África que desean realizar la Mutilación Genital Femenina, la edad podrían variar ya que se le practicaría en uno de los viajes de visita a la familia; no se tendría tan en cuenta la edad de la infante para la realización de la práctica.

Entre las etnias practicantes podemos incluir: Sarahule, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa y Fante. Suelen estar distribuidos en el África Subsahariana y Oriente Medio. En un apartado posterior se mostrara un mapa donde se indica la distribución de las tipologías.

En el caso de que no mujer pertenezca una de las etnias tan solo se realizara si su futuro marido perteneciera a una comunidad donde se sí se realizase. En este caso la media de edad para la realización de la MGF sería entre los doce o los catorce años de edad.

Entre las no etnias que no lo realizan podemos incluir: Wolof, Djola, Serer y Ndiago.

Tipos según la OMS

3



- **Tipo I: Escisión de prepucio** además puede tratarse de una ruptura parcial o total del clítoris.

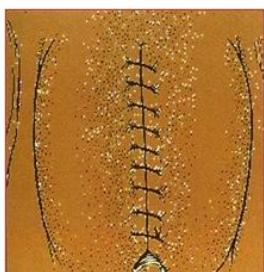


- **Tipo II: Escisión del clítoris** con corte total o parcial de los labios menores.

Estas dos tipologías indicadas anteriormente (Tipo I: escisión de prepucio y Tipo II: escisión de clítoris) son las más comunes ya que suelen incluir entre un 80 y 85 % de los casos.



- **Tipo III: escisión total o parcial de los genitales externos y Sutura/estrechamiento de la apertura vaginal:** tal actuación es denominada infibulación. Esta práctica incluye el 15% del total.



³ Imágenes obtenidas de: Tajada, M. Mutilación genital femenina: tipos y consecuencia, el 27 de Marzo de 2014, de <http://www.gineblog.com/ginecologia/patologia-genital/mutilacion-genital-femenina-tipos-consecuencias.html>

- **Tipo IV: pinchazos, perforaciones o incisiones en el clítoris y/o en los labios.** También se pueden incluir una serie de prácticas entre las que se encuentran el estiramiento del clítoris y/o de los labios, la escarificación mediante abrasión del clítoris y el tejido cercano; introducción de elementos corrosivas o hierbas en la vagina para la cura una hemorragia, para tensarla o para reducir su tamaño.

Esta última podría ser denominada como “cajón desastre” ya que no tiene un patrón de seguimiento sino que se tratarían de diferentes técnicas que tendrían como finalidad el sometimiento de la mujer.

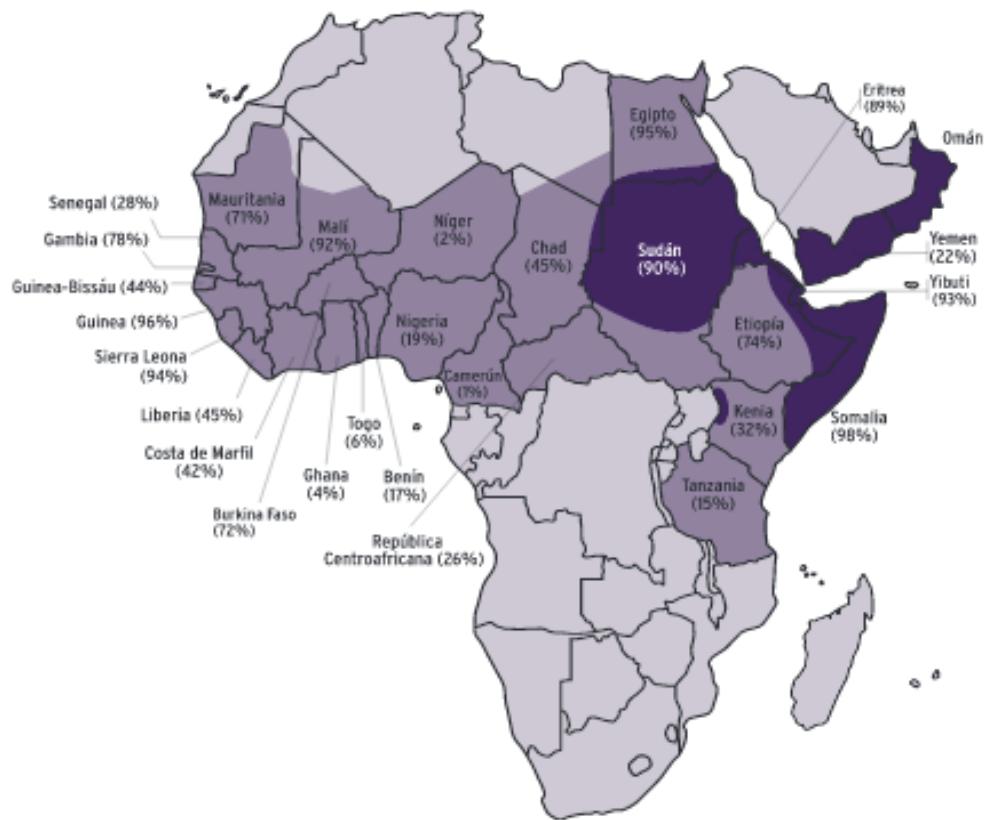
¿Dónde se realiza?

Es necesario partir con la premisa de que la ejecución de la Mutilación Genital Femenina no se encuentra influenciada por la zona en la que vive la comunidad. Se practica tanto en las zonas rurales como en las urbanas ya que se encuentra influencia por la etnia de la joven o la de su futuro esposo.

Tal y como se indica en mapa que aparece acuantiarían la mayoría de población afectada se encuentra en África, suman un total de 28 países, sobre todo en la zona subsahariana.

Además también se puede observar una clara distinción entre los diferentes tipos de mutilaciones realizadas. En la gran mayoría se aplican la Tipo I y II a excepción de Sudan, Somalia, Eritrea, Djibouti y algunas zonas de Etiopía donde se encontraría en la mayoría de las ocasiones las de Tipo III.

MAPA 1: Distribución geográfica de la Mutilación Genital Femenina en África y la Península Arábiga



Tipología de la MGF

- I. Eliminación del prepucio del clítoris.
- II. Corte total o parcial del clítoris, a veces con corte de labios menores.
- III. Ablación del clítoris, labios menores y mayores, con sutura de los lados de la vulva.

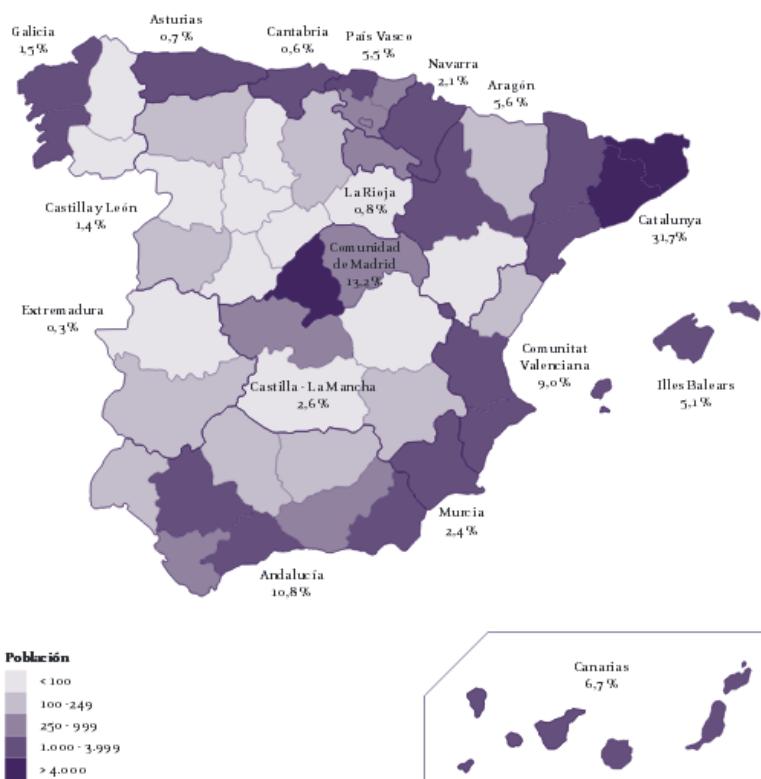


Fuente: Kaplan Marcusán, A. y López Gay, L. (Julio 2006) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Universitat Autònoma de Barcelona

Como resultado de los movimientos migratorios en estas etnias se ha externalizado esta práctica y se ha continuado con la realización de la MGF en los países receptores.

Por ello es necesario destacar como ha afectado en nuestro país.

MAPA 2: Distribución territorial de la población de las nacionalidades en las que se practica la MGF



Fuente: Kaplan Marcusán, A. y López Gay, L. (Julio 2006) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España*. Universitat Autònoma de Barcelona

No existen datos fidedignos o constatados del número de mujeres que han sido mutiladas entre las inmigrantes que viven en el territorio español pero si un registro de distribución de las etnias que practican la Mutilación Genital Femenina.

¿Por qué motivos se realiza?

Para ejecutar tales actos se basan en una gran variedad de argumentos, los cuales no son debatidos por la población tan solo los apoyan y protegen ante los agentes externos de la comunidad etnia; entre ellos podemos destacar:

- En las etnias en las que se practica la MGF la identifican como un elemento de gran tradición y que además tiene como consecuencia la creación de una identidad compartida. Ya que al igual que el resto de los grupos sociales la realización de una serie de actuaciones tiene como consecuencia la creación del sentimiento de pertenencia.
- La no realización de esta práctica puede acarrear consecuencias tanto para joven como para la familia de la misma; como por ejemplo la expulsión o exclusión, lo que ejerce una gran presión por parte de la comunidad para seguir con esa "tradición".
- Se basan en el mito de que los hombres pierden sus poderes masculinos. Ya que si un hombre mantiene relaciones sexuales con una mujer que no es "limpia" puede hacer que pierda la virilidad. No tiene en cuenta de cómo puede afectar estas prácticas al deseo sexual de la mujer o a la relación de pareja ya que en ocasiones hace imposible la realización del coito debido a la ablación.
- Cuando la madre da a luz puede hacer daño al bebe. Tal idea parte de la apreciación de que si el clítoris toca la cabeza del infante al nacer puede tener como consecuencia el mal desarrollo tanto neuronal como motor del niño.
- Favorece y acentúa la Limpieza, higiene, belleza de los genitales femeninos y algunas creencias acerca de la vulva. En relación a este motivo puede tener varias causas, se tiene la percepción de que el sexo femenino es feo o sucio por lo que es necesario ser cortado y así obtener la "purificación" de la mujer. Por otro lado se tiene la percepción de que si el clítoris no es cortado continuara creciendo de manera consecutiva.
- Mejora la fertilidad de la mujer, ya que la cantidad de hijos que tenga la mujeres es algo muy apreciado por la comunidad. Cuando se intenta

desmitificar esta idea se excusan en que las mujeres blancas que no son mutiladas no tiene tanto hijos como las procedentes del continente africano que sí que lo son. No conciben que esto puede ser consecuencia de otros factores ajenos a la mutilación.

- La errónea interpretación de la religión en relación a la MGF y la religión musulmana, no hay ninguna religión que incentive o aliente a la realización de esta práctica. Es necesario destacar que en el Corán no se menciona y ni se habla de esta práctica.

Por lo que no tendrían ninguna relación directa que las zonas donde se lleve a cabo esta práctica la religión dominante sea la musulmana.

- Se trata de un elemento de control de la sexualidad de la mujer y de su deseo sexual para de esta manera poder controlar la fidelidad de las mismas. Ya que se basan en la idea de que la mujer “corta” será siempre fiel a su marido y no podrá ser tachada de infiel. Además “esperará” hasta el matrimonio ya que el deseo sexual en muchas ocasiones ha sido eliminado.

Consecuencias

Las posibles consecuencias tras la realización de la MGF se puede ver afectadas por una serie de factores externos entre los que se encuentra:

- Las condiciones en los que ha realizado, ya en muchas ocasiones se suele realizar de manera conjunta a varias niñas y no se realizan con utensilios esterilizados.
- No se realiza en un lugar con una calidad de higiene o salubridad, como podrían ser un centro hospitalario.

En escasas ocasiones se realiza en unas buenas condiciones, practicada por sanitarios o en las que posteriormente se realiza un seguimiento sanitario.

Partiendo de las premisas de que los factores de realización pueden ser muy diferentes, no exime de la aparición de posibles consecuencias, entre las que podemos hacer una diferenciación:

- *Posibles consecuencias inmediatas y a corto plazo:*

Diferentes tipos de infecciones o enfermedades de transmisión como el VIH, ya que en muchas ocasiones se utilizan un mismo utensilios para distintas niñas. Grandes hemorragias, retención de orina durante varios días causando lesiones en vejiga, herida y lesiones en órganos vecinos como consecuencia del corte (uretra, vagina), dolor intenso, o incluso la muerte por shock o desangrado.

- *Posibles consecuencias a medio y largo plazo:*

Alteraciones ginecológicas y urinarias, lo puede derivar en posibles problemas a la hora de la fertilidad o en complicaciones en el parto, tanto para la madre como para el bebe.

Además se puede padecer de fistulas, dismenorrea, anemia crónica, infecciones VIH y sida, hepatitis, etc.

- Posibles consecuencias psicológicas y filosóficas:

Aunque se basan en un problema físico, dichos problemas transcinden lo meramente corporal. Pueden producir ansiedad, terror, depresión, efecto sobre la sexualidad como la probabilidad de la imposibilidad de placer, ausencia de lubricación, excitación, coitos dolorosos o disminución o ausencia de deseo erótico.

Por lo que afecta la convivencia de la pareja de manera continua.

Aun con todas posibles consecuencias, se sigue realizando ya que se parte de la premisa de que es por el bien de la niñas.

Mecanismo de detección

Es necesario llevar a cabo un trabajo entre diversos profesionales que pueden verse involucrados con la problemática, entre los que se encuentran: los trabajadores sociales, profesores, personal sanitario o policías. Es imprescindible educar todos los profesionales y no tan solo al sector sanitario como se está realizando.

Podemos indicar una serie de indicadores que pueden servir de guía para la detección (LUCAS, 2008):

- Indicadores de riesgo o sospecha:
 - La familia procede de una familia de los que podíamos definir como practicantes.
 - La menor se marcha de viaje al país de origen.
 - Alguno de las familiares (en la mayoría de las ocasiones las madres o las hijas mayores) ha sufrido la MGF.
 - La familia se muestra reacia a la intervención.
- Indicadores de riesgo:
 - Tras la previsión de un viaje al país de origen la pequeña muestra nerviosa por lo que pueda pasar en el país de origen.
- Indicadores de sospecha:
 - Cambio de carácter, nerviosismo, tristeza por parte de la niña.
 - Cambio en la manera de andar, con las piernas muy separadas o muy juntas, o modificación de la manera de sentarse.
 - No realizar esfuerzos físicos, como el deporte en la escuela.
 - Rechazo de manera repentina antes la cultura que pertenece tras la vuelta de su país.
 - Síntomas de anemia (cansancio o palidez).

Marco Jurídico y Legal

Carácter mundial

A nivel mundial podemos constatar que se trata de una violación de los Derechos Humanos ya que la realización de esta práctica es una herramienta que tiene como fin el sometimiento de la mujer que favorece la desigualdad entre géneros y además incentivan la no integración de las niñas.

En 1997, la Organización Mundial de la Salud anunció una declaración conjunta con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) contra la práctica de la MGF. En febrero de 2008 se hizo pública una nueva declaración con el apoyo de más organismos de las Naciones Unidas en la que se abogaba por un aumento de las actividades de promoción del abandono de la MGF.

La actuación de la OMS comenzó en 1997 el cual ha ido evolucionando desde entonces para luchar contra la Mutilación Genital Femenina. Algunas de las medidas que se han desarrollado han sido:

- Obtención de una concienciación internacional para favorecer a la eliminación de la esta práctica.
- Formación de organismos internacionales de seguimiento y a la vez que desarrollan posible protocolos de actuación.
- La revisión de los marcos legislativos y un apoyo político creciente a su eliminación. Se han aprobado de leyes en contra de la MGF en 22 países africanos y en varios estados de otros dos países, a la vez que en 12 países industrializados donde residen inmigrantes que proceden de países “practicantes”.

Las investigaciones revelan que si las comunidades afectadas decidieran abandonarla, la MGF podría eliminarse muy rápidamente.

A nivel de nacional

- Código Penal Español, en el Artículo 149.1. dice así:

"El que causara a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años".

Dicho artículo se encuentra incluido en el número seis del artículo primero de la L.O. 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Con este artículo se sienta las bases para la prohibición de la realización de estas prácticas dentro del territorio nacional, además favorece a la persecución de las personas que ha cometido o por omisión han dejado que se cumpla el delito, como ha sido en algunas ocasiones condenados los padres de las niñas que se le ha realizado la mutilación.

- Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.

La cual parte de la idea que la MGF es un atentado contra los derechos humanos, es un ejercicio de violencia contra las mujeres que afecta directamente a su integridad como personas. Y apoya tales ideas en el artículo 3 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que indica que nadie puede ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos.

- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal.⁴

⁴BOE (viernes 14 de marzo del 2014) Boletín Oficial del Estado, Recuperado el 228 de abril del 2014 <http://www.boe.es/boe/dias/2014/03/14/pdfs/BOE-A-2014-2709.pdf>

En esta última ley se indica que tal solo se podría perseguir los casos en los que las niñas que han sido mutiladas, se le realizó en territorio español o al volver del país de origen se comprueba que ha sido mutilado.

Es decir dejaría de ser perseguidos aquellos casos en los que las niñas no volviera al territorio español tras ser mutiladas imposibilitad la persecución del delito fuera de las fronteras.

Se encuentra reflejado así dentro de la ley:

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

b) Delitos de tortura y contra la integridad moral de los artículos 174 a 177 del Código Penal, cuando:

- el procedimiento se dirija contra un español.*
- la víctima tuviera nacionalidad española en el momento de comisión de los hechos y la persona a la que se impute la comisión del delito se encuentre en territorio español".*

A nivel de la Comunidad Aragonesa:

- Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón.

En el artículo 32 se indica los derechos del menor donde se encuentran la promoción y protección de la salud, y de esta manera poder obtener una mejor calidad de vida. Para favorecer el seguimiento de dicha idea se llevaran a cabo una serie de seguimientos médicos de forma periódica.

- Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón.

En el artículo 2 se contempla como una violación de ejercida hacia la mujer la realización de la MGF.

Medidas de actuación

No existe una serie de medidas de actuación a nivel nacional. Tan solo hay tres comunidades que en estos momentos tiene un protocolo de actuación que se encuentra en activo y que se nutren de las ayudas a nivel nacional. Estas comunidades son Cataluña, Navarra y Aragón.

Nos vamos a centrar en el caso de Aragón donde se encuentra regido dentro del marco del Protocolo para la Prevención y la actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón (Gobierno de Aragón, 2011).

En el cual se indican unos objetivos y los destinatarios de las actuaciones a realizar:

- Objetivos Generales:
 1. Establecer un modelo de intervención para prevenir la práctica de la MGF.
 2. Proporcionar a los profesionales de distintos sistemas de protección social (Sanitario, Social y Educativo) los conocimientos básicos sobre lo que conlleva la práctica de la misma, así como de los protocolos a seguir en la atención y seguimiento de los casos que puedan detectarse en Aragón.
- Objetivos específicos:
 1. Prevenir la MGF, tanto dentro de nuestro territorio como en los países en los que perdura la práctica.
 2. Determinar la metodología de intervención en casos de riesgo, riesgo inminente, así como en aquellos en los que se constata la práctica de la MGF. seguir desde los diferentes ámbitos de intervención.
 3. Establecer mecanismo de seguimiento y evolución de las acciones contempladas en el Protocolo.

- Destinatarios:
- Sistema Educativo: suele centrarse en los centros de educación primaria o en centro de enseñanza secundaria. También se trabaja en los centro para adultos ya que los padres de las posibles víctimas en ocasiones asisten a dicho centro.
- Sistema Sanitario: en la mayoría de las ocasiones lo llevan a cabo los profesionales de la pediatría.
- Sistema de Servicio Sociales: principalmente en los centros de base.

Papel del Trabajo Social

Como se ha podido comprobar la intervención ante la problemática de la Mutilación Genital Femenina es muy escasa por no indicar nula. Tan solo podemos destacar el Protocolo de prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón y sus homólogos en Cataluña y Navarra. Es necesario destacar que actualmente no existe una actuación conjunta que se encuentre en vigor a nivel nacional.

En la entrevista con la profesional de Médicos del Mundo, comentó que se está comenzado a redactar un borrador con lo que se pretende crear un protocolo actuación para la prevención de la violencia de género para el ámbito sanitario, en dicho protocolo se incluirá las intervenciones contra la MGF.

Posteriormente se desea ampliar dicho trabajo en diferentes áreas de trabajo. Cuando éste se encuentre aprobado los protocolos existentes deberán ser actualizados.

Es primordial fomentar la protección de las personas vulnerables ante dicho riesgo. Para ello se debe fomentar la integración, que se puede definir como aquel mecanismo por el cual ante una situación de igualdad se intercambian los valores, normas o las conductas que tiene diferentes grupos o sociedad.

Dicho proceso tiene que realizarse de manera gradual para que poco a poco los nuevos residentes se acostumbren al contexto, social, cultural y económico en el que se encuentran. En contraposición a la integración se encuentra a la asimilación donde tan solo el grupo minoritario acepta los valores del grande teniendo como consecuencia un sometimiento total o parcial del mismo. (Perotti, 1989).

Los trabajadores sociales son los profesionales indicados para llevar a cabo dicha actuación ya que puede intervenir a varios niveles de manera simultánea en los diversos sectores y además realizan una labor de conexión entre los usuarios y sus demandas y las soluciones y los recursos existentes.

Otra de las capacidades a desarrollar por parte de los profesionales es la formulación y desarrollo de proyectos sociales, al igual que los estudios de los datos obtenidos para de esta manera poder mejorar dichas situaciones.

Tras la obtención de la integración en la comunidad el trabajador social debe continuar trabajando con la población afectada. En este caso la estrategia de intervención se modificaría para llevar a cabo un acompañamiento, o también llamado el estudio continuado de los casos. Como se ha indicado antes dicha acción se puede llevar a cabo a través de diferentes áreas como serían los Servicios Sociales, el tercer sector, la Sanidad o la Educación.

Centrándonos en la labor de los Trabajadores Sociales desde la educación se puede indicar que se trabaja siempre con equipo de profesionales, en la mayoría de las ocasiones acompañados de psicólogos y educadores sociales. Interviene sobre todo en casos de absentismo escolar, trabajo con minorías étnicas, inmigrantes o situación de maltrato, en esta última clasificación podemos incluir los casos de mutilación genital femenina.

Con la implantación de los protocolos de actuación se fomenta la prevención y la protección de las niñas incluidas en la población de riesgo, por ello es primordial dicha intervención.

Para abordar el problema podemos diferenciar entre dos grande mecanismos o clases de intervención:

1. La creación y el uso de grupos socio-educativos los cuales se fijan diversos objetivos cumplir entre los que se encuentra: la obtención de nuevos hábitos, conductas y funciones que esto no son realizados dentro de dicho grupo.

Con la modificación de las conductas asociadas a un grupo se pretenden llevar a cabo un progreso personal con la finalidad de evitar un deterioro social o incluso que se llegara a la marginalidad social (Rossell, 1998).

Con este mecanismo de trabajo se actuar con un pequeño número de personas, lo que suelen llevar una actuación más lenta pero más eficaz ya que es más rápido la obtener unos buenos resultados al conocer mejor a la población diana de forma individual.

2. Por otro lado podemos encontrar el enfoque de la intervención con la comunidad que tiene dos características principales:

- Es aspecto productivo ya que es imprescindible tener una estructura organizativa que desee tener unos resultados de manera inmediata para que la comunidad tenga una mejor calidad de vida.
- Un aspecto pedagógico que promueve la autorrealización de la comunidad para hacer frente a los problemas y de esta manera poder resolverlos.

Alan Twelvetrees en 1988 indico, nos posibles distinciones a la hora de considerar el trabajo comunitario:

- Los que apoyan la teoría impulsada por los estadounidenses que indican que se trata de una intervención diseñada para los trabajadores sociales. La función principal del trabajador social es llevar a cabo una intervención simultanea entre el trabajo individual y colectivo.

- En Gran Bretaña el trabajo es más lento y complejo; ya que se interviene con un grupo mayor con unos fuertes vínculos teniendo en cuenta que cada persona aun perteneciendo a la misma comunidad.

Para ello es necesario cuales son los rasgo característicos de la comunidad cuales son los que pertenecen al individuo.

Tras esto se comenzara a trabajar en aquellas conductas que deben ser modificadas.

3. Trabajo con casos: tan solo se centraría la actuación con una única persona o con una unidad familiar. Este mecanismo es el que se utiliza en la mayoría de las ocasiones y en los diversos ámbitos de actuación.

La intervención en los casos individuales puede ser definida como el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, actualizando el mecanismo de intervención para cada situación y persona. (RICHMOND, 1922)

En relación a la problemática que nos concierne, la Mutilación Genital Femenina, es la herramienta de actuación que se está utilizando en todos los entornos ya que tan solo que trabaja con las posibles menores afectas y con sus familias.

La única conexión con la comunidad o con un grupo mayor es a través de los mediadores en los coloquios realizado por Médicos del Mundo.

b) Necesidades sociales, estrategias de intervención y pertinencia del proyecto

Necesidades sociales

La aplicación de este proyecto es esencial para poder dar respuesta a las necesidades emergentes de la población. Entre las que se encuentran:

- Educar y enseñar a la población en general lo que supone la relación de dicha práctica.
- Informa de la violación los derechos humanos y la denigración la figura de la mujer que se está llevando a cabo.
- La necesidad de educar en el contexto de la igualdad entre hombres y mujeres.
- Desmitificación de la MGF.
- Fomentar la implicación tanto de la comunidad practicante como el resto de la población para favorecer a la abolición de esta práctica.
- Actuar ya no solo en el territorio español sino que es necesario extrapolar la actuación a los países donde se encuentran las etnias practicantes de la MGF.

Estrategias de intervención⁵:

Desde el Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina de Aragón (2011) donde se indica las tres posibles actuaciones desde los sistemas de protección y además muestra una distinción en función del momento en el que se encuentra la intervención:

Factores de riesgo:

- Sistema Educativo: Se informa a los padres de la ilegalidad de la práctica de la MGF dentro del marco español, tras esto se evaluará la respuesta de los padres y en caso de que sea negativa se comunicará al Centro de Salud (Unidad de Pediatría).
- Sistema Sanitario: se marca en el Programa de Salud Infantil, al igual que en el Sistema Educativo se informa de los riesgos que tiene para la salud la práctica de la mutilación y las consecuencias legales

⁵ Gobierno de Aragón (2011) *Protocolo para prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón.*

que tiene en España, se realizarán unas citaciones más continuadas para comprobar el estado de la menor y por último se coordinara con el equipo de atención primaria de los Servicios Sociales Generales.

- Sistema de Servicios Sociales: intervención social con la unidad familiar para prevenir la realización de dicha práctica, y al igual que en el resto de los ámbitos se informara de las repercusiones tanto legales como de salud y coordinación con el Centro de Salud.

Riesgo inminente:

- Sistema Educativo: coordinación con el Centro de Salud para que firmen el compromiso de prevención y comunicación con el Programa de Mediación de Interculturalidad del Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI).
- Sistema Sanitario (Pediatría): se realizará una revisión directa y se informara una vez más de los riesgos de la práctica tanto desde la salud como desde el ámbito de la legalidad, se firmara el compromiso preventivo. En caso de que se nieguen se notificara a Menores.
- Sistema de Servicios Sociales: comunicación con el Centro de Salud para comprobar si se ha realizado la revisión pediátrica pertinente y se ha firmado el compromiso preventivo, sino se ha acudido a dicho centro se realizará una notificación de urgencia a Menores.

MGF practicada:

- Sistema Educativo: si se sospecha que se ha realizado dicha práctica es esencial la coordinación con el Centro de Salud y en caso de que la familia se niegue a acudir a él se informara al CAREI.
- Sistema Sanitario: se pueden indicar dos ámbitos de actuación distintos. Desde Pediatría se remitirá al Juzgado mediante un parte de Lesiones y se notificara a Menores. Desde la unidad de Ginecología o

Tocología: intervención de manera individual y familiar para que el resto de las mujeres de la familiar no se les practique dicha mutilación y en el caso de que hubiera menores deberían notificarlo a la Unidad de Pediatría.

- Sistema de Servicios Sociales: coordinación con el Centro de Salud para proteger a las menores de la familia, al igual que valorar otros factores de riesgo de la Guía de Actuación Profesional de Servicio de Menores

Pertinencia del proyecto:

La abolición y persecución de la realización de esta práctica tendría que haberse ejecutado hace mucho años ya que se trata de una actuación que vulnera los derechos de las niñas y de las mujeres. Hasta que no se ha producido un claro aumento de los flujos migratorios de las etnias practicantes dentro del territorio español. Debido se ha observado la posibilidad de de prevenir y actuar ante la MGF desde la propia comunidad, ya que se trata de una práctica ancestral de la que no se tenia constancia hasta hace unas pocas décadas.

Es impensable enmarcar tal actuación dentro de la idea del respeto a las tradiciones de otras culturas ya que se trata de una violación de los derechos de la mujer.

Aunque la realización de esta práctica es ancestral no ha comenzó a desarrollar un trabajo de intervención hasta que los flujos migratorios aumentaron con destino a nuestro país. Haciendo que las personas afectada por estas prácticas llegaran a España.

TABLA 1: Población femenina según el país de procedencia y provincia de residencia en Aragón, 2013

NACIONALIDAD	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA	TOTAL
Mauritania	11	0	38	49
Mali	110	2	82	194
Etiopia	2	0	3	5
Egipto	2	0	42	44
Kenia	21	3	8	32
Rep. Centroafricana	0	0	7	7
Benin	3	0	3	6
Togo	2	0	8	10
Ghana	28	3	353	384
Burkina Fasso	13	0	13	26
Costa de Marfil	14	0	24	38
Liberia	1	0	4	5
Sierra Leona	0	0	12	12
Guinea	48	0	272	320
Guinea Bisau	2	0	25	27
Camerún	1	3	71	75
Niger	3	0	4	7

Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón de población, 2013 (INE)

Con esta tabla se puede comprobar cómo se distribuye la población femenina extranjera. Es un pequeño muestre de alguno de los países donde se tiene más arraigado para práctica de la Mutilación Genital Femenina.

Realizando estudios comparativos como esta tabla se podría trabajar de forma más efectiva ante tal problemática.

c) Análisis del contexto.

El contexto desde el que se desarrollaría el Proyecto de intervención puede verse modificado ya que se amoldaría a la organización o entidad al que se presentase y por lo tanto a las necesidades y demandas que estos indiquen.

Entre las diversas entidades en las que se podrían enmarcar serían:

- Desde el Centro Aragonés de Recursos para la Educación Intercultural (CAREI) ya que es el impulso del Programa de Mediación Intercultural y es la entidad que la que impulsa la intervención desde el ámbito de la comunidad.
- También se podría encontrar dentro del marco de Médicos del Mundo ya que es la organización que más a trabajado en el este ámbito y ha colaborado de manera activa con el Gobierno de Aragón para la creación de las diversas medidas a trabajar.
- Desde el Gobierno de Aragón a través del Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte. Ya que se trataría de un desarrollo dentro del marco escolar. Además se nutriría del actual protocolo de prevención y actuación ante la MGF, por lo que trabajarían con las mismas vías de intervención.
- Además podrían incluirse en otro tipo de entidades que trabajen con la población inmigrante y el desarrollo de los derechos humanos. Tales como ADCARA, la Cruz Roja o Aldeas Infantiles. En dependencia de las organizaciones la elaboración del proyecto sería dispar.

4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

a)Marco institucional, ámbito territorial de actuación y delimitación temporal.

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, el marco de la institución puede verse encuadrado en diversas entidades.

Finalmente dicho proyecto podría ser elaborado y realizado a través del Gobierno de Aragón desde la Dirección General de Políticas Educativas y Educación Permanece, la cual pertenece al Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte. Aunque tal como se indica anteriormente es un proyecto que podría ser realizado a demanda de otros colectivos y entidades, no solo está diseñado para la educación formal.

En relación al ámbito territorial sería la Comunidad Autónoma de Aragón, donde se puede encontrar centros escolares de diversa índole tanto públicos como privados o concertados. Este proyecto podría ser aplicado a todos ellos tan solo se realizaría una distinción por el curso en el que encuentran los menores.

Desde el ámbito de la educación no se debe tan solo formar a los jóvenes en la obtención de unas correctas capacidades académicas para en un futuro laboral, sino que se debe fomentar un buen desarrollo profesional y la creación de una conciencia moral.

Dicha labor recae sobre los trabajadores sociales, y el equipo multidisciplinar en el que suelen trabajar, los cuales se encuentran presente en todos los colegios e institutos.

La principal función de los trabajadores sociales es la intervención en casos donde el menor se encuentre desprotegido como puede ser en el absentismo

escolar, integración de inmigrantes o minorías étnicas y situación de malos tratos entre otros; además de orientar y asesorar a los estudiantes.

También realiza intervenciones con todos los estudiantes para la creación de una conciencia moral o la enseñanza de valores. Dicho trabajo es imprescindible que se desarrolle en las primeras fases del crecimiento.

El Programa de Salud Familias y Población Unidad Técnica de Adolescencia indica que las teorías sobre las conductas adolescentes y el desarrollo humano son las encargadas de llevar a cabo las habilidades necesarias para un desarrollo saludable

Este trabajo se puede llevar a cabo gracias a que los trabajadores sociales se encuentran presentes en todos los centros escolares, tanto en públicos como privados.

La intervención se realizaría a distintas escalas, entre las que podemos diferenciar:

- Se comenzaría con un periodo en el que formaría a los profesionales de los centros escolares donde se llevaría a cabo el proyecto de intervención. De esta manera se podría trabajar de manera continuada las actividades que se planten.
- Durante la etapa primaria el discurso iría enfocado a la promoción de valores igualdad y respeto, por lo que no se centrarían en la MGF.
- En la Educación Secundaria Obligatoria se trataría realizaría durante las clases de sexualidad y en ellas sí que se expondrían de manera clara la gravedad de esta práctica.
- Sería esencial un trabajo con los padres y madres de los niños y jóvenes. Para continuar con la educación de igualdad fuera del entorno escolar.

- Por último se realizaría un trabajo de menor profundidad con el resto de comunidad a la que se le impartiría unas nociones básicas de la problemática a tratar y se educaría en los valores de respeto.

El periodo en el que se realizara el proyecto será durante el periodo escolar, ya que la actuación se extendería durante todo el curso.

No se trataría de un proyecto de intervención puntual, es decir este proyecto se iría modificando y actualizando con el paso del tiempo para que se pudiera continuar utilizando a lo largo del tiempo; siempre presente en el marco del protocolo de actuación pertinente.

En caso de que se quedara obsoleto se modificaría para continuar con su desarrollo durante todo el tiempo que fuera necesario.

b)Metodología

Antes de comenzar con la intervención es necesario definir el tipo de trabajo que se va a llevar a cabo, por ello podemos distinguir entre la extensión de la intervención, el ámbito de aplicación y el enfoque del que partiría, ya sea estratégico o táctico y operativo.

Tras esto podemos determinar que la intervención que se plantea tiene como fin primordial la utilización de recursos, las actividades y procesos que se llevaba a cabo tiene como función la de desarrollar una serie de actividades en el periodo determinado de tiempo y en un espacio enmarcado. Es decir se trata de un proyecto, el cual responde a nuestra forma de comprender los problemas, la realidad social, la naturaleza humana... es decir operan en un marco analítico y revela una “visión en la sociedad”.

Para la elaboración y desarrollo de un proyecto es imprescindible llevar a cabo una serie de pasos, en dicho proyecto la metodología de trabajo será la siguiente:

La primera fase de trabajo la cual denominaremos: Diseño del proyecto.

Los profesionales, seis trabajadores sociales y tres educadores sociales, comenzaran a formarse de una manera más específica en la materia a tratar para posteriormente y de una manera conjunta, elaborar el proyecto siguiendo el siguiente esquema:

- indicación de los objetivos generales y específicos que se desean obtener.
- Actividades a desarrollar en los diversos ámbitos de actuación.
- Temporalización del proyecto.
- Indicar los recurso necesarios.
- Organización del equipo.
- Formación del presupuesto.
- Mecanismo para la evaluación del proyecto.

Es necesario destacar que para la creación de un proyecto es necesario llevar a cabo la definición del problema a tratar, la cual se desarrolla a través de distintos análisis:

1. Análisis del problema: la cual parte de la observación el problema, tras esto es necesario identifica los principales problemas en el contexto para intentar definir el problema central y así poder visualizar relaciones causa-efecto. La herramienta que se utilizara para ello será la creación del árbol de problemas por el cual se puede observar el problemas, al igual que los efectos y las causa.
2. Análisis de la participación o involucrados: se trataría de todas las personas, grupos o entidades que se puede ver afectados por la actuación tanto de manera directa como indirecta.

3. Análisis de los objetivos: elaborando de una manera positiva el árbol de problemas se puede indicar lo que se quiere llegar a conseguir.

4. Análisis de alternativas: sería aquellas intervenciones necesarias para cumplir los objetivos que se han marcado anteriormente.

Segunda fase: Difusión del proyecto.

Tras el desarrollo de este y la división de las tareas es necesario llevar a cabo la publicitación en los diversos centros escolares, tanto en los públicos como el privados. Para ello se llevará una serie de jornadas formativas en el que se indicara a los diversos directores la finalidad del proyecto y las diversas actividades que le realizarán.

La tercera fase: desarrollo del proyecto, en la cual se realizará la propia acción del mismo en el que se incluirá la evaluación de manera diaria de las actividades.

En la última fase: comprobación de resultado.

Se deberá comparar los diversos resultados que se han estado obteniendo tras el proyecto y comprobar de esta manera si se han cumplido o no los objetivos y cuales son las modificaciones necesaria para mejorar los resultado para el próximo curso escolar.

c) Objetivos

- Objetivos Generales:

- Informar y concienciar a la población de la grave problemática que supone la realización de la MGF.
- Erradicar en mayor medida la ejecución de la MGF.

- Objetivos específicos:

- Formar a los profesionales de la educación para realizar una detección precoz.
- Educar a la población en la igualdad de género.
- Eliminar el concepto de sumisión de la mujer como elemento común.
- Fortalecer la capacidad de decisión por parte de las jóvenes.
- Proteger a las menores que sean posibles víctimas y a aquellas que ya se les ha realizado la MGF.
- Educar a los niños y los jóvenes del problema que supone para la salud dicha práctica.
- Informa a los padres de los peligros de la MGF.
- Mayor implicación por parte de la comunidad.
- Prevenir la MGF, dentro del territorio español y extender las medidas a los países de origen.
- Fomentar la coordinación ya existente entre el sistema educativo, los servicios sociales y la sanidad.

d) Actividades

Las actividades deben realizarle de manera distinta en dependencia de los grupos de intervención; ya que el trabajo entre unos y otro es muy dispar. Por ello podemos diferenciar entre:

- En primer lugar sería necesario realizar las actividades con **los profesionales**:

Tendrán como finalidad la de educar a los profesionales, entre los que se incluyen a los profesores, los trabajadores sociales y los psicólogos de los centro escolares donde se desarrollan el proyecto.

De esta manera de podrá desarrollar tanto la intervención con los Trabajadores Sociales del proyecto como con los profesionales de la escuelas, puede ser manera paralela o de manera progresiva.

- *Actividad nº1: Contextualización de la MGF:* antes de comenzar con la intervención es necesario profundizar en el marco teórico de la problemática. Para ello sería necesario la exposición y explicación del Protocolo para la Prevención y Actuación de ante la Mutilación Genital Femenina; ya que de esta manera se les enseña la herramienta de trabajo necesaria.

Con la explicación del protocolo se podrá en marcha la coordinación entre los centros escolares y el resto de las áreas (Servicios sociales y sanidad) con la finalidad de prevenir la mutilación desde las aulas.

- *Actividad nº 2: ¿Cómo les enseñamos?* En esta actividad se trataría de unas ponencias realizadas por los autores del proyecto. La finalidad es la preparación a los profesionales mediante las habilidades necesarias para educar tanto los niños como con los adolescentes a la hora de enseñar la Mutilación Genital Femenina.

Dentro de esta actividad se encuentran los diversos talleres de actuación y los mecanismos de evaluación para comprobar si se están trabajando bien la problemática y si así no fuera se podría modificar antes de que finalizara el proyecto.

Todos los conocimientos que adquieran los profesionales se aplicaran durante las horas de tutorías con los alumnos. Además de las intervenciones puntuales de los trabajadores sociales del programa es imprescindible que los profesores de los puedan continuar trabajando a lo largo de todo el curso.

La formación de los profesionales que se consiguen con la implantación de estas actividades se obtendrá de manera simultánea en los diferentes centros; ya que en un mismo emplazamiento se formarán a los profesionales de distintos centro para de esta manera poder llegar a más centros.

- En segundo lugar se realizara una intervención con **los menores**:

Dentro de este grupo se encuentran los alumnos que están dentro de la educación primaria, es decir los que se encuentran entre los 5 y los 12 años.

Las actividades que se preparan para este colectivo tendría como finalidad la enseñanza de la igualdad entre los hombres y las mujeres, dentro de esta intervención se indicara un apartado donde se muestras los diferentes actos que opriman y sometida la mujer entre las que se encuentran la MGF.

Es necesario tener encuentran que el trabajo con este grupo se encuentra muy condicionado por la edad ya que de un curso a otro la diferencia de desarrollo personal es muy grande.

Por último podemos decir que la intervención se encontraría en dos bandos que se retroalimentarían: por un lado se encuentran las intervenciones puntuales de los trabajadores sociales del proyecto (cada dos meses) y por otro lado el trabajo de los profesores que se realizarían durante de las tutorías.

Las actividades que podemos encontrar orientada para este colectivo serían:

- *Actividad nº3: Talleres por la igualdad.* Se tratarían de una serie de talleres realizadas por los trabajadores sociales en la que seguirían los siguientes temas a tratar: los distintos tipos de familias, las étnicas del mundo, las madres y la cultura, los trabajos de cada persona de la familia y la igualdad de género, dentro de este último se encontraría la MGF.

Se tratan temas muy generales, ya que para estas edades en mi opinión es más importante sentar las bases de la igualdad y la torearía que más tarde serán el sustento de la lucha contra la mutilación.

Aunque los temas serian los mismos la forma de abordar se modificaría según el curso en el que se encuentran. Para trabajar los temas con los más pequeños se apoyarían de elementos plásticos como concursos de dibujos o visionado de pequeños videos; con los

más mayores el trabajo sería más teórico se expondrían las problemáticas y trabajarían en la mayoría del tipo el role-playing.

- *Actividad nº4: Todos somos iguales.* Se trataría de unas pequeñas intervenciones dentro de las tutorías del colegio, además de las cosas que se pueden encontrar en elementos más universales como la igualdad entre el hombre y la mujer.

Aunque la intervención no sería la misma en todos los cursos la metodología de trabajo si lo sería: los tutores planetaria una temática a trabajar y se incentivaría al debate mediante preguntas abiertas.

- *Actividad nº5: la caja de las ideas.* Esta actividad se realiza al final del curso con todos los alumnos ya que se trataría de un método evaluativo para comprobar la eficacia del proyecto.
- En tercer lugar de la intervención se encontraría la **destinada a los adolescentes**: serían aquellos jóvenes se encuentren entre la Educación Secundaria Obligatoria.

Durante este periodo escolar se comienza a realizar diversas charlas de la educación sexualidad, por lo que la intervención se encontraría en marcado en tal contexto. En marcadas en tal contexto se desarrollaría de una manera mucho más explícita que es la Mutilación Genital Femenina, incluyendo en esto la tipología, la metodología, las etnias y los países practicantes y sobre todo las consecuencias que tiene para las mujeres.

Como la madurez de las personas es mayor las acciones que se realizan con ello sería más teórica y no tendrían actividades plásticas.

- *Actividad nº6: "stop a la mutilación":* en esta gran actuación se englobarían todas las charlas que se impartirían por parte de los profesionales que engloban el proyecto con la colaboración de médico para tratar los temas de la salud y la sexualidad.

- *Actividad nº7: Exposición de trabajos:* se tratarían diferentes tipos de obras, ya sean relatos, videos, esculturas u otro tipo de acciones plásticas que se realizasen durante las vacaciones de semana santa y serían expuesta al final del curso para el resto de los compañeros. De esta manera se comprendería que es lo que han comprendido de la MGF y lo que para ellos representan
 - *Actividad nº8:* Cine fórum. Se realizaría el visionado de la película: Moolade de Ousmane Sembene. Tras esta se realizaría una puesta en común de las experiencias y sensaciones que han sentido. Al igual que posibles propuestas de intervención.
Esta actividad se encuentra desarrollada en su totalidad en el Anexo IV
 - *Actividad nº9: Exposición de casos reales.* Sería necesaria la coordinación con mujeres que han sido mutiladas para que indiquen sus vivencias.
-
- En cuarto lugar se encuentran las actividades **para los padres y madres:** en este grupo se encuentran las diferentes Asociaciones de Madres y Padres (AMPA) de los colegios donde se desarrollen las intervenciones.
 - *Actividad nº10: ¿Qué es la Mutilación Genital Femenina?:* se trataría de la misma actividad que se realiza para los profesores, ya que la finalidad es la misma, indicar un marco teórico en el que se centra la problemática.
 - Por último se encuentran las actuaciones con **la comunidad:** se integra toda la población no solo a las personas relacionadas con los distintos centro escolares, para de esta manera poder trabajar con todas aquellas personas de la población:
 - *Actividad nº11: Grupos de lecturas:* se trataría de unas reuniones abierta mensualmente donde cada vez se trabajaría un libro diferente

cada vez pero siempre relacionado con la Mutilación Genital Femenina. entre dicho libro podríamos encontrar: Flor del desierto de Waris Dirie o Mi vida, mi libertad de Ayaan.

- *Actividad nº12: Coloquios de la comunidad:* se trati de unas charlas interactivas impartidas por los profesionales del proyecto donde se comenzaría con una estructura más teórica para finalizar con las demandas y peticiones de los participantes.

e)Temporalización

Tal y como ha indicado en apartado anteriores el proyecto será llevado a cabo durante un curso escolar.

Pero antes de desarrollar las actividades es necesario indicar cuanto tiempo será destinado para la creación de dicho proyecto, en este caso se estima que se realizara durante tres meses de febrero a mayo, ambos incluidos.

Posteriormente de llevara a cabo la difusión y publicitación en los diversos centros escolares de las actuaciones que se va han realizar, ya que en el caso de los centro concertados y privados necesitaras en consentimiento de los mismo para poder realizar la actuación. La difusión se realizara a lo largo de todo mes de mayo.

La ejecución del proyecto comenzara en el mes de septiembre con la formación de los profesionales de los distintos centros, al igual que las charlas formativas para los padres y madres de los menores de los diversos colegios. De esta manera se podrá trabajar con la población diana (los menores) desde el primer momento del curso escolar.

Posteriormente se comenzara a trabajar tanto con los menores, los adolescentes y la comunidad. La evaluación se realizará a la par que las

actividades ya que se valorará de manera diaria las actuaciones pertinentes; además se realizar una gran evaluación como cierre del proyecto para comprobar si se han cumplido los objetivos.

En el cronograma que se muestra a continuación no se encuentra reflejado el día exacto de cada actividad ya que dependerá de la organización del centro, por ello se estipulado un periodo ventada para cada actividad.

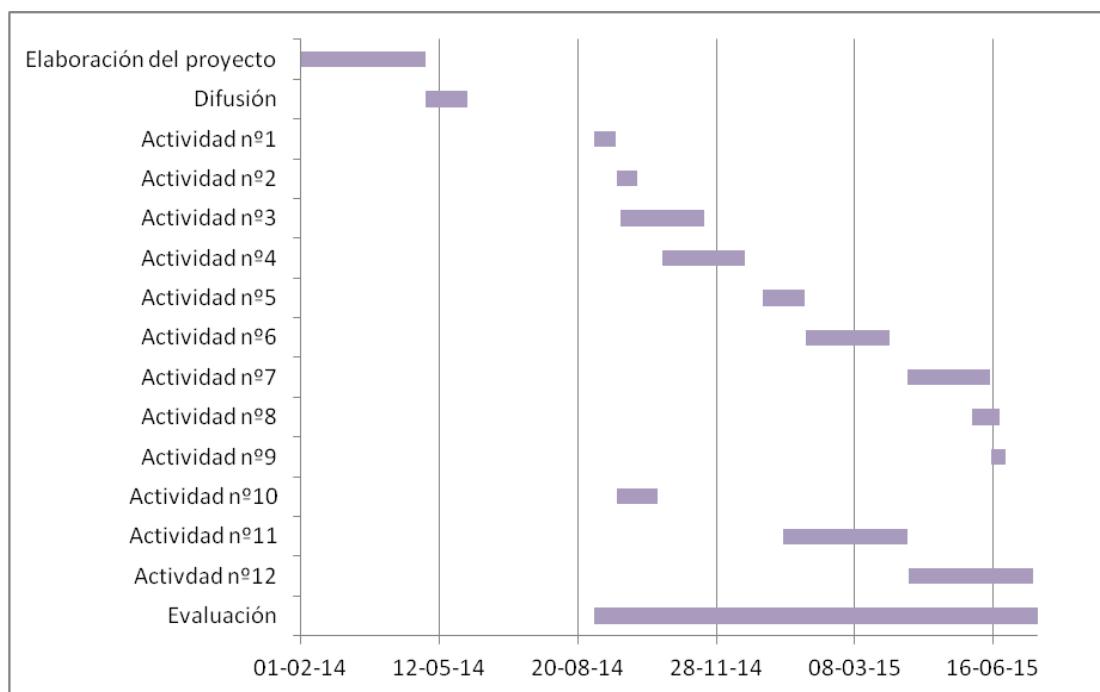
Tras evaluación del proyecto se indicar las modificaciones y mejoras pertinentes, para que el próximo curso escolar se pueda volver a aplicar dicho trabajo.

TABLA 2: Cronograma

Prevención de la Mutilación Genital Femenina			
Trabajos	Fechas de inicio	Duración	Fecha de fin
Elaboración del proyecto	01/02/2014	90	02/05/2014
Difusión	02/05/2014	30	01/06/2014
Actividad nº1	01/09/2014	15	16/09/2014
Actividad nº2	17/09/2014	15	02/10/2014
Actividad nº3	20/09/2014	60	19/11/2014
Actividad nº4	20/10/2014	60	19/12/2014
Actividad nº5	01/01/2015	30	31/01/2015
Actividad nº6	01/02/2015	60	02/04/2015
Actividad nº7	15/04/2015	60	14/06/2015
Actividad nº8	01/06/2015	20	21/06/2015
Actividad nº9	15/06/2015	10	25/06/2015
Actividad nº10	17/09/2014	30	17/10/2014
Actividad nº11	15/01/2015	90	15/04/2015
Actividad nº12	16/04/2015	90	15/07/2015
Evaluación	01/09/2014	320	18/07/2015

La representación de la tabla de manera grafica de la tabla donde se indican las diversas actuaciones a realizar es a traves del diagrama de Gantt, el cual se muestra acontinuación:

GRÁFICO 1: Diagrama de Gantt



Recursos Humanos:

Los profesionales con los que se va a contar para realizar este proyecto son:

- 6 Trabajadoras Sociales.
- 3 Educador Social.
- Los orientadores, psicólogos y profesores de los centros escolares.
- Los médicos que estén dispuestos a colaborar.
- Personas de las etnias practicantes que pueden contar sus vivencias.

Recursos Materiales:

Dentro de estos recursos podemos diferenciar entre aquellos que utilizaremos de los propios de los centros escolares donde se llevarán a cabo el proyecto como:

- Pizarras.

- Proyectores.
- Video.

Y aquellos que se precisen de comprar o de incluir en el presupuesto ya que conllevara un desembolso económico como serían:

- Material fungible: folios, bolígrafos...
- 3 Ordenadores portátiles.
- Gasolina para el transporte. (se utilizará los vehículos propios de los trabajadores)

g)Organización del equipo de trabajo y asignación de responsabilidades.

No se estipular una jerarquía estática ya que todos los profesionales se encontrarán en igualdad de condiciones.

Para la formulación del proyecto se trabajará de manera conjunta tanto los seis trabajadores sociales como los tres educadores sociales. De esta manera se podrán desarrollar una mayor cantidad de ideas aportadas por los profesionales al igual que la calidad del proyecto será mejor.

Tras esto se comenzará a organizar la asignación de las intervenciones en los centros escolares. Ya que se abarca todo Aragón es imprescindible realizar una división de los distintos centros escolares.

Durante el periodo de difusión todos los trabajadores del proyecto se podrán en contacto con todos los centros escolares, tanto públicos como privados, para informar del proyecto y organizar el cronograma de intervenciones.

Además se tendrán que poder en contacto con el resto de entidad que trabajen en el proyecto como ocurriría con las personas que puedan contar experiencias personales.

Durante este periodo uno de los trabajadores sociales junto con uno de los educadores realizara el reparto de centros de manera que la distribución sería:

- Para la provincia de Zaragoza se tres trabajadores sociales y un educador social.
- Para la provincia de Huesca dos trabajadores sociales y un educador social.
- Para la provincia de Teruel un trabajador social y un educador social.

Debido a la gran extensión del territorio y el alto volumen den centros implicados, unos 398 centro que imparte educación primaria y unos 218 que imparte educación secundaria obligatoria en todo la comunidad, las primeras fases de difusión y formación a los profesionales se realizara de manera conjunto es decir se reunirá la mayor cantidad de profesionales de diversos centros y se impartirán las charlas y talleres a la vez.

Tal metodología se utilizara en aquellas actividades que lo permitan como sería el caso de la exposición de casos reales.

h) Presupuestos y fuentes de financiación

Tal y como se indica en la marco institucional se encuentra enmarcado en las actuaciones que realiza el Gobierno de Aragón atreves del Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte, del Gobierno de Aragón. A continuación se expone una estimación del coste que supone el desarrollo de este proyecto:

Se fundamentara el convenio colectivo de oficinas y despachos en Aragón (número de registro 72/00175), el cual continua en vigor tal y como se indica en la resolución de 26 de julio de 2013, de la Dirección General de Trabajo por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación de la prórroga del convenio colectivo del sector Despachos de Graduados Sociales de Aragón.

Cabe destacar que la contratación del personal no se encontrara reflejada el periodo necesario para la creación del proyecto. Tan solo se tendrá en cuenta el trabajo de desarrollo del proyecto el cual comenzara el 1/09/2014 y finalizará el 18/07/2015, es decir se contratara a los profesionales durante 10 meses.

TABLA 3: Presupuesto

RECURSOS HUMANOS		
Sueldo base profesional según el Convenio	1.331,15 €/mes	
Complementación lineal	23 '70€/mes	
Plus Transporte	54,8€/mes	
Seguridad Social	479,214€/mes	
Total sueldo bruto por trabajador		
Total sueldo bruto para los 9 trabajadores/mes	16.999,776€/mes	
<u>TOTAL RRHH,10 meses</u>		<u>169.997,76€/10mes</u>
RECURSOS MATERIALES:		
Material Fungible	800'00 €	
3 ordenadores portátiles	900,00 €	
Partida para la gasolina	12.000€	
<u>TOTAL RECURSOS MATERIALES</u>		<u>13.700€</u>
<u>PARTIDA PARA IMPREVISTOS</u>	<u>1.836,97€</u>	<u>1.836,97€</u>
<u>TOTAL PRESUPUERTO</u>		<u>185.534,73€</u>

Como se puede observar en la tabla del presupuesto no se encuentra reflejada una partida para el alquiler de un local o lugar de trabajo ya todas las actividades son impartidas en las aulas de los propios centros escolares.

En el caso de las reuniones semanales para la evaluación por parte del equipo de profesionales en las cuales se evaluara el desarrollo del proyecto se lleva a cabo en las oficinas del Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte las cuales se encuentran en la Avenida Gómez Laguna.

En relación a la financiación se encuentra completamente costeado por el Gobierno de Aragón ya que se trata de un proyecto que se nutre de las de lo destinado al Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte.

i) Evaluación

La evolución tal y como se indica en el cronograma del proyecto se ira realizando de manera continuada. Podemos realizar una distinción entre los tipos de evaluación a trabajar:

- Evaluación realizada por el equipo de profesionales:

Dichas evaluaciones se encontrar formadas a su vez por dos actividades diversas.

Al terminar cada sesión el grupo de profesionales que han intervenido deberá llenar una ficha de evaluación para comprobar se han cumplido los objetivos marcados en esta intervención, el grado de intervención de los receptores, si se han producido alteraciones de la propia dinámica entre otros. (Anexo V)

Además semanalmente se reunirán todos los profesionales del proyecto y realizan una revisión de las distintas fichas evaluativas para comprobar las debilidades y fortalezas de cada intervención. Para así podemos mejorar de manera progresiva en las intervenciones. Se realizara con la misma ficha de evaluación de las actividades.

- Evaluación realizada por la población diana:

Se pasaran una serie de cuestionarios estándar para cada grupo de intervención, es decir profesores, menores, adolescentes, padres y madre y por último a la comunidad.

Dichos cuestionarios de satisfacción de pasar tanto al comienzo de la intervención como al final para comprobar la eficacia y eficiencia del propio proyecto.

5. CONCLUSIONES

A la hora de realizar el trabajo me he encontrado con una serie de problemas que han dificultado el desarrollo del mismo y los cuales son necesarios nombrar antes de indicar las conclusiones obtenidas de dicha intervención.

En primer lugar, no existe una gran variedad de bibliografía acerca de la Mutilación Genital Femenina, ya que sus estudios son muy recientes. Además lo poco que hay tiene un contenido muy similar, por no decir igual, por lo que no se puede llevar a cabo un extenso marco teórico en profundidad.

En segundo lugar en relación al marco institucional donde se va a desarrollar el proyecto de intervención. En este caso se trataría del Gobierno de Aragón desde la Dirección General de Políticas Educativas y Educación Permanece, la cual pertenece al Departamento de Educación, Universidad, Cultura y Deporte; no se puede acceder a las diversas funciones que se desarrollan en el órgano ejecutor, tan solo se pueden obtener el organigrama y los titulares de trabajo. Por lo que la única manera de poder comprender el trabajo que se desarrolla es llevando a cabo una revisión al catálogo de proyecto.

Por último durante la creación del proyecto la principal dificultad a la que me he enfrentado ha sido la imposibilidad de poder comparar lo trabajado con un proyecto similar en la problemática de la mutilación, ya que el trabajo más parecido que existe es el protocolo de actuación de Aragón en el que se marcan las directrices de la intervención.

Gracias a la elaboración de este trabajo se ha obtenido una serie de conclusiones:

- Existe una gran carencia de estudio acerca de la Mutilación Genital Femenina, ya que hasta que no llegó la población practicante al mundo occidental apenas se era consciente de dichas actuaciones. Por lo que es necesario llevar a cabo una desmitificación de lo que supone la realización de la ablación.

- Aunque en el protocolo aragonés se indica que la intervención se debe trabajar en tres sectores, sanidad, servicios sociales y educación. Existe una gran coordinación e implicación por parte de la sanidad y los servicios sociales; dejando en un segundo plano o casi eliminándolo por completo lo referente a la educación (carencia se encontraría suplica con este proyecto).
- Se ha podido constatar que la población en general desconoce estas prácticas. Tan solo tiene un conocimiento de estas prácticas los profesionales de la sanidad que trabajan con la población inmigrante y menor de edad. Por lo que la difusión tiene una gran importancia el desarrollo de este trabajo.
- Es esencial fomentar las intervenciones en educación por parte de los trabajadores sociales ya que es un elemento esencial de trabajo. Se ha perdido dicho trabajo dejando tan solo como posibilidad de intervención en las escuelas un trabajo de orientación educativa y seguimiento de casos pertenecientes a servicios sociales.
- El papel de la comunidad es esencial en el desarrollo de las habilidades de las personas. Por lo que educar a toda la población frente a este problema es imprescindible para que esta eduque a su población

El aprendizaje obtenido, gracias al desarrollo de manera total de un proyecto de intervención, fortalece la enseñanza para la futura vida profesional y además tiene como finalidad del empoderamiento del papel del trabajador social, ya que en muchas ocasiones ha perdido la intervención con la población trabajando siendo un mero ejecutor de tramitaciones administrativas.

Haciendo una valoración personal, considero que el desarrollo del Trabajo Final de Grado tiene como fin esencial exponer todo lo aprendido a lo largo de la carrera y comprobar el grado de conocimiento del desarrollo de un proyecto de manera autónoma.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Consejo General del Trabajo Social (2000). Código Deontológico de Trabajo Social. Madrid: C&M Artés Gráficas.
- Dumas, B. y Séguier, M. (1997). Construire des actions collectives. Developper les solidarités. Lyon: Chronique Sociale.
- Gobierno de Aragón (2011) Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón, Gobierno de Aragón.
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (2006). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Lucas, B. (2008) Prevención de la Ablación o Mutilación Genital Femenina en España: Planes de acción y medidas de protección de menores, complementos necesarios a la prohibición legal. Madrid: Universidad Carlos III.
- Mangrulka, L.; Whitman, C.V; Posner, M. (2001) Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescente. Organización Panamericana de la Salud División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Adolescencia
- Perotti, A. (1989): *Pequeño léxico sociológico y antropológico sobre la inmigración*, Cuaderno 65, Fundación Encuentro, Servicio de Documentación.
- Ramirez, Mª. V. y Carmona, A.B. (coord.) (2011) La MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: Gráficas JMG.
- Richmond, M. E. (1922) Caso Social Individual. 3º edición 1962, Editorial Hvmanitas. Buenos Aires 1962.

- Rosell, T. (1998) Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. Cuadernos de Trabajo Social nº 11(1998) Págs. 103 a 122Ed Universidad Complutense. Madrid 1998
- Twelvetrees, A., (1988), Trevall de Comunitat, Editorial Frontisa, Barcelona, pp 12-13
- VV.AA. (2002) análisis de funciones del Trabajo Social en el campo educativo. Universidad de La Laguna. Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Canarias.

7. ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA A LA TABAJADORA SOCIAL DE MEDICOS DEL MUNDO

Lugar de la entrevista: despacho de la propia entidad.

(Saludos cordiales y se comunica a la entrevistada, la posibilidad de que sea grabada dicha entrevista. La entrevistada acepta ser grabada. Dando así comienzo a la entrevista)

Isabel: Estoy haciendo el trabajo de final de grado, basándome en algo similar al protocolo de actuación, sería un proyecto para la prevención precoz de la mutilación genital desde el ámbito de la educación.

Julia: *asiente mientras escucha la introducción.*

I: He visto que en el protocolo sí se desarrolla acerca de servicios sociales y sanidad, pero en el ámbito de la educación es un poco más complicado trabajar con ellos.

J: sí

I: entonces sería una forma para poder incentivar, entonces me gustaría hacerte unas preguntas sobre el tema

J: *Piensa y asiente, dando su consentimiento para la realización de las preguntas.*

I: Asistí a un curso que impartisteis hace cuatro años y una charla que impartisteis hace unos meses, entre enero y febrero en la casa de la mujer.

J: *muy bien. (Mientras asiente)*

I: me gustaría conocer: ¿con que población trabajáis?

J: ¿con que población dentro del proyecto de mutilación?

I: si, dentro del proyecto de mutilación.

J: Bueno, el proyecto va dirigido a personas, que proceden de países donde se practica la mutilación genital femenina, entonces, normalmente son familias, (*piensa*) que los padres han llegado aquí en proyecto migratorio, y han venido ya con niñas o las han tenido aquí. Pues abarca sobre todo los países del África Subsahariana son los que más estamos trabajando, aunque por ejemplo, hay personas también de Egipto, y de otros países, pero lo que más vemos, son de la franja Subsahariana de los 28 países, y de ahí los que más presencia tienen, en Aragón, que bueno, sobre todo el proyecto se desarrolla en Zaragoza y en Huesca principalmente, que es donde hay más población, Teruel tiene muy poquita

I:(asiente durante la exposición anterior) ¿existe una gran cantidad de casos?
Sé que no podéis puntualizar un número exacto...

J: a ver, es que el proyecto de Médicos del mundo, trabaja la prevención.

I: si.

J:trabaja el riesgo que hay de que las niñas de estas familias sean mutiladas, entonces (*piensa*), nosotros consideramos que si hay una mutilación, ha fallado todo el proceso preventivo, digamos que todo el trabajo que se realiza (*piensa*) ha fallado, porque si el trabajo se hace bien, está funcionando bien, ósea está dando buenos resultados, las familias viajan ,y (*piensa*) y vuelven con las niñas bien, desde que está funcionando el protocolo (*piensa*) los profesionales tienen más información y saben lo que tienen que hacer, entonces,(*piensa*) ¿ de qué casos podríamos hablar? Podemos hablar de todas las mujeres adultas que han venido de estos países de riesgo, tienen una probabilidad muy alta de estar mutiladas, eso son casos de mutilaciones, y sobre esas mujeres vamos a trabajar para que no se mutile a sus hijas,

I: (*piensa* y asiente)

J: ¿Qué niñas pueden estar mutiladas? pues las que han venido de sus países (piensa), que han nacido allí, y algunas que aun naciendo aquí, han viajado a sus países de origen y también han sido mutiladas ¿Cuántas denuncias puede haber? (piensa) pues yo no tengo ni idea, sabemos casos en los que ha habido denuncia, sabemos casos en los que ha habido mutilación, sabemos casos en los que (piensa) la familia ha vuelto con las niñas sanas (continua pensando) casos de retirada de menores, en fin yo creo que hay un poco de todo, no se puede decir que no haya casos, no se puede decir que haya muchos cada año porque son...

I: claro, es algo tan específico que no se puede...

J: claro.

I: luego, en el protocolo se habla sobre todo de coordinación, ¿existe realmente una coordinación entre los tres sectores?

J: a ver (piensa) el protocolo nació... fue elaborada de una manera (piensa) interdepartamental, en el que participo: educación, sanidad, y servicios sociales (piensa) liderado por el Instituto Aragonés de la Mujer, una vez que el documento esta, es algo oficial que los profesionales tienen que seguir.

I: ya, pero que este de manera oficial luego no quiere decir...

J: claro, ósea que (piensa) para eso tiene un proceso de implementación donde todos los profesionales tienen que estar formados, y eso todavía está en proceso... entonces cada vez que hay un caso, funcionan, se coordinan mejor, porque una vez que ha habido el primero ya se sabe como coordinar, normalmente cuando un caso salta desde educación o servicios sociales (piensa) ya los profesionales van sabiendo con quien coordinarse ¿no? Si se detecta en educación, va a ver un toque al centro de salud, va a haber coordinación con servicios sociales y finalmente si la niña va a viajar se sabe que hay que hacer normalmente, en todos los centros de salud los pediatras saben que la familia tiene que firmar un papel, y que si no va a haber problemas, entonces (piensa) ee pues no sé, esa es la teoría, y de esa teoría

funciona bastante bien, ahora, el gobierno de Aragón tiene que hacer muchísimo más, desde lo.. Educación (piensa) la digamos, la entidad responsable de mover todo esto en educación era el CAREI, y el CAREI... (Se queda en silencio y gesticula dando a entender que la implicación de CAREI no es suficiente)

I: claro es que por lo que he visto sí que es verdad, que... tuve una entrevista con una pediatra y sí que me dijo que se usa la ficha de urgencia a servicios sociales y que si hay una coordinación, pero que con la educación...como no...

J: (piensa y asiente) es que con educación, a ver, lo que tiene que hacer educación es, la información preventiva que es la que tiene que hacer todo el mundo, y si la familia va a viajar, dar un toque al centro de salud o a servicios sociales, y eso si que funciona, ósea normalmente la mayoría de los casos son detectados en educación, en los coles.

I: (asiente)

J: en este barrio, yo conozco ya tres o cuatro casos, en delicias por supuesto, porque hay mucha sensibilización, en los barrios normalmente salta, en el protocolo dio principal protagonismo a la educación formal, yo considero que la educación no formal como son los CTL tienen un papel muy importante, que no está recogido, y que habría que (piensa) que debería estar, entonces(continua pensando) educación, juega un papel impor... muy importante, y yo creo bueno, funciona, funciona bastante, a nosotros los casos que nos llegan muchas veces son de colegios. La orientadora, la profesora la tutora, el director, llaman y dicen: eee hay una familia que va a viajar, ¿qué tenemos que hacer? Hay una sensibilización con este tema

I: ¿Y con la comunidad se trabaja, aparte de con la ayuda del mediador cultural?

J: ¿con la comunidad?

I: si mediante formación o... porque sobre todo

J: ¿en edad escolar te refieres?

I: no, con la comunidad africana de etnias practicantes, porque si por ejemplo la madre dice que su hija no va a ser mutilada, pero bajo la presión del grupo, muchas veces acaban siendo mutiladas...

J: (asiente) si claro.

I: entonces una intervención con la comunidad...

J: a ver la única organización que trabaja la prevención de la mutilación genital femenina somos nosotros, entonces ¿qué se hace con la comunidad africana? Nosotros hacemos tres tipos de intervenciones: una tenemos un convenio que está dentro del protocolo, que cuando una mujer de un país de riesgo va a dar a luz en un hospital, un/a mediador/a de médicos del mundo va a hacerle una visita, es una primera visita de contacto donde se habla de médicos del mundo se habla de salud y se les da un folletito donde se les habla de mutilación y además se les invita participar en nuestros cursos, cuando pasan un par de meses nosotros les llamamos para venir aquí a cursos, el curso va dirigido a mujeres, se habla de temas de salud y se habla de la prevención de la mutilación femenina, y no se hemos llegado a montones de mujeres, hemos trabajado también en grupos con hombres y con adolescentes, además aparte también con asociaciones de inmigrantes, digamos que la única entidad que se preocupa hoy en día de esto es médicos del mundo y esas son las líneas de actuación que hacemos. Luego tenemos la formación para profesionales y luego el tema de administración para que las cosas funcionen.

I: vale y... a parte del protocolo que está en Aragón y otro similar en Cataluña, aparte del que se va a hacer nuevo en Navarra

J: (asiente) si, ya está vigente.

I: si, aparte de eso no hay nada más...

J: (piensa) si, ahora mismo a nivel de CCAA no, pero en este momento el ministerio de salud es que ya no sé cómo se llama, el ministerio de sanidad...

I: si

J: dentro de (piensa y busca algo) no sé cómo se llama creo que es la ley además que justo esta semana hemos tenido una conferencia...

Mira, hay una medida que es la 185, en la estrategia nacional de prevención de violencia de género que se incluyó, la realización de un protocolo nacional a nivel sanitario, y eso es lo que se está elaborando ahora, nosotros participamos con médicos del mundo, participan todas las CCAA, los servicios de salud, institutos de la mujer, bueno y una red profesional en la elaboración del protocolo de casi 60 personas, hay un montón de audio conferencias que ya hemos tenido, y ahora mismo ya están en la elaboración del primer borrador de ese protocolo, es el primer protocolo a nivel nacional que va a existir en esta materia, pero es un protocolo sanitario, es decir va a decir al personal sanitario que tienen que hacer, y como coordinarse con el resto de la gente, pero (piensa) no tiene competencia para decirle al trabajador social lo que tiene que hacer, como ese protocolo de Aragón entonces yo lo que entiendo es que el protocolo de Aragón, se actualizara cuando salga este protocolo con esa parte sanitaria, pero tenemos la ventaja, que dentro de nuestro protocolo está incluido el ámbito sanitario y el ámbito educativo, cuando está incluido quiere decir que puedes forzar a que participen, no quiere decir que las cosas funcionen bien no?

I: claro (asiente)

J: pero, nosotros hemos notado mucho cambio desde los tiempos antes de 2011 que no había protocolo, hasta después porque ahora tu, le puedes exigir a un pediatra la firma del compromiso, antes quedaba la voluntariedad, si querían lo enseñaban y si la persona no firmaba no pasaba nada. Entonces los protocolos nos dan una cobertura muy importante, y al final la prevención tiene que ser informativa, pero las leyes refuerzan un poco, las decisiones finales.

I: (asiente) claro si no hay protocolo, no puedes...

J: claro.

I: ¿crees que se acabara eliminando la mutilación?

J: (piensa) bueno... puff la mutilación es una práctica muy arraigada en los países de origen, yo creo que las medidas de los países donde las personas emigran, las medidas que se adoptan ayudan a reforzar la lucha contra la mutilación pero la verdadera lucha esta en los países de origen y en los países de origen pasa de todo...

I: claro

J: ¿no? Yo creo que la mentalidad y la tradición están evolucionando hacia su erradicación pero tiene que salvar montones de posicionamientos radicales y tradicionales que están muy aferrados y que todavía basan su desarrollo en la explotación de la mujer en la sumisión y todo esto es la base al final de la mutilación genital femenina.

I: claro. ¿Hay alguna otra actividad que se pueda hacer para prevenir?

J: (piensa) no yo creo que a ver, yo lo que creo es que si el protocolo funciona bien hay cosas que se pueden hacer, que sumarian para completarlo pero lo que tienen que hacer es eso funcionar bien, es decir los profesionales tienen que estar bien formados, tienen que saber con quién coordinarse y tienen que tener apoyo en la coordinación de los casos tiene que funcionar bien el servicio de menores respecto a este tema y fiscalía para que tampoco se lleven los casos a extremos que no deberían ser... entonces la base está, ahora la administración tiene la responsabilidad de ejecutarlo y eso con los tiempos en los que estamos (piensa y sonríe) pues no es una prioridad.

I: y por último... con la modificación de la nueva ley que prohíbe la persecución de los delitos fuera de las fronteras nacionales, se da a entender que la mutilación se continuaría...

J: claro es que lo que paso con la modificación de la ley de justicia universal es que un prin... en un primer... en una primera redacción de la propuesta final, la

mutilación no se nombraba, con lo cual el delito dejaba de ser extraterritorialmente, una vez que sale la persona de España, hubo un montón de presión de organizaciones, movimiento político también y se consiguió reformular eso, y finalmente queda recogido remitiendo a un convenio europeo que lo nombra de una forma un poco rara, pero queda nombrado, a nosotros que lo hemos hablado y hemos pedido opinión a fiscales de menores nos han dicho que bueno, sigue siendo perseguible pero crea una inseguridad jurídica ,finalmente un juez interpretara esa ley como mejor le parezca, pero el profesional sigue estando obligado a hacer todo lo que hace.

I: claro pero si luego no se va a perseguir...

J: bueno pero eso nunca se sabe, está dentro, esta perseguible luego veríamos la interpretación que finalmente dan, hay dos cosas que cambian y que en mi opinión mejora la ley que había, y es que las mujeres adultas que vienen mutiladas, no son denunciables

I: (asiente)

J: lo que se tiene que hacer es trabajar con ellas las consecuencias y la prevención de cara a sus niñas, y las niñas que han nacido allí y vienen aquí tampoco son denunciables, entonces la denuncia y parte de lesiones queda recogido a las niñas nacidas aquí que viajan, eso facilita las cosas porque realmente una niña nacida allí, que acaba de llegar con sus padres había mucha controversia entre los pediatras si denunciar o no y mucho malestar ¿no? Porque no se entendía muy bien yo creo que finalmente esto lo mejora, y sigue quedando ahí la mutilación como perseguible extraterritorialmente, pero veremos finalmente como queda eso cuando haya una sentencia.

I: vale muchas gracias por la entrevista y por su tiempo.

Dando así por concluida la sesión de preguntas

ANEXO II: ENTREVISTA UNA PEDIATRA

Lugar de la entrevista: Centro de Salud Fuentes Norte, pediatra de dicho centro.

(Saludos cordiales y se comunica a la entrevistada, la posibilidad de que sea grabada dicha entrevista. La entrevistada acepta ser grabada. Dando así comienzo a la entrevista)

Isabel: Se trata de un proyecto en el cual se promueve la intervención de forma preventiva ante la MGF, desde el ámbito de la educación. Entonces no se trabajaría tan solo con los niños, ni con los adolescentes, sino también con los familiares, la comunidad y los profesionales para educarles ante la intervención.

Me gustaría saber: ¿Cuál es la población mayoría con la que trabajas?

Maribel: bueno yo trabajo, con población de muy diversos orígenes (duda), mayoritariamente quizás sería de origen español pero también tendría una proporción importante de africanos, subsaharianos aunque también tengo población de Sudamérica y de Rumania, alguno Chinos, pero son menos. La mayoría de los inmigrantes son subsaharianos o sudamericanos.

I: dentro de los subsaharianos se encuentran las etnias practicantes de la mutilación.

M: (asiente) si, si, si... hay bastantes gente procedente de Nigeria, Malí y alguno de Senegal y Guinea donde suelen ser menos practicantes.

I: (asiente) ¿a tenido usted algún caso de MGF?

M: Sí, (piensa) he tenido un caso de una niña que ha venido de sus país ya mutilada, se trata de una familia de Mali y la niña mayor que tenía en aquel momento creo recordar unos cuatro años, ya tenía una mutilación echada, no era de las más grave ero tuvimos que dar parte sobretodo por que tenían otras

hijas en la familia y se realiza una intervención prevenir la mutilación de las otras niñas.

I: ¿de las otras niñas no fueron mutiladas?

M: no, ninguna.

I: ¿ni en el país de origen ni en España?

M: (afirma con la cabeza) ni el país de origen ni aquí, han viajado otra vez a su país y la familia ha sido consciente de que esto aquí es considerado un delito.

I: entonces se puede decir que existe una cooperación por parte de la familia, cuando se le expresa que en España estas prácticas son ilegales.

M: (afirma mientras escucha) la mayoría de las veces cuando abordamos este tema, lo más frecuente es ver niñas que nacen aquí de etnias que si que practican la MGF, entonces siempre preguntamos a la madre si ella lo es, como un factor de riesgo, y entonces cuando ella lo es nosotros lo anotamos y de una manera paulatinita, quizás no en la primer entrevista, vamos interviniendo en ese tema... y en la mayoría de las veces las madres nos expresan que ellas no quieren hacer eso a sus hijas. Además la mayoría indican que no le ha creado mucho problema y también que lo han hablado con los maridos, ósea con los padres, y generalmente los padres tampoco y también nos dicen ahora que eso en África ha cambiado y que se considera ilegal y que hay mucha presión para no hacerlo.

I: no suelen ponerse encontrar de la actuación médica.

M: no, al revés... además existe un protocolo que cuando van a viajarle hacemos una intervención y les ofrecemos que firmen un papel para que no se mutilen a las niñas...

I: en relación al protocolo que usted ha nombrado, sabe cuáles son las labores que se promulgan desde este o cuáles son los objetivos que se desean cumplir.

M: hombre sobre todo es un protocolo en principio de conocimiento por parte de los sanitarios de este tema, desde el ámbito educativo y de los trabajadores sociales. Y bueno actuamos muchas veces preventivamente y luego cuando se tiene un riesgo, porque la familia va ha viaja o lo que sea, tenemos un actuación, les ofrecemos del protocolo y les informamos que es obligatorio que cuando vuelvan venga a los servicios médicos para revisar a los niñas.

I: ¿cree usted que existe algún tipo de coordinación real entre los SS.SS., sanitarios y educación, respecto a este tema? Porque si que es verdad que el protocolo se indica pero me gustaría saber si luego realmente se lleva a cabo.

M: yo creo que si que existe, de echo por ejemplo cuando van ha viajar fuera nosotros les remetido a un centro de vacunación internacional donde se ponen vacunas que no están disponibles en los demás centro de salud y que se deben de poner para viajar a mucho países del cinturón africano. Entonces en ese mismo ámbito da una alerta cuando van personas con etnias susceptibles dan una alerta y nos lo remiten a nosotros y a los SS.SS. de la manera que hay una coordinación.

I: ¿y con la educación?

M: (duda) la educación creo que es un tema, por lo menos en mi experiencia ha intervenido menos en este tema.

I: en el caso de la comunidad africana participa, ya no solo las familias sino por ejemplo los mediadores, o los hombre mayores de la comunidad acepta la eliminación de la mutilación.

M: a ver en mi experiencia, yo trato con padre jóvenes y la mayoría de ellos, ningún hombre la ha defendido abiertamente al revés.

I: claro pero no defenderla abiertamente no quiere decir nada.

M: (asienta) claro claro pero en principio te desmonta cuando tu les expones los argumentos de que eso no es, muchas veces lo relacional con la circuncidó del varón, pero claro para nada es igual porque la circuncisión no mutila al

niño, normalmente contar el prepucio y no deja problemas funcionales, y eso lo tenemos que desmontar. Habitualmente los varones no tiene oposición, mientras que alguna mujer al principio de la inmigración lo indicaban como un elemento de identifican cultural y de que si la niña volvía a África y ella no esta mutilada no se va ha poder casas o etc. Pero ahora casi nadie defiende eso y yo también algún contacto que he tenido con algún mediador tiene una acción muy proactiva eso no quiere que el resto de la población lo haga.

I: ¿cree usted que la MGF se terminara aboliendo?

M: yo creo que si.

I: ¿ya no solo en nuestro entorno?

M: no yo creo que todo el mundo, es una forma de subyugación de la mujer que creo que la población ha tomado conciencia de la problemática para la niñas y además el riesgo médico por las circunstancias en las que se práctica y luego lo que supone de manipulación de la mujer y se subyugación de la mujer. Por lo que yo creo que se va a ir cambiando, es una cosa que de echo cuando hablas con las mujeres africanas la mayoría aceptan que es una cosa... que se va a perseguir y que realmente no es bueno para ella.

I: Vale muchas gracias, ¿Tiene usted algo más que indicar?

M: nada, que me parece muy interesante que se aborde este tema.

I: Gracias y muchas gracias por su atención.

Dando así la entrevista por finaliza

ANEXO III: ENTREVISTA A UNA PROFESIONAL DE LA EDUCACIÓN.

Lugar de la entrevista: Escuela Pública de las fuentes, profesora de primaria de dicho centro.

(Saludos cordiales y se comunica a la entrevistada, la posibilidad de que sea grabada dicha entrevista. La entrevistada acepta ser grabada. Dando así comienzo a la entrevista)

Isabel: Estoy haciendo el trabajo final de grado, y he hecho un proyecto de intervención de la MGF desde las escuelas. Bueno me base sobre todo en el Protocolo de Actuación que hay en Aragón y las escuelas lo tiene que desarrollar en CAREI y casi no ha trabajado..., entonces me gustaría saber la visión de un profesional de la educación.

María: (asiente mientras escucha) vale entonces ¿quieres que te comente mi opinión personal?

I: si claro, y si luego tienes algún caso, que población inmigrantes tienes, si existe algún caso de mutilación, o se cree que existe un caso.

M: bueno en principio creo que son muy pequeños y creo que toda vía no se ha dando ningún caso y concretamente en mi clase... tengo cuatro niños árabes de la parte del norte, Argelia, Marruecos etc. Y cuatro subsaharianos de los cuales tres son niños y una niña... y de eso cuatro solo hay dos que son musulmanes los otros dos son católicos porque son del norte de Guinea Ecuatorial. Y bueno eso respecto a la población de la clase, entonces yo creo que no se ha dado ningún caso. Mi opinión personal (piensa) es un poco conflictiva incluso para mí... porque claro yo siempre estoy a favor del respeto de las otras culturas y es muy difícil hacer una campaña agresiva como la que se hace en determinados..., en determinadas comunidades autónomas... tendría que ser una campaña de concienciación e ir poco a poco intentando culturizarle de que eso no está bien no llegar y prohibirlo.... Entonces bueno

supongo que estamos muchas personas estamos en esa línea pero es un objetivo a largo plazo, no es un objetivo de hoy para mañana. No me he encontrado nunca en los 30 años que llevo trabajando como maestras con ningún caso directo, por lo menos no un caso directo, si que estuve en el seguimiento de uno que pensaba que podía ser potencialmente sospechoso pero al final no lo fue. Yyyyy nunca me he encontrado en la tesitura de tener que hablar con unos padres que fuesen hacerlo, con lo cual, tampoco ha sido muy problemático. Creo que hay ya mucha población concienciada de la que vive en España, además nosotros tenemos una población inmigrante de hace años, con los cuales ya llevan mucho tiempo en España, que no son primeras generación, ya tienen bastante hermanos mayores las madres ya ha vivido mucho tiempo aquí y han visto como se desarrollan las cosas aquí de manera que ellas por si misma... muchas han pasado por el CAREI están bastante integradas en la escuela... entonces hablan unas con las otras y van aprendiendo yo creo que no se nos va a dar nunca la problemática, creo.. Espero (sonríe)

I: (asiente afirma mientras escucha) Bueno con noción del protocolo que existe, os han impartido una enseñanza, porque en el protocolo pone que se implicarán los profesionales de la educación... he hablado con sanidad y sí que es verdad que a ellos les impartieron unas charlas tiene las hojas de notificación urgente a servicios sociales, pero es que... lo nombran pero no he visto una implicación real en la escuela.

M: no en la escuela tampoco, sí que hay una implicación cuando realmente existe un caso sospechoso pero no campaña de mentalización o prevención, no lo ha, no se hace.

I: es que en el proyecto que he realizado es en primer lugar para enseñar a los profesionales lo que es, como actuar en caso de que hubiera y luego también trabajar con los niños en la medida que se pueda, con la familia y con la comunidad.

M: (asiente mientras escucha y confirma) claro eso sería lo ideal.

I: para poco a poco conciencia a la población e intentar eliminar con los pocos casos que se puedan tener, pero claro al parecer no ha implicación ni con las escuelas ni con la comunidad.

M: no, no, no se tiene implicación de ningún tipo a ese nivel, y bueno cuando existía en CAREI pues ... y eso ya te digo había algún caso posiblemente sospechoso pues aun, como ellos se implicaban tanto pues aun había una respuesta pero ahora que el CAREI está ahora tan bajo de fuerzas pues será mucho más complicado, en el caso de que se diera sería muchísimo más complicado si que me parece un trabajo bastante bueno de intentar entre los mil millones de trabajos que tenemos que hacer pues claro, es que son muchas culturas, tenemos muchas culturas, muchas religiones, tenemos muchas otras cosas que no pertenecen ni a la cultura ni a la religión sino a simplemente civismo o humanidad y todo eso se tiene que trabajar desde la escuela y como a veces los contenidos que marca el currículo no corresponden a lo que realmente habría que trabajar... o si no se trabajar en casa y se tiene que trabajar más en la escuela pues hay que hacer una escuela un poco más compensatoria de todas estas carencias.

I: y ¿hay alguna intervención a nivel comunitario a través de la escuela?

M: no, es ese sentido, en ese ámbito no.

I: ¿ni con las familias, ni con los mediadores?

M: en principio sino se ve ningún caso sospechoso no.

I: claro pero si se trabaja con los casos, solo se trabaja ese caso con esas familias.

M: claro se trabaja ese caso.

I: hombre a los niños de la escuela no le vas a decir pues tu compañera es posible que sea mutilada, pero tampoco se ha nombrado en ningún momento nada relacionado.

M: no habría que hacer, no se si desde la orientación del colegio o desde la escuela de adultos, porque si que es verdad que hay escuela de adultos para tratar otros muchos temas... pero claro la escuela se ve un poco desbordada esa es la verdad, yo creo que habría que hacerlo pero hoy en día la escuela se ve desbordada con tantos temas. Porque por ejemplo ahora con las escuelas de padres se trabajan mucho las separaciones, la parte de las emociones de los críos como se siente, pues claro todo esto, era, cosas que antes no le competían a la escuela pero claro esa problemática se daba peor era mínima, se trabajaba con la familia en concreto. Pero es que ahora en cada clase son un montón, y el problema se agranda muchísimo se tiene que hablar con el padres, se tiene que hablar con la madre, se tiene que hacer de mediadores de la pareja, para que el crío sufra lo menos posible, en fin son tantas cosas que hoy en día la escuela se ve desbordada con temas ajenos a los que es un contenido curricular, que se supone tenemos que enseñar y luego evaluar... que si por lo menos luego no lo tuviéramos que evaluar claro pues dice cada maestro tiene su libro, te metes dentro de tu aula y en ella hacer lo que quieras, pero eso no puede ser.... Entonces la escuela se ve muy desbordada pero vamos yo creo que sí que cualquier tema de estos habría que hacer como mínimo escuela de padre y que los padres que pertenecieran a esa cultura estuviera informado.

I: (asiente durante la escucha) si el proyecto esté se trataría llevado por trabajadores sociales y educadores y entonces irían a las escuelas, formaría a los profesionales de como tratar con los niños, y luego impartirían unas actividades con los alumnos, los llevaría los profesionales no el tutor que suficiente trabajo tiene como para tratar con eso. Entonces se trabajaría tanto con los niños, los adolescentes, los padres de los niños y con la comunidad.

M: y esto ¿es un proyecto que estás haciendo tu? Pues me parece unas muy buenas ideas y si te tiene que apoyar gente yo seré la primera

I: me he centrado en educación, porque si que es verdad que en sanidad se trabaja mucho, porque si la niña va al seguimiento médico, se les enseña la ley

que existe, que no pueden llevar a cabo la mutilación, que tiene que firmar la hoja de acuerdo y todo esto se lleva a servicios sociales. Pero claro si que es verdad que existe mucha relación entre los SS.SS y la sanidad pero educación se nombra todo el rato pero yo veo que no hay ningún tipo de trabajo a excepción de algún caso o de notificaciones puntuales.

M: pues es que desde que se perdió la escuela compensatoria que en Zaragoza ha sido muy importante durante muchos años se ha tenido muchos profesionales de la escuela compensatoria y se ha estado muy al tanto sobre esta problemática, cualquier tipo de carencia económica, de abandono hacia el menor, ósea cualquier niño vulnerable se encontraba dentro de la enseñanza compensatoria, pero claro desde que se perdió todo eso y claro con los recorte toda vía se agrava más el problema. Cada vez tenemos más inmigrantes, porque en esta escuela también se ha notado mucho en los últimos años que hemos pasado de un 25% a un 50% en casi dos años o tres... entonces claro hay tenemos que ya ni siquiera nuestra compensatoria Española sino que ya pertenecen a otros países y culturas y religión también entonces hace que todo estos temas sean imposible. Pero bueno que si la propuesta viene desde fuera y se pueda seguir siempre habrá gente que la siga también te puede decir que hay compañero que no la siga.

I: si claro, la idea es intervenir en todos los colegios de Aragón sean públicos privados o concertados. Claro a los públicos se les puede obligar porque pertenece al Gobierno el Protocolo.

M: claro pero en los centros privados no tiene este problema, porque no tiene inmigrantes.

I: pero claro tampoco voy a eliminar el organismo privado porque aunque a ellos no se les practique la mutilación... yo no sabía lo que era la MGF hasta que fui a un curso por mi cuenta ni en la facultad me los han explicado. Claro entonces la idea es concienciar desde pequeñitos.

M: (asiente todo el rato) claro me parece muy bien; bueno si necesitas alguna ayuda ya sabes donde puede encontrarme.

Se da las gracias por la oportunidad e la entrevista y se da de esta manera por concluida.

ANEXO IV: ACTIVIDAD Nº8: CINEFORUM

Se trata de una actividad preparada para los adolescentes pero puede ser desarrollado para el resto de los grupos a excepción de los más pequeños.

Los objetivos de esta sesión son:

- Entender la situación de conflicto interno que sufre las personas cuando se sale de la norma establecida (la presión de grupo).
- Comprender la situación de sumisión en la que se encuentran las mujeres africanas.
- Comprobar cuál es la capacidad de cambio, o de resistencia al mismo, por parte de algunas culturas.

La estructura de la sesión será la siguiente:

1. Se contextualizara la película para ello se les indicara que se trata de una película centrada en la MGF, la cual se desarrolla en Brukina Faso, cuenta la historia de una mujer (Collé Ardo), la cual es la segunda esposa de un hombre del pueblo donde se desarrolla la película.

Debido a la mutilación que le realizaron de pequeña sufre unas graves secuelas y no desea que su hija, la cual se casa muy pronto, sufra la misma situación.

Esto crea una pequeña revolución en el pueblo que prepara la llegada del futuro marido.

2. Visionado de la película.
3. Se llevara a cabo un pequeño debate sobre las ideas fundamentales de la película, donde se intentara abordar los siguientes temas:
 - El peso de la tradición y la manera de enfrentarse a los cambios.
 - La situación de las mujeres en el mundo rural africano.

- La dominancia del hombre sobre la mujer.
- La imposibilidad de casarse si la joven no se encuentra mutilada.
- La tensión existente entre la modernidad y la tradición.
- ¿Cómo entiendes la reacción de los hombres de destruir todas las radios de la comunidad? Por qué lo hacen ¿Cómo entiendes el final de la película en la que se muestran de forma contrastada el minarete y una antena de televisión?

ANEXO V: FICHA DE EVALUACIÓN

Día: Hora: Centro:

Nº asistentes:

Nº de la actividad que se ha realizado:

Profesionales que han participado:

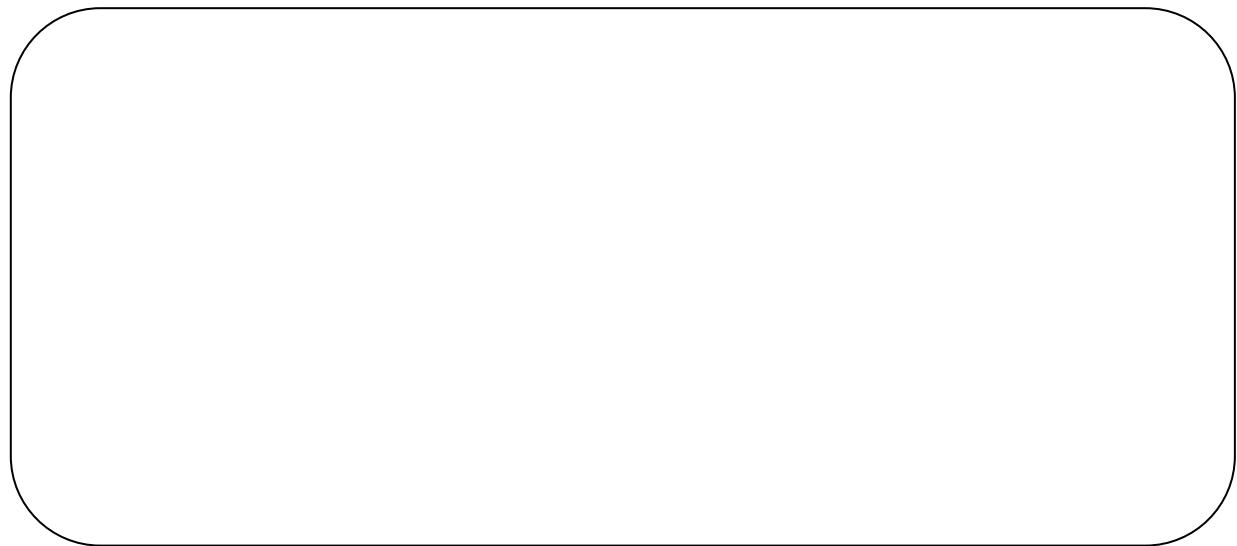
Objetivos de la sesión (este apartado se rellenara antes de la sesión):

A large, empty rectangular frame with rounded corners, likely a placeholder for an image or diagram.

Intervención de los asistentes:

A large, empty rectangular frame with rounded corners, outlined in black. The frame is positioned in the center of the page and occupies most of the available space.

Confrontaciones a lo largo de la sesión:

A large, empty, rounded rectangular box with a thin black border, designed for handwritten notes or responses.

Demandas o posibles modificaciones:

A large, empty, rounded rectangular box with a thin black border, designed for handwritten notes or responses.

ANEXO VI: INDICE DE MAPAS, TABLAS Y GRÁFICOS

- Mapa 1: Distribución geográfica de la Mutilación Genital Femenina en África y la Península Arábiga	16
- Mapa 2: Distribución territorial de la población de las nacionalidades en las que se practica la MGF	17
- Tabla 1: Población femenina según el país de procedencia y provincia de residencia en Aragón, 2013	33
- Tabla 2: Cronograma	46
- Tabla 3: Presupuesto	51
- Grafico 1: Diagrama de Gantt	47